

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ №1

**Тема: «ПЕРИТОНИТЫ ПЕРВИЧНЫЕ, ВТОРИЧНЫЕ,
ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА,
ЛЕЧЕНИЕ»**

Ташкент – 2007

Тема № 7.

1. ПЕРИТОНИТЫ ПЕРВИЧНЫЕ, ВТОРИЧНЫЕ, ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.

2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Обучить студентов самостоятельной постановки диагноза в первичном звене здравоохранения в зависимости от формы заболевания и возраста детей.

ЗАДАЧА ЗАНЯТИЯ:

Обучить студентов

1. Этиология. Патогенез Классификация перитонитов у детей.
2. Характерные жалобы, анамнеза клинических признаков при первичном перитоните.
3. Характерные жалобы, анамнеза, клинических признаков при вторичном перитоните.
4. Умение исследовать детей с подозрением на острые процессы в брюшной полости (осмотр, пальпация, перкуссию, ректальные и лабораторные исследования).
5. Методы обследования больных.
6. Дифференциальная диагностика.
7. Принципы лечения перитонитов.

Вопросы рассматриваемые на практических занятиях:

1. Анатомо-физиологические особенности червеобразного отростка, дивертикулов, кишечника).
2. Определение понятия перитонита.
3. Этиология и патогенез перитонитов.
4. Классификация перитонитов.
5. Клиническая картина первичных перитонитов.
6. Клиническая картина вторичных перитонитов.
7. Методы обследования больных с перитонитом
8. Лабораторные методы исследования.
9. Дифференциальная диагностика перитонитов.
10. Принципы лечения перитонитов.

Студент должен знать:

1. Этиологию, патогенез, классификацию перитонитов.
2. Клиническую картину первичных и вторичных перитонитов.
3. Методы исследования.
4. Принципы лечения перитонитов.

Студент должен уметь:

1. Определить симптомы перитонитов.
2. Интерпретировать данные лабораторных анализов.
3. На основании полученных клинических, лабораторных, инструментальных и данных специальных методов обследования установить клинический диагноз.
4. Провести дифференциальную диагностику перитонитов различного происхождения.

План занятия:

1. Перекличка.
2. Участие на утренней врачебной конференции
3. Определение темы и цели занятия, обоснование актуальности, особенности течения перитонита у детей. Важность своевременной диагностики перитонита и дифференциальной диагностики перитонита у детей.

4. Устный опрос.
5. Разбор ОЛКМС.
6. Курация больных и обсуждение результатов.
7. Решение тестов и ситуационных задач.
8. Оценка знаний студентов. Занесение баллов в учебный журнал и конспекты студентов.
9. Объяснение новой темы.
10. Домашнее задание.

5. ТЕОРИТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.

Классификация перитонитов

По этиологии- асептический, инфекционный

По путям заноса – перфоративный, септический, криптогенный

По степени распространенности – общий и местный, общий может быть диффузным и разлитым, местный неограниченный и ограниченный

По характеру экссудата – серозный, гнойный, хилезный, геморрагический, желчный.

Причины перитонита у детей разнообразны. В большинстве случаев он является результатом инфицирования со стороны органов брюшной полости

В зависимости от происхождения перитонита, длительности заболевания и возраста ребенка значительно меняется течение и прогноз.

Изучение патогенеза перитонита позволяет выделить четыре синдрома нарушения гомеостаза – собственно интоксикацию, нарушение кислотно-основного состояния, вводно-солевые расстройства, гипертермический синдром.

Данные осмотра: втянутый, "ладьевидный" или вздутый (в зависимости от стадии) живот, частично или полностью не принимающий участия в акте дыхания. При пальпации – ограниченное или распространенное напряжение мышц живота.

Симптом Щеткина-Блюмберга (Bloomberg): определяется путем умеренного надавливания на брюшную стенку с последующим резким отнятием руки. Симптом положителен, если боль при отнятии руки сильнее, чем при надавливании. Целесообразно акцентировать внимание больного на сравнение степени выраженности боли при надавливании и отнятии руки.

Симптом Менделя (Mendel): появление резких болей над участком воспаления при поколачивании кончиками 2-3-4 пальцев по брюшной стенке.

Отсутствие перистальтики ("гробовая тишина") или ослабление ее определяют путем аускультации брюшной полости.

Ректальное и вагинальное исследование: определяется резкая болезненность при пальпации передней стенки прямой кишки или заднего свода влагалища – "крик Дугласа", и наличие инфильтрата с размягчением в центре – при наличии тазового абсцесса (дуглас-абсцесса).

Чтение и трактовка рентгенограмм при поддиафрагмальном абсцессе (высокое стояние диаграммы, полость с газом и уровень жидкости между куполом диаграммы и печенью, реактивный плеврит, нижнедолевая пневмония).

