

МЕКОНИЕВЫЙ ПЕРИТОНИТ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Андрей Александрович Подшивалин*, Валерий Иванович Морозов,
Мария Александровна Зыкова, Сергей Вячеславович Шалимов, Ольга Александровна Карпова,
Елена Валентиновна Бобылева

Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

Реферат

Цель. Анализ лечения больных мекониевым перитонитом на различных временных этапах работы отделения хирургии новорожденных Детской республиканской клинической больницы Министерства здравоохранения Республики Татарстан с 2003 г. по настоящее время и разработка оптимального алгоритма диагностики, лечения и диспансерного наблюдения больных с данной патологией.

Методы. С 2003 г. по настоящее время в отделении хирургии новорожденных лечение получили 27 новорожденных с мекониевым перитонитом. 80% детей поступили в отделение хирургии новорожденных сразу из родильного дома, 20% – из отделения патологии новорожденных, где начался (продолжался) процесс диагностики мекониевого перитонита, первые признаки которого были выявлены уже в антенатальном периоде при плановых ультразвуковых исследованиях беременных на сроках 18 – 38 (в среднем 28) недель.

Результаты. При скрининге беременных во II и III триместрах были выявлены плоды с асцитами, кальцинатами брюшной полости, признаками кишечной непроходимости. В подобных случаях кордоцентез позволяет исключить или подтвердить наличие хромосомных аномалий плода, кистозного фиброза и внутриутробного инфицирования. При отсутствии кишечной непроходимости и наличии кальцинатов брюшной полости (фиброадгезивная форма заболевания) новорожденных лечат консервативно с наилучшими функциональными результатами по данным катамнеза, при кистозной и генерализованных формах заболевания – оперативно.

Выводы. Обязательны скрининг беременных и постановка на учет с последующим дополнительным их обследованием при малейшем подозрении на неблагополучие в брюшной полости. Операцией выбора являются висцеролиз, экономная резекция измененных кишечных петель и выведение двойной кишечной стомы. Раннее закрытие кишечных свищей у детей с мекониевым перитонитом дает наилучшие функциональные результаты при двухэтапном хирургическом лечении.

Ключевые слова: мекониевый перитонит, асцит плода, новорожденные, илеостомия.

MECONIUM PERITONITIS: CLINICAL PICTURE, DIAGNOSIS, TREATMENT. A.A. Podshivalin, V.I. Morozov, M.A. Zykova, S.V. Shalimov, O.A. Karpova, E.V. Bobyleva. *Pediatric Republican Clinical Hospital of the Ministry of Healthcare of the Republic of Tatarstan, Kazan city.* **Aim.** To analyze the treatment of patients with meconium peritonitis at different time stages of work of the department of surgery of the newborns of the Pediatric Republican Clinical Hospital of the Ministry of Healthcare of the Republic of Tatarstan from 2003 till present and develop an optimal algorithm for the diagnosis, treatment and dispensary observation of patients with this disease. **Methods.** From 2003 and until present the department of surgery of the newborns received 27 newborn infants with meconium peritonitis. 80% of the infants were admitted to the department of surgery of the newborns right away from the maternity hospital, 20% - from the department of pathology of the newborns, where the process of diagnosis of meconium peritonitis began (continued), the first signs of which have already been identified in the antenatal period by routine ultrasound investigations of the pregnant women on the term period of 18-38 (mean 28) weeks. **Results.** When screening pregnant women in the 2nd and 3rd trimester identified were fetuses with ascites, calcifications of the abdominal cavity, signs of intestinal obstruction. In such cases cordocentesis can rule out or confirm the presence of chromosomal abnormalities of the fetus, cystic fibrosis and intrauterine infection. In the absence of intestinal obstruction and the presence of calcifications of the abdominal cavity (fibro-adhesive form of the disease) infants were treated conservatively with the best functional results according to the catamnesis; in cystic and generalized forms of the disease infants were treated surgically. **Conclusions.** Mandatory are the screening of pregnant women and their registration, followed by an additional examination in the case of slightest suspected trouble in the abdominal cavity. Viscerolysis, sparing resection of the altered intestinal loops and formulation of a double intestinal stoma are the operations of choice. Early closure of intestinal fistulas in children with meconium peritonitis provides the best functional results during two-stage surgical treatment. **Key words:** meconium peritonitis, fetal ascites, newborns, ileostomy.

