

Перитонит новорожденных

ПОДГОТОВИЛ: ЕРКЕН ДАСТАН 688 ОВП

ПРОВЕРИЛ: КУЗЬМИН В.Д.

Перитонит новорожденных

- заболевание полиэтиологическое, обусловленное в 84% случаев перфорацией стенки ЖКТ (главным образом толстой кишки) при некротическом энтероколите или пороках развития кишечника, значительно реже – гематогенным, лимфогенным или контактным инфицированием брюшины. Среди воспалительных заболеваний органов брюшной полости, осложняющихся перитонитом, первое место по частоте занимает острый аппендицит, значительно реже его возникновение может быть связано с перфорацией дивертикула Меккеля при его воспалении, ятрогенной перфорацией полых органов.

Классификация

По этиологическому признаку:

1. Перфоративный перитонит:

- некротический энтероколит (постгипоксический, септический);
- пороки развития ЖКТ (сегментарный дефект мышечного слоя стенки полого органа, осложнения при атрезии, завороте кишечника, мекониевом илеусе, болезни Гиршпрунга);
- острый аппендицит;
- деструктивный холецистит и холангит;
- ятрогенные перфорации полых органов.

2. Неперфоративный перитонит:

- гематогенное, лимфогенное инфицирование брюшины;
- контактное инфицирование брюшины.

Классификация

По времени возникновения:


- ▶ Пренатальный.
- ▶ Постнатальный.

По степени распространения в брюшной полости:

- ▶ Разлитой.
- ▶ Отграниченный.

По характеру выпота в брюшной полости:

- ▶ Фиброадгезивный;
- ▶ Фибринозно-гнойный;
- ▶ Фибринозно-гнойный, каловый.



Внутриутробные перфорации кишечника при пороках развития приводят к асептическому адгезивному перитониту, постнатальные — к разлитому фибринозно-гнойному, каловому перитониту. При некротическом энтероколите на фоне интенсивной терапии возможно развитие отграниченного перитонита. Неперфоративный фибринозно-гнойный перитонит, развивающийся внутриутробно при гематогенном, лимфогенном и трансплацентарном инфицировании, в настоящее время наблюдаются редко. В постнатальном периоде инфицирование брюшины происходит контактным путём при гнойном периартериите и перифлебите пупочных сосудов, абсцессах печени, гнойных заболеваниях забрюшинного пространства, флегмоне передней брюшной стенки. Эти формы в настоящее время также возникают редко.

Клиническая картина

- ▶ Клиническая картина постнатального перфоративного перитонита у новорождённых с пороками кишечной стенки проявляется остро симптомами перитонеального шока на 2—3-й сутки жизни. Ребёнок вялый, стонет. Кожные покровы бледно-серого цвета, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное из-за высокого стояния купола диафрагмы. Сердечные тоны глухие. Обращают внимание резкое вздутие, напряжение и болезненность живота, расширение подкожной венозной сети. При перитоните у новорождённых часто наблюдают гиперемии кожи в нижних отделах живота и на половых органах. Перистальтика кишечника не выслушивается. Перкуторно над печенью выявляют коробочный звук — симптом исчезновения печёночной тупости (симптом Спигарного). Отмечают постоянную рвоту кишечным содержимым, стул и газы не отходят.

Рентгенография

- ▶ Исследование начинают с обзорной рентгенографии в двух проекциях при вертикальном положении ребенка. Для перитонита характерно «взвешенное» расположение кишечных петель, которые смещены жидкостью вверх и к центру брюшной полости. Смещение особенно отчетливо видно на боковой рентгенограмме, где кишечные петли собраны в клубок, ближе к передней брюшной стенке. Нижние отделы живота затенены. Купол диафрагмы поднят высоко. В запущенных случаях при выраженном парезе кишечника видны множественные, неравномерно распределенные горизонтальные уровни.

