

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

**Тема: «ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У
ДЕТЕЙ»**

Ташкент – 2007

Тема № 6.

1. ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ.

1. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Обучить студентов самостоятельной постановке раннего диагноза осложнений острого аппендицита в первичном звене здравоохранения в зависимости от формы заболевания и возраста детей и принципам их лечения

2. ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ:

Обучить студентов

1. Этиологии, патогенезу осложнений острого аппендицита.
2. Клиническим симптомам осложнений острого аппендицита
3. Проведению обследования детей с подозрением на острые процессы в брюшной полости (осмотр, пальпация, перкуссия, ректальные исследования).
4. Назначению необходимых лабораторных методов обследования больных с осложнениями острого аппендицита
5. Своевременному установлению правильного диагноза.
6. Дифференциальной диагностике.
7. Определить объем специального обследования.
8. Принципам лечения.

ВОПРОСЫ, ОБСУЖДАЕМЫЕ НА ЗАНЯТИЯХ:

1. Чем обусловлены дооперационные осложнения?
2. Что относится к дооперационным осложнениям?
3. Клиника дооперационных осложнений.
4. Тактика при аппендикулярном инфильтрате.
5. Послеоперационные осложнения. Клиника.
6. Тактика при локальных абсцессах в брюшной полости.
7. Хирургическое лечение нагноившегося инфильтрата.
8. Принципы диспансерного наблюдения.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:

1. Этиологию, патогенез, классификацию осложнений острого аппендицита.
2. Клиническую картину осложнений острого аппендицита.
3. Методы обследования
4. дифференциально-диагностические признаки осложнений острого аппендицита
3. Принципы лечения осложнений острого аппендицита.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

1. Определять местные симптомы осложнений острого аппендицита.
2. Интерпретировать данные лабораторных анализов.
3. На основании полученных клинических, лабораторных, инструментальных и данных специальных методов обследования установить клинический диагноз.
4. Проводить дифференциальную диагностику осложнений острого аппендицита от других заболеваний, сопровождающихся с болями в животе.

План занятия.

1. Переключка
2. Участие на утренней врачебной конференции
3. Определение темы и цели занятия, обоснование актуальности, особенностей течения осложнений острого аппендицита у детей. Важность своевременной диагностики и дифференциальной диагностики осложнений острого аппендицита у детей.

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

1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.

Дооперационные осложнения обусловлены анатомо-физиологическими особенностями:

1. Анатомическое и функциональное недоразвитие сальника.
2. Не высокие пластические свойства брюшины – не может обеспечить надежный барьер вокруг слепой кишки.
3. Наличие длинной брыжейки слепой кишки.

Разлитой гнойный перитонит проявляется симптомами «острого живота»: бледность, анемия, неоднократная рвота, учащенный пульс, сухой язык, резко выраженное напряжение брюшины: положительный симптом Щеткина-Блюмберга резкая болезненность при исследовании Дугласова пространства.

Лечение разлитого перитонита оперативное, после предоперационной подготовки в течении 2-3 часов.

Аппендикулярный инфильтрат – возникает в случае, когда воспалительный очаг в брюшной полости ограничивается спайками и сращениями. Он локализуется по месту положения червеобразного отростка, Он выявляется на 3-й -5й день болезни. В начальном периоде – болезненная припухлость тестовые консистенции без четких границ.

Позднее инфильтрат становится плотным, границы определяются четко. Если в подвздошной ямке прощупывается уплотнение небольших размеров, то большая часть его в полости малого таза, что уточняется с помощью пальцевого исследования через прямую кишку.

При аппендикулярном инфильтрате - консервативно-выжидательная тактика. Из лечебных мероприятий назначают постельный режим, холод на правую подвздошную область, легкоусвояемую диету, антибиотики. Наблюдение за состоянием брюшной полости, характером температурной кривой и динамикой лейкоцитоза. После стихания болей и нормализации температуры тела, для ускорения рассасывания инфильтрата назначают УВЧ, УФО, тепловые процедуры тепловые лечебные клизмы . При абсцедировании инфильтрата – хирургическое лечение .