Мекониевый перитонит (МП) является редким и малоизученным заболеванием у детей периода новорожденности. В виде клинического синдрома впервые МП был описан Morgagni в 1761 г. Частота заболевания, по данным различных авторов, составляет 0,29 – 0,33 на 10 тысяч живорожденных детей, при этом отмечается тенденция к росту числа новорожденных с данной патологией [2, 3, 4]. Патоморфология кистоз-

ным фиброза у новорожденных трактуется неоднозначно. Как правило, о нем упоминается в случаях кишечной непроходимости, обусловленной муковисцидозом.

Первопричина заболевания – внутриутробная перфорация кишечника у плода. В одних случаях причиной перфорации может быть ишемический некроз кишечной стенки у детей с внутриутробной инфекцией, в других – обструкция кишечной трубки плода, обусловленная мекониальным илеусом, заворотом кишечника, врожденными

перитонеальными тяжами и врожденной атрезией кишечника. Ишемизированный участок кишечной трубы с вторичной перфорацией восстанавливается и в этом месте (чаще в стенке тонкой кишки) образуются вторичные стенозы или атрезии. При обширных поражениях кишечника подобного типа возможно образование псевдокист брюшной полости. Все это происходит внутриутробно, как правило, во II или III триместрах беременности.

В результате описанных выше процессов, происходящих в брюшной полости, в зависимости от выраженности и протяженности поражения кишечника, а также от индивидуальных свойств (иммунная реактивность) организма плода и беременной женщины развиваются три вида мекониевого перитонита: фиброгезивный, кистозный и генерализованный. Первый характеризуется формированием спаек и кальцинатов в брюшной полости, второй — псевдокист, третий, развивающийся, как правило, непосредственно перед рождением, — генерализованным воспалительным процессом всей брюшной полости с образованием экссудата и множества спаек. Вследствие попадания стерильных мекониевых масс в брюшную полость плода при перфорации кишечника возникает асептический (реактивный) перитонит.

Таким образом, актуальность проблемы мекониевого перитонита у новорожденных обусловлена прежде всего трудностями диагностики данного заболевания, а также отсутствием единого подхода в лечебной тактике, включая оптимальные методы оперативного лечения и послеоперационной реабилитации детей с данной патологией.

Цель настоящей работы — анализ лечения больных мекониевым перитонитом на различных временных этапах работы отделения хирургии новорожденных Детской республиканской клинической больницы (ДРКБ МЗ РТ) за период с 2003 г. по настоящее время и определение оптимального алгоритма диагностики, лечения и диспансерного наблюдения больных с данной патологией.

С 2003 г. по настоящее время в отделении хирургии новорожденных ДРКБ получили лечение 27 новорожденных с мекониевым перитонитом (15 мальчиков и 12 девочек). 80% детей поступили в отделение хирургии новорожденных сразу из родильного дома, 20% — из отделения патологии

новорожденных, где начинался, а точнее, продолжался процесс диагностики мекониевого перитонита, так как первые признаки заболевания у больных были выявлены уже в антенатальном периоде при плановом УЗИ беременных на сроках 18 — 38 (в среднем на сроке 28) недель. Алгоритм клинического обследования включал в себя оценку течения беременности и ее осложнений в каждом конкретном случае (токсикоз, плацентарная недостаточность, и т.д.).

После осмотра новорожденных (пальпация, перкуссия, аускультация) и оценки клинических симптомов заболевания (вздутие живота, отек передней брюшной стенки и половых органов, синдром срыгивания и рвоты, задержка стула и газов) проводились дополнительные исследования: УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография брюшной полости, ирригография, в сомнительных случаях рентгеноконтрастная гастроэнтерография. У больных с признаками асцита, подтвержденными данными УЗИ брюшной полости, выполнялся лапароцентез с целью декомпрессии брюшной полости и оценки характера экссудата для обоснования оперативного вмешательства. 3 (11%) из 27 детей лечили консервативно. На фоне отсутствия клиники кишечной непроходимости у этих больных при обзорной рентгенографии брюшной полости в ней были выявлены кальцинаты в количестве от 2 до 4. После выписки из стационара дети находились на диспансерном наблюдении у хирургов и педиатров. Контрольное их обследование через 1 — 3 — 5 лет показало, что они развиваются в соответствии с возрастом. Остальных 27 (89%) детей с мекониевым перитонитом и клинической симптоматикой кишечной непроходимости лечили оперативно.

