



**МАТЕРИАЛЫ**  
**Научно-практической конференции**  
**студентов и молодых учёных**  
**Пятого Всероссийского педиатрического форума**  
**студентов и молодых учёных**  
**с международным участием «Виртуоз педиатрии»**  
**(Москва, 20–21 мая 2024)**

\* \* \*

**МЕКОНИЕВЫЙ ПЕРИТОНИТ**  
**У НОВОРОЖДЁННОГО РЕБЁНКА**  
**С МУКОВИСЦИДОЗОМ**

**Алексеева А.В., Демидова Р.А.**

**Научный руководитель: доцент Е.И. Каширская**

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, Астрахань, Россия

*Ключевые слова:* клинический случай; мекониевый илеус; мекониевый перитонит; новорождённый; муковисцидоз

*Актуальность.* Мекониевый илеус является одним из специфических кишечных проявлений муковисцидоза (МВ) и нередко осложняется перфорацией кишечника. Диагностика внутриутробного перитонита связана с трудностями пренатальной диагностики и выбора тактики его лечения. Основным методом диагностики мекониевого перитонита в антенатальном периоде является ультразвуковое исследование (УЗИ).

*Описание клинического случая.* Мальчик Ц., рождён от 1-й беременности, 1-х преждевременных родов на 35-й неделе гестации, масса тела при рождении 2390 г, длина тела — 50 см, окружность головы — 33 см, оценка по шкале Апгар — 7/8 баллов. Беременность протекала на фоне хронического пиелонефрита, острой респираторной инфекции в I триместре. При проведении планового УЗИ на 33-й неделе беременности выявлены признаки обструкции толстого кишечника плода, мекониевый перитонит. На 35-й неделе беременности в связи с преждевременным излитием околоплодных вод проведено родоразрешение путём кесарева сечения. Состояние мальчика при рождении тяжёлое, обусловленное дыхательной недостаточностью, церебральной депрессией. Ребёнок был переведён в отделение анестезиологии-реанимации. В неврологии-

ческом статусе отмечалась симптоматика угнетения. Живот выше уровня рёберных дуг, симметричный, при пальпации напряжён, отмечены выраженный отёк и гиперемия передней брюшной стенки. Отёки в области мошонки. Стул и отделяемое по газоотводной трубке отсутствовали. По уретральному катетеру выделялась светло-жёлтая моча. При постановке желудочного зонда отделялось содержимое жёлтого цвета. Учитывая тяжесть состояния ребёнка, проведено оперативное лечение в экстренном порядке — дренирование брюшной полости с двух сторон. Интраоперационно эвакуировано 250 мл мекония с примесью крови, включениями фибрина.

В послеоперационном периоде ребёнок находился на искусственной вентиляции лёгких, получал обезболивание фентанилом, восполнение белка раствором альбумина, антибактериальную терапию, парентеральное питание. На 6-е сутки после оперативного лечения респираторная поддержка была прекращена, начато трофическое энтеральное питание. В состоянии ребёнка отмечалась положительная динамика, начал сосать самостоятельно, питание усваивал в полном объёме, явлений кишечной непроходимости не отмечалось, наблюдалась положительная весовая кривая.

*Заключение.* Представленный случай демонстрирует тяжёлое течение мекониевого илеуса как проявление МВ у новорождённых. Характерный симптомокомплекс требует клинической настороженности специалистов с возможной реализацией диагностического алгоритма для исключения МВ.

\* \* \*