Локальные абсцессы в брюшной полости.

Чаще всего являются следствием аномального расположения червеобразного отростка. Чаще всего встречается тазовый абсцесс.

Клиническими проявлениями тазового абсцесса являются жалобы на тупые боли, в нижних отделах живота и промежности, дизурические расстройства и учащение акта дефекации. Чаще симптомы возникают на 5-7 день заболевания. Повышается температура тела, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево. Общее состояние больных мало страдает, но иногда отмечают симптомы легкой интоксикации бледность кожных покровов тахикардия.

Наиболее ценным диагностическим тестом является пальцевое ректальное исследование.

Клиника поддиафрагмального абсцесса не столь ярка как абсцесс Дугласова пространства. Симптомы общей интоксикации – бледность, вялость, потеря аппетита

лихорадка, лейкоцитоз, с нейтрофильным сдвигом влево. Для поддиафрагмальных абсцессов характерны тупые боли в нижних отделах грудной клетки справа усиливающиеся при глубоком.

МЕЖКИШЕЧНЫЙ АБСЦЕСС проявляется: вялостью, потеря аппетита, гектическая лихорадка, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево. При исследовании живота можно выявить плотное без четких контуров опухолевидное образование. Симптомов раздражения брюшины не отмечается, возможен умеренный парез кишечника.

В начальном этапе, когда инфильтрат плотный – консервативное лечение. При появлении выраженных симптомов гнойной интоксикации показано хирургическое лечение.

Тяжелым осложнением является непроходимость кишечника в послеоперационном периоде, которая вызвана его парезом или наличием спаек.

Каловые свищи у детей оперированных по поводу аппендицита возникают в 0,09% случаев (преимущественно у больных с перфорацией отростка и запущенным перитонитом). Образование свищей способствует нерациональное лечение – дренирование марлевым тампоном брюшной полости при перитонитах.

Иногда кишечные свищи образуются в области межкишечных абсцессов, открываясь в ограниченную инфильтратом брюшную полость.

Эвентерация кишечника – встречается чрезвычайно редко – 0,02% главным образом при раннем разведении краев раны по поводу его нагноения. Возникновение эвентерации является срочным показанием к срочной операции – послойному ушиванию брюшной стенки.

Хирургическое лечение. Техника вскрытия нагноившегося инфильтрата производится под общей анестезией разрезом Мак-Бурнея-Волковича-Дьяконова.

Вскрывая брюшину, следует быть очень внимательным, чтобы не повредить подлежащие инфильтрированные петли кишок. Эти петли и прилежащий к ним сальник разделяют очень осторожно строго тупым путем до появления гноя. После чего расширяют образовавшееся отверстие в полость гнойника и устанавливают в ней резиновый выпускник и трубчатый дренаж. Операционную рану не зашивают. При латеральной локализации нагноившегося аппендикулярного инфильтрата, целесообразно опорожнить гнойник внебрюшинным доступом - доступ Пирогова (более латерально, чем разрез Волковича-Дьяконова). После вскрытия апоневроза и пучкового разведения мышц, далее тупо отодвигают брюшину кнутри вместе с пальпируемым инфильтратом.

Обнаружив участок с флюктуацией, в этом месте осторожно вскрывают гнойник. Лучше после предварительной ее пункции. При вскрытии аппендикулярного абсцесса нельзя стремиться к одновременной аппендэктомии.

Рекомендуют плановую аппендэктомию через 3-4 мес. После выписки из стационара.

Принцип диспансерного наблюдения больных после операции с осложнениями острого аппендицита проводятся во всех случаях. Больного перенесшего аппендикулярный инфильтрат через 2 мес. необходимо вновь госпитализировать и произвести аппендэктомию.

