



А.А. ПОДШИВАЛИН, В.И. МОРОЗОВ, М.А. ЗЫКОВА, С.В. ШАЛИМОВ, О.А. КАРПОВА, Е.В. БОБЫЛЕВА
Детская республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань

Сравнительная характеристика методов хирургического лечения мекониевого перитонита у новорожденных

УДК 616.381-002-06:616.342-053.31-089

Подшивалин Андрей Александрович

заведующий хирургическим отделением для детей раннего возраста

420139, г. Казань, ул. Р. Зорге, д. 93а, кв. 141, тел. 8-919-635-53-06, e-mail: podshivalin@gmail.com

В отделении хирургии новорожденных пролечены 35 детей с мекониевым перитонитом (23 мальчика и 12 девочек). Из родильного дома поступили 80% детей, 20% — из отделения патологии новорожденных, где начинался процесс диагностики мекониевого перитонита, т. к. первые признаки у больных были выявлены уже в антенатальном периоде при проведении плановых ультразвуковых исследований беременных на сроках 18-38 недель. При отсутствии кишечной непроходимости и наличии кальцинатов брюшной полости новорожденные лечатся консервативно с наилучшими функциональными результатами. При наличии признаков кишечной непроходимости показано оперативное лечение. Операция выбора — 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 этих больных.

Ключевые слова: новорожденные, мекониевый перитонит, висцеролиз, илеостомия.

A.A. PODSHIVALIN, V.I. MOROZOV, M.A. ZYKOVA, S.V. SHALIMOV, O.A. KARPOVA, E.V. BOBYLEVA
Children's Republican Clinical Hospital MH of RT, Kazan

Comparative characteristics methods surgical treatment meconium peritonitis in the newborn

In surgery department for infants treated 35 children with meconium peritonitis (23 boys and 12 girls). From the hospital received 80% of children, 20% — from the department of pathology of newborn, where to begin to diagnose meconium peritonitis, since the first signs of the patients had already been identified in the antenatal period during scheduled ultrasound pregnancy for 18-38 weeks. In the absence of intestinal obstruction and the presence of calcifications of the abdominal cavity infants treated conservatively with excellent functional results. If there are signs of intestinal obstruction operative therapy is show. The operation of choice — viscerolyse, sparing resection altered intestinal loops and double-elimination of intestinal stoma. Early closure of intestinal fistulas in children with meconium peritonitis gives the best functional results at the two-stage surgical treatment of these patients.

Keywords: newborn, meconium peritonitis, viscerolyse, ileostomy.

Мекониевый перитонит (МП) является редким и пока еще малоизученным заболеванием у детей периода новорожденности. Частота заболевания по данным различных авторов составляет 0,29-0,33 на 10000 живорожденных детей [1], при этом отмечается тенденция к росту числа новорожденных с данной патологией.

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.

С 2003 года по настоящее время в отделении хирургии новорожденных ДРКБ МЗ РТ пролечены 35 детей с мекониевым перитонитом (23 мальчика и 12 девочек). Большинство пациентов родились от первородящих матерей (70%), беременность которых проходила без клинических проявлений патологии плода. Практически все дети родились незрелыми к сроку ге-



Таблица 1.

Сравнительная характеристика методов хирургического лечения мекониевого перитонита у новорожденных детей

	Радикальная операция с одномоментной энтеропластикой	Одноствольная стома	Т(У)-образный анастомоз	Двойная илеостома
Среднее время операции	1,5 ч	30-60 мин	1,5-2 ч	30 мин
Этапные операции	Нет	Да	Да	Да
Возможность п/осложнений	Высокая	Низкая (после первой операции)	Высокая	Низкая
Раннее энтеральное питание	Затруднительно	Возможно со 2-х суток	Затруднительно	Возможно со 2-х суток
Подключение к пищеварению отводящего отдела	Возможно, но затруднительно из-за высокого риска осложнений	Невозможно	Затруднительно	Возможно со 2-х суток
Длительное парентеральное питания	Вероятно	Вероятно	Вероятно	Вероятно
Средняя длительность госпитализации	25 дней	Возможна выписка со стомой, через 25-30 дней. При истощающей стоме – 2 мес	25 дней, с последующей повторной госпитализацией	25-30 дней

станции. У 90% пациентов роды протекали естественным путем, 80% детей поступили в отделение хирургии новорожденных сразу из родильного дома, 20% — из отделения патологии новорожденных, где и начинался процесс диагностики мекониевого перитонита, т.к. первые признаки заболевания у больных были выявлены уже в антенатальном периоде при проведении плановых УЗИ сканирований беременных на сроках беременности 18-38 (в среднем на сроке 28) недель.