В настоящее время существуют различные мнения по поводу оперативной тактики при мекониевом перитоните у детей. Одни авторы [1] считают целесообразным выведение двойной кишечной стомы, другие — одинарной [4]. Ряд авторов практикуют Т-образный анастомоз [4]. Имеются также публикации об одномоментной энтеропластике. До 2003 г. в клинике детской хирургии (ДРКБ МЗ РТ) при хирургическом лечении мекониевого перитонита применялась методика одностольной стомы и стомы Т-образного анастомоза. Недостатками указанных методов являются, на наш взгляд, невозможность раннего энтерального питания в послеоперационном периоде

и энтеральное истощение при наложении «высоких» кишечных свищей, что далеко не лучшим образом отражается на функциональных результатах лечения больных этой группы.

С 2003 г. освоен и внедрен в практику метод наложения двойной энтеростомы с последующим проведением энтерального питания через стому отводящего отдела кишечника. Этим детям с мекониевым перитонитом и клиникой кишечной непроходимости выполнялись лапаротомия, ревизия брюшной полости, устранение причин кишечной непроходимости и выведение двойной кишечной стомы с введением и фиксацией в отводящий отдел кишечника мягкого зонда для осуществления в дальнейшем энтерального зондового питания. В зависимости от состояния больного зондовое питание начинали уже с третьих суток после операции гидролизованными смесями с небольшого объема ($\approx 20 - 30$ мл) с применением перфузаторов и постепенным увеличением скорости введения гидролизата, параллельно проводилось частичное парентеральное питание, назначенное врачом-реаниматологом.

Все дети в послеоперационном периоде получали усиленное антибактериальное лечение, инфузионную и иммуностимулирующую терапию. В раннем послеоперационном периоде постоянно выполнялись мониторинг основных параметров гомеостаза и параллельно обследование на муковисцидоз. Наиболее тяжело послеоперационный период протекал у больных с генерализованной формой мекониевого перитонита. Троє больных с данной формой заболевания умерли на 7-е сутки после операции. В целом летальность детей, леченных нами данным методом, составила 8,6%, тогда как ранее (до 2003 г.) за аналогичный период времени достигала 15%.

Все выздоровевшие новорожденные (24 из 27) в дальнейшем развивались нормально (катамнез прослежен в течение 5 лет), лишь у больных с генерализованным мекониевым перитонитом был диагностирован синдром мальабсорбции кишечника, что потребовало в дальнейшей реабилитации этих детей участия педиатра-гастроэнтеролога.

Благодаря совместной работе детских хирургов-неонатологов со специалистами лучевой УЗИ-диагностики при проведении скрининга женщин во II и III триместрах беременности увеличилась частота выявления асцита, кальцинатов брюшной поло-

сти, признаков кишечной непроходимости у плодов. В подобных случаях кордоцентез позволяет исключить или подтвердить хромосомные аномалии плода, кистозный фиброз и внутриутробное инфицирование. В случаях подобных аномалий по желанию родителей до периода жизнеспособности плода возможно прерывание беременности.

При антенатальной диагностике симптомов кишечной непроходимости и мекониевого перитонита показаны дополнительные исследования — повторное УЗИ, обзорная рентгенография брюшной полости, контрастная ирригография и в случае необходимости (асцит) лапароцентез с целью уточнения диагноза (оценка характера экссудата). При отсутствии кишечной непроходимости и наличии кальцинатов брюшной полости (фиброзадгезивная форма заболевания) новорожденных лечат консервативно с наилучшими функциональными результатами по данным катамнеза. В случае кишечной непроходимости (при кистозной и генерализованной формах заболевания) показаны оперативное лечение: лапаротомия, ревизия брюшной полости, удаление некротических масс и сегментов пораженной кишки в зоне кишечной непроходимости с формированием двойной кишечной стомы, что позволяет начать раннее зондовое питание в отводящий конец кишечника с последующим назначением орального кормления. Подобная оперативная тактика, на наш взгляд, является оптимальной, так как позволяет после коррекции параметров гомеостаза и стабилизации общего состояния ребенка закрыть кишечный свищ уже через 2-3 недели после его наложения и восстановить нормальный (физиологический) пассаж кишечного содержимого значительно раньше. Внедренный нами после 2003 г. алгоритм диагностики и лечения мекониевого перитонита у новорожденных дал возможность снизить летальность у больных этой категории почти вдвое (с 15 до 8,6%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия 1996. — 385 с.
2. Grosfeld J.L. et al. Gastrointestinal perforation and peritonitis in infants and children: Experience with 179 cases over ten years // Surgery 1996. — Vol. 120. — P. 650.
3. Rode H., Millar A.J.W. Intestinal atresia and stenosis: In: Puri P (ed) Newborn surgery. Arnold, London. — 2003. — P. 445 — 456.
4. Unger S.W., Chandler J.G. Chylous ascites in infants and children // Surgery. — 1983. — Vol. 93. — P. 455.