ЗАДАНИЕ №1 – Диагностика

Симптомы: Щеткина-Блюмберга, Менделя, защитное напряжение мышц брюшной стенки. Аускультация живота.

Перкуссия живота.

Ректальное пальцевое исследование для определения тазового абсцесса.

Чтение и трактовка УЗИ и рентгенограмм при поддиафрагмальном абсцессе.

Данные лабораторных исследований: Показатели общего анализа крови, гематокрит, содержание билирубина, мочевины, амилазы в крови, общий анализ мочи, показатели

кислотно-щелочного равновесия и электролитного баланса. Показатели, характеризующие степень интоксикации – лейкоцитоз, токсический сдвиг в формуле крови, лейкоцитарный индекс интоксикации по Кальф-Калифу (ЛИИ), количество средних молекул.

ЗАДАНИЕ №2 – Лечение

1. Госпитализация в ОРИТ.
3. Декомпрессия ЖКТ.
4. Посиндромное лечение
5. Аспирация застойного содержимого.
6. При восстановлении пассажа ЖКТ поить дробно по 5-10 мл. через каждые 2 часа.
7. Инфузионная терапия восстановления ОЦК и ликвидация нарушений гемостаза.
8. Для лечения пареза кишечника в/в капельное введение в р-ре глюкозы хлорида калия из расчета 4-6 ммоль/г сутки.

Антибиотикотерапия с учетом чувствительности микрофлоры. Целесообразно внутривенное введение цефалоспоринов /клофоран, цепорин/ аминогликозидов /гентамицин, сизомицин/.

При полирезистентных штаммах 1% раствор дикаина из расчета 1 мл/кг в сутки. Антибактериальная терапия приводится по курсу не более 5 дней с последующей сменой.

СТИМУЛИРУЮЩАЯ И СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ.

- переливание гипериммунной плазмы, введение специфических иммуноглобулинов, прямые переливания крови, витамины.

При необходимости иммунокоррекция с назначением Т-активина, декариса, продигозана.

Оперативное лечение при перфоративном перитоните и стадии перфорации при отсутствии положительной динамики в течении 6-12 ч. после интенсивной терапии.

Операция в экстренном порядке- лапоротомия, перитонеальный диализ.

ЗАДАНИЕ №3 Выписывание рецептов.

1. Новорожденному (14 дней)- 3kg

Rp : Benzylpenicillini-natrii 1000000 Ед

Dtd № 7

D.S. развести флакон 5 мл раствора 0,25% новокаина. Вводить 100000 Ед 3 раза в день в/м.

2. Ребенку 6-12 мес.

Rp :S. Glucosfe 10% - 200,0

S. Kalcii chloridi 4%-2,0

D.t.d. № 3

D.S. вводить в\в капельно 5 капель в минуту

3. Ребенку 5 лет

Rp : Caps. Linex

Dtd № 20 in cap

S. По 20,0 мл в\в х 2 раза в день в течение 1 м-ц (5 кап в 1 мин)

ЗАДАНИЕ №5 - Дифференциальный диагноз:

1. С соматическими заболеваниями (пневмонии, гастрит, неспецифический язвенный колит).
2. Гинекологических заболеваний (аднексит, сальпенгит, апоплексии яичника, перекрут кисты яичника)
3. Урологических заболеваний (цистит, уретрит, пиелонефрит, камни верхних мочевых путей сопровождаются с почечной коликой).
4. Инфекционных заболеваний (инфекционный гепатит, энтероколит, ОРВИ с абдоминальным синдромом)
5. Хирургические заболевания (язвенная болезнь желудка и 12 перстной кишки с перфорацией или пенетрацией язвы, аппендицит, кишечная непроходимость).

6. ТЕСТЫ

1. Во время операции по поводу аппендикулярного перитонита случайно обнаружен неизменный Меккелев дивертикул. А.

Рациональное действие хирурга включает

- А. Удаление дивертикула.
- Б. Оставление дивертикула.
- В. Введение стомы на уровне дивертикула.
- Г. Плановое удаление дивертикула через 3 мес.
- Д. Плановое удаление дивертикула в индивидуальные сроки.

2. При картине первичного перитонита рациональные действия хирурга предусматривают

- А. Лапароскопию. В.
- Б. Лапаротомию.
- В. Лапароцентез.
- Г. Антибактериальную терапию.
- Д. Наблюдение.

3. Все перечисленные признаки перитонита новорожденных верны, кроме:

- А. Эксикоза. Г.
- Б. Вздутия живота.
- В. Задержки стула.
- Г. Полиурии.
- Д. Сердечно-сосудистых нарушений.