Алгоритм клинического обследования включал оценку течения беременности и ее осложнений. После осмотра новорожденных и оценки клинических симптомов заболевания (вздутие живота, отек передней брюшной стенки и половых органов, синдром срыгивания и рвоты, задержка стула и газов) проводились дополнительные параклинические методы диагностики: УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография брюшной полости, ирригография. В сомнительных случаях комплексное обследование дополнялось проведением рентгеноконтрастной гастроэнтерографии. У больных с признаками асцита (подтвержденными данными УЗИ брюшной полости) проводился лапароцентез с целью декомпрессии брюшной полости и оценки характера экссудата (дополнительные данные, необходимые для обоснования оперативного вмешательства).

Существуют различные мнения по поводу оперативной тактики лечения мекониевого перитонита у детей. Одни авторы [2] считают целесообразным выведение двойной кишечной стомы, другие – одинарной [1]. Ряд авторов практикуют У-образный анастомоз [1]. Имеются также публикации об одномоментной энтеропластике [3]. В настоящее время в клинике детской хирургии все эти методы лечения имеют практическое применение.

Как показывает наш опыт, выведение двойной кишечной стомы при оперативном лечении мекониевого перитонита у новорожденных является наиболее щадящим и перспективным методом выхаживания пациентов с данной патологией. С 2003 года освоена и внедрена в практику методика наложе-

ния двойной энтеростомы с последующим проведением энтерального питания через стому отводящего отдела кишечника. Этим детям с мекониевым перитонитом и клиникой кишечной непроходимости проводилась лапаротомия, ревизия брюшной полости, устранение причин кишечной непроходимости и выведение двойной кишечной стомы с введением и фиксацией в отводящий отдел кишечника мягкого зонда для проведения в дальнейшем энтерального зондового питания. В зависимости от состояния больного зондовое питание начинали, по возможности, раньше, с третьих суток после операции. Энтеральное питание через кишечный свищ проводилось гидролизированными смесями, начиная с небольшого объема (1 мл/ч), с применением перфузаторов и постепенным увеличением скорости введения гидролизата. Параллельно проводилось частичное парентеральное питание, назначенное врачом-реаниматологом с учетом физиологических норм и патологических потерь белков, жиров и углеводов. Кроме того, все дети в послеоперационном периоде по протоколу лечения получали усиленные схемы антибактериальной терапии, инфузионную терапию, иммуностимулирующую терапию. В раннем послеоперационном периоде всем пациентам постоянно проводился мониторинг основных параметров гомеостаза. Наиболее тяжело послеоперационный период протекал у больных с генерализованной формой мекониевого перитонита. Трое больных с данной формой заболевания экзетировали на 7 сутки после операции. В целом летальность в группе пролеченных по данной методике детей составила 6,4%, тогда как ранее (до 2003 года) летальность при мекониевом перитоните составляла 15%. В то время практиковалась методика формирования Т-образного анастомоза или выведение одноствольной проксимальной кишечной стомы.

Все выздоровевшие новорожденные (24 из 27) в дальнейшем развивались нормально (катамнез прослежен в течение 5 лет). У всех выживших после операции больных с генерализованным мекониевым перитонитом диагностировался синдром мальабсорбции кишечника, что потребовало участия в даль-



нейшей реабилитации этих детей педиатра-гастроэнтеролога. При сравнительной характеристике методов хирургического лечения мекониевого перитонита у новорожденных детей, на наш взгляд, наиболее важно учитывать следующие ключевые моменты (табл. 1):

Результаты и обсуждения

Выбор оперативного лечения мекониевого перитонита у новорожденных детей зависит от находок во время первичной операции. При возможности наложения прямого первичного анастомоза необходимо принимать именно эту тактику. Но угроза несостоятельности анастомоза, развитие длительной динамической кишечной непроходимости, связанной с медленным сокращением атрезированного участка кишки, может быть причиной значительного увеличения времени парентерального питания и риска развития общего инфицирования пациента (бактериурии и сепсиса).