При аппендикулярном абсцессе так же после выздоровления через 2 мес. ребенку показана аппендэктомию в плановом порядке.

ЗАДАНИЕ №1 – ДИАГНОСТИКА

Обязательные лабораторные исследования.

- Общий анализ крови (лейкоцитоз, повышение СОЭ).
- Общий анализ мочи.
- Общий анализ кала.

Дополнительные методы исследования:

- УЗИ.
- Пальцевое исследование прямой кишки

Пальцевое исследование прямой кишки.

Цель: Диагностика заболеваний прямой кишки и органов малого таза.

Показания: Абцесс Дугласово пространства

Оснащение: Резиновые перчатки и вазелин.

Проводимые шаги:

1. Надеть перчатки
2. Общий подход к пациенту. Положение больного – коленно-локтевое, на боку или спине с приведенными к животу коленями.
3. Описание при наружном осмотре в области заднего прохода – нет ли геморроя, полипа, трещины и стеноза анального канала.
4. Надевают перчатку, второй палец смазывают вазелином и вводят в анальный канал, больному необходимо слегка потужиться.
5. Последовательно по всей окружности исследуют прямую кишку, отмечая наличие болезненности, инфильтрации, полипов, состояние наружного и внутреннего сфинктера.
6. При этом отмечается нависание, размягчение и резкая болезненность передней стенки прямой кишки.
7. После манипуляции осматривают палец нет ли там на нем патологических выделений (гной, кровь, слизь).

Снимают перчатки.

Вскрытие абсцесса Дугласова пространства.

Цель: Удаление гноя и дренирование гнойника.

Показания: Абцесс Дугласова пространства

Оснащение: Стерильные резиновые перчатки, вазелин, ректальные зеркала, шприц, скальпель, резиновый дренаж.

Проводимые шаги:

1. Надеть стерильные перчатки
2. Общий наркоз. Положение больного – на спине с согнутыми конечностями в коленных и тазобедренных суставах, с валиком под таз.
3. Растягивают сфинктер прямой кишки ректальными зеркалами.
4. 2 палец левой руки вводят в прямую кишку.
5. Толстой иглой введенной в прямую кишку под контролем указательного пальца справа или слева от сагитальной линии пунктируют гнойник.
6. При появлении гноя по игле остроконечным скальпелем прокалывают переднюю стенку прямой кишки и вскрывают абсцесс.

После эвакуации гноя в полость абсцесса вводят резиновый дренаж на 1-2 сутки.

ЗАДАНИЕ №2 – ЛЕЧЕНИЕ

Операция –Аппендэктомия. Разрез-Волковича-Дьяконова.
Антибиотики широкого спектра действия.

ЗАДАНИЕ № 3. Выписывание рецептов.

1. Ребенку 2 г.

Rp : Benzylpenicillini-natrii 1000000 Ед

Dtd № 10

D.s.: Во флакон добавить 10 мл 0,5% новокаина. Вводить по 500000 ЕД х3 раза в день в/м.

2. Ребенку 12 лет

Rp : Cefazolini- natrii 1,0

Dtd № 10

D.S. Содержимое флакона развести 5 мл 0,5% раствора новокаина. Вводить по 2,5 мл (500мг) 4 раза в день в/м.

3. Ребенку 5 лет

Rp : S. Analgini 25% - 2 мл.

Dtd № 2 in ampull

D.S.По 1 мл в/м

4. Ребенку 5 лет

Rp : S.Dimedroli 1 % - 1 мл.

Dtd № 2 in ampull

D.S.По 1 мл в/м

6. ТЕСТЫ

ТЕСТЫ

Преподавательски
е заметки

1. Через 8 часов после аппендэктомии появилась клиника внутрибрюшного кровотечения. Показано:

- а. срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- б. ревизия через доступ в правой подвздошной области;
- в. наблюдение, консервативная терапия;
- г. лапароцентез;
- д. лапароскопия.