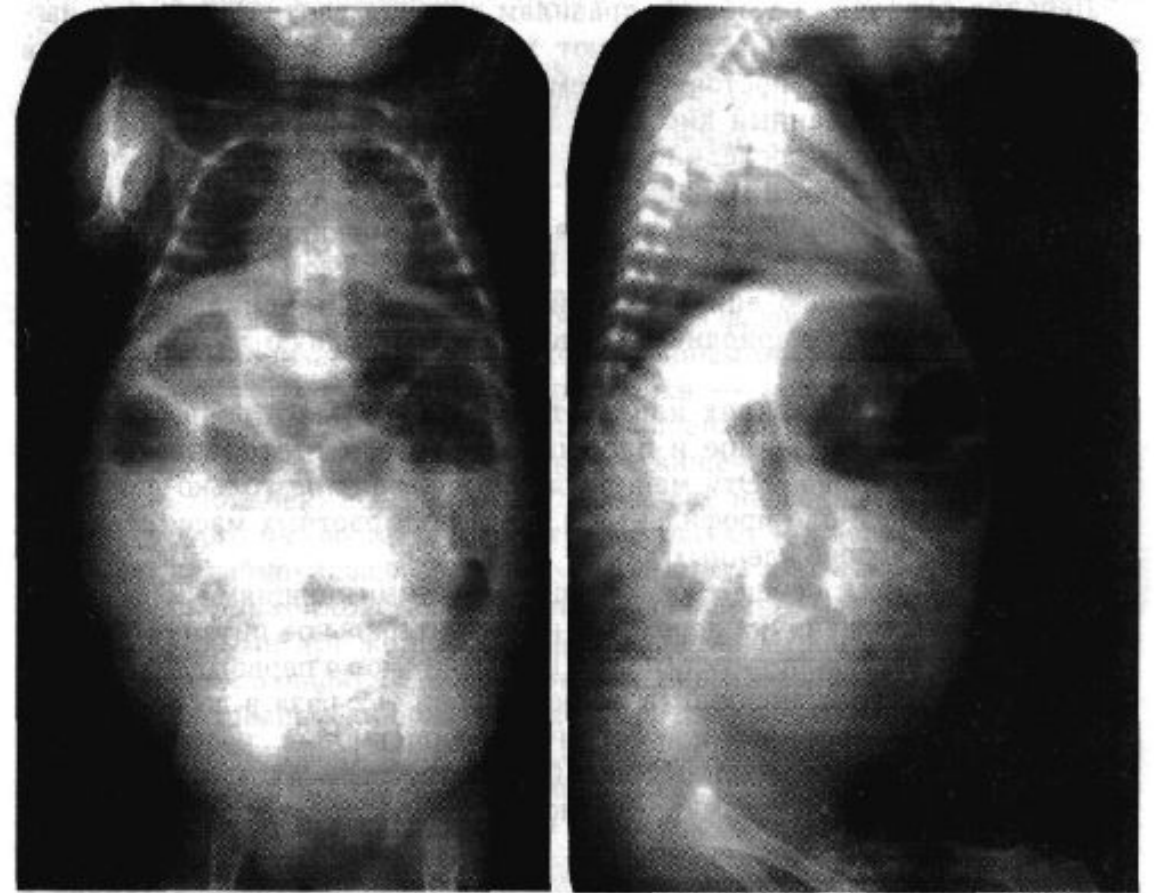


Рис. 80. Рентгенограмма брюшной полости ребенка с первичным перитонитом.
а — прямая проекция; б — боковая проекция.

Лечение

- ▶ Лечение только хирургическое. После проведения пункции брюшной полости и уменьшения внутрибрюшного давления в течение 2—3 ч проводят комплексную предоперационную подготовку, направленную на ликвидацию симптомов централизации кровообращения. Предпочтение отдают верхней-поперечной лапаротомии, позволяющей провести полноценную ревизию органов брюшной полости. Кишечную петлю с участком перфорации подшивают к брюшной стенке в виде кишечного свища. После этого брюшную полость промывают растворами антисептиков и ушивают с оставлением дренажа.

Лечение

- ▶ *Предоперационная подготовка детей с перитонитом не превышает 2—3 ч и направлена на уменьшение интоксикации, эксикоза, восстановление гомеостаза. Ребенка помещают в обогреваемый кувез, дают кислород. Обязательно отсасывание желудочного содержимого (аспирация рвотных масс!). При пневмонии saniруют трахеобронхиальное дерево. Начинают детоксикационную терапию.*

Лечение

- ▶ *Послеоперационное лечение* детей с первичным перитонитом сходно с применяемыми при консервативной терапии мероприятиями. Особенности ведения зависят от вида произведенного вмешательства.
- ▶ При образовании кишечных анастомозов дети находятся на парентеральном питании в течение 2—4 дней. По мере прекращения рвоты и ликвидации застойного содержимого в желудке начинают кормление через рот по 5—10 мл через 2 ч (при первом кормлении вводят 5% раствор глюкозы).
- ▶ Если произведено зашивание передней брюшной стенки после эвентрации кишечника, то осуществляют тщательный уход за послеоперационной раной и наблюдение за «пуговчатыми» стягивающими швами — перевязки, туалет, физиотерапия (возможность повторной эвентрации кишечника!). В таких случаях показано также активное общеукрепляющее и стимулирующее лечение.
- ▶ Всем детям в течение 3—4 дней вводят в брюшную полость антибиотики через ниппельный дренаж. Швы снимают не ранее 10—12-го дня. Стягивающие «пуговчатые» швы держат еще 5—7 дней после снятия швов с послеоперационной раны, чтобы убедиться в прочности рубца.