Наложение одностольной кишечной стомы целесообразно только при атрезии тонкого кишечника непосредственно у илеоцекального угла, в остальных случаях этот метод хирургического лечения является необоснованным, так как приводит либо к формированию истощающего кишечного свища, либо к увеличению времени и оперативной травмы при этапной коррекции.

Наложение Т(У)-образного анастомоза эффективно, но при этом также имеется угроза развития осложнений (несостоятельность анастомоза, кишечная непроходимость и, как правило, требуется повторная этапная операция).

У новорожденных с мекониевым перитонитом, при наличии симптомов кишечной непроходимости (при кистозной и генерализованной формах заболевания), наиболее целесообразен следующий алгоритм оперативного лечения: лапаротомия, ревизия брюшной полости, удаление некротических масс и/или 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. Данная методика позволяет провести гистологическую оценку состояния пораженного кишечника, что очень важно для определения хирургической тактики последующих оперативных вмешательств. Кроме того, этот метод лечения позволяет оценить функциональную способность отводящего отдела кишечника, увеличить его диаметр, уменьшить объем парентерального питания, сократить время пребывания больного в стационаре вследствие предупреждения возможных оперативных осложнений. Время оперативного лечения как при первичной операции (формировании двойной кишечной стомы), так и при наложении этапного анастомоза сведено к минимуму (составляет в среднем 30-40 мин).

Таким образом, оперативная тактика лечения мекониевого перитонита у новорожденных с формированием двойной кишечной стомы является оптимальной. Она позволяет после коррекции параметров гомеостаза и стабилизации общего состояния ребенка произвести закрытие кишечного свища уже через 2-3 недели после его наложения, что способствует более раннему восстановлению нормального (физиологического) пассажа кишечного содержимого и более раннему выздоровлению новорожденных детей с мекониевым перитонитом. Внедренный нами после 2003 года алгоритм диагностики и лечения мекониевого перитонита у новорожденных позволил снизить летальность у этой категории больных почти вдвое (с 15% до 6,4%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. — 1996.
2. Forouchar F. Meconium peritonitis // *Am. J. Clin. Pathol.* — 1982. — Vol. 78. — P. 208-213.
3. Weber T.R., Wane D.W., Grosfeld J.L. Tapering enteroplasty in infants with bowel atresia and short bowel syndrome // *Arch. Surg.* — 1982. — Vol. 117. — P. 684-688.
4. Neuhauser E.B.D. The roentgen diagnosis of fetal meconium peritonitis // *Am. J. Radiol.* — 1944. — Vol. 51. — P. 421.
5. Lilly J.R., Weintraub W.H., Altman R.P. Spontaneous perforation of the extrahepatic bile duct and bile peritonitis in surgery // *Surgery.* — 1974. — Vol. 75. — P. 664-673.
6. Stringel G., Mercer S. Idiopathic perforation of the biliary tract in infancy // *J. Pediatr. Surg.* — 1983. — Vol. 18. — 546 p.
7. Unger S.W., Chandler J.G. Chylous ascites in infants and children // *Surgery.* — 1983. — Vol. 93. — 455 p.
8. Mann C.M., Leape L.L., Holder T.M. Neonatal urinary ascites: a report of 2 cases of unusual etiology and a review of the literature // *J. Urol.* — 1974. — Vol. 111. — 541 p.
9. Grosfeld J.L. et. al. Gastrointestinal perforation and peritonitis in infants and children: Experience with 179 cases over ten years // *Surgery.* — 1996. — Vol. 120. — 650 p.
10. Touloukian R.J. Gastric ischemia: the primary factor in neonatal perforation // *Clin. Pediatr.* — 1973. — Vol. 12. — 219 p.
11. Rosser S.B., Clark C.H., Elechi E.N. Spontaneous neonatal gastric perforation // *L. Pediatr. Surg.* — Vol. 17. — 390 p.
12. Weinberg G., Kleinhaus S., Boley S.J. Idiopathic intestinal perforations in the newborn: An increasingly common entity // *J. Pediatr. Surg.* — 1989. — Vol. 24. — P. 1007-1008.
13. Rode H., Millar A.J.W. Intestinal atresia and stenosis // *Newborn surgery.* — London, 2003. — P. 445-456.

ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ЖУРНАЛА «ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

В КАТАЛОГЕ «РОСПЕЧАТЬ» 37140

В РЕСПУБЛИКАНСКОМ КАТАЛОГЕ ФПС «ТАТАРСТАН ПОЧТАСЫ» 16848