

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

Каравеева 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 ДГМКЦВМТ 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^е 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 ороегастрального 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 оперативное 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 консервативная терапия, предотвращение возможных хирургических осложнений снижают вероятность неблагоприятных исходов и позволяют надеяться на хороший результат.