Б

2. У ребенка на протяжении 12 часов приступообразные боли в животе, задержка отхождения газов, рвота. Год назад оперирован по поводу аппендицита. Обследование начинают:

- а. с обзорной рентгенографии;
- б. с дачи бариевой взвеси через рот;
- в. с гипертонической клизмы;
- г. с ректального обследования;
- д. с пальпации живота под наркозом.

А

3. У ребенка странгуляционная непроходимость. Необходимо:

- а. проведение консервативных методов;
- б. наблюдение;
- в. дача бария, консервативный метод в течении 3-6 часов;
- г. срочная операция;
- д. операция после предоперационной подготовки.

Д

4. У ребенка на 4 день после операции картина ранней спаечной непроходимости кишечника. Ему необходимо:

- а. срочная операция;
- б. наблюдение;
- в. дача бария, наблюдение;
- г. дача бария, проведение консервативных мероприятий;
- д. операция в плановом порядке

Г

5. При выявлении холодного аппендикулярного инфильтрата операция должна быть закончена:

- а. разделением инфильтрата, аппендектомией;
- б. подведением марлевого тампона к инфильтрату;
- в. микроирригатором;
- г. резиновым выпускником;
- д. ушиванием раны к дренажу, антибиотиками и физиотерапией.

Д

6. На операции выявлен перфоративный аппендицит. Гнойный выпот, межпетлевые гнойники, парез кишечника, фиброзные наложения, инфильтрации. Требуется выполнить:

- а. лаваж брюшной полости после операции;
- б. лапаростомию;
- в. санацию брюшной полости путем промывания, интубацию кишечника;

- г. аппендэктомия, перидуральную анестезию; Г
 д. дренирование в подвздошных областях.
7. Перфоративный аппендицит. Выпот прозрачный, около отростка небольшое количество гноя, фибриновые наложения, инфильтрация ткани. Произведена аппендэктомия. Ваша тактика:
- а.одномоментное введение антибиотиков;
 - б. резиновый дренаж;
 - в. марлевый тампон;
 - г. промывание брюшной полости;
 - д. тампон Микулича. А
8. Перфоративный аппендицит. Периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Аппендэктомия. Ваша тактика:
- а. одномоментное введение антибиотиков;
 - б. резиновый дренаж;
 - в. марлевый тампон;
 - г. микроирригатор;
 - д. промывание брюшной полости;
9. Выявлен холодный аппендикулярный инфильтрат при госпитализации больного во время дежурства. Ваша тактика:
- а. срочная операция;
 - б. операция в плановом порядке в ближайшие дни;
 - в. антибиотики, физиотерапия, наблюдение;
 - г. наблюдение; Д
 - д. выписка домой.
10. Аппендикулярный холодный инфильтрат с явлениями низкой непроходимости кишечника, задержка бария над препятствием. Ваша тактика:
- а. срочная операция - разделение инфильтрата; В
 - б. исключение инфильтрата;
 - в. трансанальное проведение зонда;
 - г. антибиотики, физиотерапия, обследование;
 - д. трансанальное проведение зонда..
- 11.У больного с холодным инфильтратом на фоне консервативной терапии появились боли в животе, перитонеальные симптомы. Температура 38. Ваша тактика:
- а. операция; А
 - б.увеличение доз антибиотиков;
 - в. изменение антибиотиков;
 - г. холод на живот, наблюдение;
 - д. лапароскопия.

7. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

№	СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ	ПРЕПОДАВАТЕЛЬСКИЕ ЗАМЕТКИ
1	У ребенка на протяжении 12 часов приступообразные боли в животе, задержка отхождения газов, рвота. Год назад оперирован по поводу аппендицита. Обследование начинают:	с обзорной рентгенографии в прямой проекции вертикальном положении

- | | | |
|----|---|---|
| 2 | Ребенок оперирован год тому назад по поводу перитонита. Жалобы на боли в животе, задержку стула. Обследование начинают с: | <ul style="list-style-type: none"> ▪ обзорной рентгенографии брюшной полости стоя; ▪ ректального пальцевого исследования; |
| 3 | Выявлен холодный аппендикулярный инфильтрат при госпитализации больного во время дежурства. Ваша тактика: | <ul style="list-style-type: none"> ▪ антибиотики, физиотерапия, ▪ активное динамическое наблюдение |
| 4. | Боли в животе отмечаются на протяжении 6 дней. Температура тела 39° С. Лейкоцитоз периферической крови 19×10^9 г/л. При пальпации в правой подвздошной области определяется болезненное опухолевидное образование, кожа над ним изменена, гиперемирована, в центре определяется флюктуация. Симптомы раздражения брюшины положительные. Ваша тактика: | инфузионная терапия, операция; |
| 5 | На второй день после операции по поводу гангренозного аппендицита. Состояние резко ухудшилось. Рвота, тахикардия, бледность кожных покровов, снижение гемоглобина, АД 110/70 мм.рт.ст. При пальпации живота определяется напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы перитонизма. Ваша тактика: | УЗИ
срочная срединная лапаротомия; |

8. ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ.

1. Значение анамнеза у детей с осложнением острого аппендицита.
2. Причины, обуславливающие развитие до и послеоперационных осложнений острого аппендицита.
3. В чем отличие острого аппендицита от аппендикулярного абсцесса.
4. Клиника и лечение аппендикулярного инфильтрата.
5. Какие методы диагностики используются для распознавания локальных абсцессов в брюшной полости.
6. Какой принцип диспансерного наблюдения проводится у детей с осложнениями острого аппендицита.

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ «Тур по галерее»

1. Выбор темы: «Диагностика переаппендикулярного абсцесса у детей».
2. Объяснение задачи участникам.
3. Студенты группируются по 2-3 человека.
4. Каждая подгруппа в течение 10 мин. записывает свое суждение и обменивается листами.
5. Одна группа должна оценить ответ второй группы и если ответ неполный, предложить свой вариант.

6. По окончании работы ответ обсуждают все участники и выбирают наиболее правильный ответ, который записывается в тетради каждым участником.
7. По окончании обсуждения педагог оценивает участие каждого студента.
Длительность проведения тура по галереи от 30 до 40 мин.

Предполагаемые ответы.

Жалобы на боли в животе, повышение температуры до фебрильных цифр, тошнота, рвота, задержка стула, слабость, недомогание.

Анамнез: Боли в животе в течение 10 дней. Получал антибиотики, обезболивающие. В последние дни температура до 39° , слабость, тошнота. рвота.

- При осмотре отмечается асимметрия живота, мраморность кожных покровов.
- При пальпации живот справа слегка напряжен, отмечается болезненность и плотное округлое образование с четкими границами в правой подвздошной области – положительный симптом Щеткина-Блюмберга
- Повышение лейкоцитоза крови до $20 - 25 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
 - На рентгенограмме гомогенное затемнение в нижних отделах живота

10. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Значение анамнеза у детей с осложнением острого аппендицита.
2. Причины обуславливающие развитие дооперационных осложнений острого аппендицита.
3. Причины обуславливающие развитие послеоперационных осложнений острого аппендицита.
4. В чем отличие острого аппендицита от аппендикулярного абсцесса.
5. Клиника аппендикулярного инфильтрата.
6. Диагностика и лечение аппендикулярного инфильтрата.
7. Клиника аппендикулярного абсцесса.
8. Диагностика и лечение аппендикулярного абсцесса.
9. Клиника межкишечного абсцесса
10. Диагностика и лечение межкишечного абсцесса.
11. Клиника поддиафрагмального абсцесса.
12. Диагностика и лечение поддиафрагмального абсцесса.
13. Какие методы диагностики используются для распознавания локальных абсцессов в брюшной полости.
14. Какой принцип диспансерного наблюдения проводится у детей с осложнениями острого аппендицита.