# РАННИЕ ПОСТНАТАЛЬНЫЕ ПЕРФОРАЦИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ С ОЧЕНЬ НИЗКОЙ И ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

**Караваева Светлана Александровна, Котин Алексей Николаевич**

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова. 191015, Санкт-Петербург, Кирочная улица, дом 41

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова Министерства здравоохранения РФ. 197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, дом 6–8.

Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий. 198205 Санкт-Петербург ул. Авангардная дом 14

E-mail: swetl.karawaewa2015@yandex.ru

*Ключевые слова: недоношенный ребенок; ятрогенная перфорация пищевода;*

**Ведение.** Травматические перфорации глоточно-пищеводного перехода у новорожденного впервые были описаны Elkof et al. в 1999 году. С тех пор эта патология все чаще упоминается, как возможное осложнение интенсивной терапии недоношенных Предполагаемая частота перфорации пищевода у новорожденных детей составляет 0,8%. У новорожденных с массой тела < 750 г эта цифра достигает 4%. Наиболее частыми причинами перфораций пищевода в этой группе детей являются осложнения, обусловленные сложностью интубации глубоко недоношенного ребенка, необходимостью частых санаций носо ротоглотки, а также введения назогастральных зондов для декомпрессии желудка и проведения питания ребенку, который по тяжести состояния и малому гестационному возрасту сосать не может.

**Цель исследования.** Представить редкое, чаще ятрогенное осложнение — перфорация пищевода — у детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела, возникающее в раннем постнатальном периоде, а также показать современные возможности консервативного лечения этой патологии.

**Материалы и методы.** С 2017 по 2020 годы в ДГМКСЦВМТ Санкт-Петербурга находились на лечении 7 недоношенных детей с перфорацией пищевода. Из них — два ребенка имели очень низкую и 5 детей экстремально низкую массу тела — от 1096 г до 590 г. Всем детям желудочный зонд был поставлен в первые сутки жизни (первые часы), а перфорация пищевода диагностирована на 1–5 сутки жизни, в 2-х случаях это была случайная находка — миграция конца желудочного зонда в плевральную полость (чаще правую), забрюшинное пространство или правый фланг брюшной полости

**Результаты.** Шести нашим пациентам была проведена консервативная терапия, одному ребенку (масса 590 г) для разгрузки желудка была наложена гастростома. Консервативная терапия заключалась в дренировании желудка зондом с рентгенологическим контролем стояния, отмена энтерального питания, парентеральное введение нутриентов, антибактериальная терапия Контрольная эзофагография с водорастворимым контрастом выполнялась на 8$^{e}$ сутки после перфорации, возобновление энтерального зондового питания при доказанной герметичности пищевода (отсутствии затеков контраста в средостение, брюшную или грудную полость и забрюшинное пространство). Погиб 1 ребенок, родившийся с массой 480 грамм. Смерть наступила на 20 сутки жизни от полиорганной недостаточности.

**Обсуждение.** Перфорация пищевода является редким осложнением в современных условиях интенсивной терапии новорожденных, но может возникнуть даже в самых опытных руках и привести к тяжелым последствиям. Основным способом лечения возникшей перфорации должна быть консервативная терапия. Одним из важнейших залогов успеха консервативного лечения является заведение орогастрального зонда, как эффективного дренажа полости желудка и стента, на котором будет заживать дефект пищеводной стенки. К хирургическому лечению — гастростомии, обнаружению и ушиванию дефекта стенки пищевода, надо прибегать крайне редко — только в случае невозможности заведения зонда в желудок или из-за ухудшающегося состояния. ребенка по инфекционному статусу. Однако доказано, что оперативного лечение не улучшает выживаемость пациентов.

**Выводы.**

Профилактика ятрогении — крайне щадящее обращение с тканями, аккуратные манипуляции с ребенком во время санации ротоглотки, при замене или постановке желудочного зонда

Обязательный рентгенологический контроль с контрастом положения желудочного зонда сразу после его постановки

Контроль положения желудочного зонда также важен, как и контроль стояния интубационной трубки или венозных и артериальных катетеров

Ранняя диагностика, оптимальная консервативноая терапия, предотвращение возможных хирургических осложнений снижают вероятность неблагоприятных исходов и позволяют надеяться на хороший результат.