4. Все перечисленные признаки разлитого перитонита верны, кроме:

- А. Страдальческого выражения лица.
- Б. Состояния средней тяжести. Г.
- В. Беспокойства при пальпации живота.
- Г. Олигурии.
- Д. Гипертермии.

5. Из всех перечисленных симптомов наиболее достоверным для

разлитого перитонита у новорожденного является:

- А. Лейкоцитоз.
- Б. Рвота застойным отделяемым.
- В. Отек, гиперемия брюшной стенки, венозная сеть.
- Г. Жидкий стул.
- Д. Динамическая непроходимость.

В.

6. У новорожденного 4 дней с клиникой острой перфорации кишечника и разлитым перитонитом при операции обнаружен язвенный дефект подвздошной кишки диаметром 0,8 см. в 20 см. от илеоцекального угла, множественные участки преперфорации в поперечно-ободочной кишке. Наиболее рациональная хирургическая тактика включает:

Б.

- А. Ушивание кишки, санацию брюшной полости.
- Б. Двойную илеостомию по Микуличу, санацию брюшной полости.
- В. Ушивание кишки, микроирригатор.
- Г. V-образный анастомоз.
- Д. Резекцию подвздошной кишки илеостомию.

7. При госпитализации новорожденного с перитонитом необходимо выполнить все следующие мероприятия, кроме:

В.

- А. Антибактериальной терапии.
- Б. Зонда в желудок.
- В. Сифонной клизмы.
- Г. Оксигенотерапии.
- Д. Инфузионной корригирующей терапии.

8. Аппендикулярный разлитой перитонит. Давность заболевания 7 дней. Выраженный парез кишечника. Определите наиболее оптимальный доступ:

Б.

- А. косой разрез в правом подвздошном участке;
- Б. срединная лапаротомия;
- В. поперечная лапаротомия;
- Г. крестообразный, измененный;
- Д. в правом подвздошном участке по кожной складке.

9. Разлитой аппендикулярный перитонит. Ваша тактика во время операции:

В.

- А. одномоментное введение антибиотиков;
- Б. промывание брюшной полости;
- В. система «лаваж»;
- Г. нипельный дренаж для антибиотиков;
- Д. страховочный дренаж.

10. Аппендикулярный перитонит. Давность заболевания 10 дней. Во время операции выявлено: большое количество гнойного выпота с каловым запахом, грубый фибриновый налет и межпетлевые гнойники. Выраженный парез. Определите метод санации брюшной полости:

Б.

- А. одномоментное промывание;
- Б. промывание и система «лаваж»;
- В. множественные микроирригаторы;

Б

- Г. сигарный тампон;
- Д. одномоментное ведение антибиотиков.

7. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№	СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ	ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ ЗАМЕТКИ
1	<p>Мальчик 7 лет доставлен через 18 часов от начала заболевания. Появились боли в эпигастрии, которые через 4 часа переместились в правую подвздошную область. Была 2 р. рвота съеденной пищи, при обследовании состояние удовлетворительное. Температура 37,4 живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется мышечное напряжение и резкая болезненность в правой подвздошной области.</p>	<p>Перитонит аппендикулярной этиологии Операция после предоперационной подготовки</p>
2	<p>Здесь же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Ваш диагноз? Лечебная тактика.</p> <p>Ребенок 6 лет поступил на третий день болезни с выраженными болями по всему животу, которые первоначально локализовались в правой подвздошной области, многократной рвотой застойным содержимым. Состояние тяжелое, температура 39, бледность кожных покровов, выраженная тахикардия. Передняя брюшная стенка не участвует в акте дыхания, определяется разлитая болезненность, выраженное мышечное напряжение и положительные симптомы раздражения брюшины. Диагноз, лечебная тактика?</p>	<p>Перитонит аппендикулярной этиологии Операция после предоперационной подготовки</p>

8. ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ.

1. Анатомо-физиологические особенности червеобразного отростка, дивертикулов, кишечника).
2. Определение понятия перитонита.
3. Этиология и патогенез перитонитов.
4. Классификация перитонитов.
5. Клиническая картина первичных перитонитов.
6. Клиническая картина вторичных перитонитов.
7. Методы обследования больных с перитонитом
8. Лабораторные методы исследования.
9. Дифференциальная диагностика перитонитов.
10. Принципы лечения перитонитов.

10. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Анатомо-физиологические особенности червеобразного отростка, дивертикулов, кишечника).
2. Определение понятия перитонита.
3. Этиология и патогенез перитонитов.
4. Классификация перитонитов.
5. Клиническая картина первичных перитонитов.
6. Клиническая картина вторичных перитонитов.
7. Методы обследования больных с перитонитом
8. Лабораторные методы исследования.
9. Дифференциальная диагностика перитонитов.
10. Принципы лечения перитонитов.