

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

**Тема: «БАКТЕРИАЛЬНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЛЕГКИХ,
ЛЕГОНО-ПЛЕВРАЛЬНЫЕ И ЛЕГОЧНЫЕ ФОРМЫ
БДЛ»**

Ташкент – 2007

ТЕМА № 2.

1. БАКТЕРИАЛЬНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЛЕГКИХ, ЛЕГОНО-ПЛЕВРАЛЬНЫЕ И ЛЕГОЧНЫЕ ФОРМЫ БДЛ.

2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Обучить студентов самостоятельному установлению раннего диагноза, при гнойно-воспалительных заболеваниях легких и плевры у детей, в первичном звене здравоохранения, в зависимости от формы заболевания и возраста детей и принципам их лечения

3. ЗАДАЧА ЗАНЯТИЙ:

Обучить студентов

1. Этиологии, патогенезу, классификации бактериальных деструкций легких у детей
2. Клиническим симптомам бактериальных деструкций легких и грудной клетки
3. Проведению обследования детей с подозрением на наличие гнойно-воспалительных заболеваний легких (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).
4. Назначению необходимых лабораторных, рентгенологических методов обследования больных с гнойно-воспалительными заболеваниями легких и грудной клетки.
5. Определению объема специального обследования (бронхография, бронхоскопия).
6. Своевременному установлению правильного диагноза.
7. Дифференциальной диагностике.
8. Принципам лечения.

ВОПРОСЫ, РАСМАТРИВАЕМЫЕ НА ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЯХ:

1. Понятие о гнойных заболеваниях легких и плевры.
2. Значение анамнеза у детей с патологией органов дыхания.
3. Понятие о бактериальной деструкции легких и бронхоэктазиях.
4. Этиология и патогенез БДЛ
5. Классификация БДЛ.
6. Клиническая картина при различных формах БДЛ у детей.
7. Диагностика различных форм БДЛ.
8. Принципы лечения.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:

1. Этиологию, патогенез, классификацию гнойно-воспалительных заболеваний легких у детей.
2. Клиническую картину гнойно-воспалительных заболеваний легких у детей.
3. Основные лабораторные, рентгенологические и инструментальные методы обследования
4. Принципы лечения пороков развития легких и грудной клетки.

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

1. Собрать анамнез и обследовать больного на выявление хирургической патологии
2. Определять местные симптомы гнойно-воспалительных заболеваний легких у детей.
3. Клинически мыслить, выявить и понять патогенез хирургического заболевания в детском возрасте у конкретного больного.
4. Назначить лабораторно-инструментальное обследование, уметь правильно интерпретировать результаты лабораторных, функциональных и инструментальных методов исследования.

5. На основании полученных клинических, лабораторных, инструментальных и данных специальных методов обследования установить клинический диагноз.
6. Проводить дифференциальную диагностику гнойно-воспалительных заболеваний легких у детей от других заболеваний, сопровождающихся дыхательной недостаточностью, кашлем, хрипами и др.
7. Правильно определить тактику лечения.

План занятия.

1. Переключка
2. Участие на утренней врачебной конференции
1. Определение темы и цели занятия, обоснование актуальности, особенностей течения гнойно-воспалительных заболеваний легких у детей. Важность своевременной диагностики и дифференциальной диагностики гнойно-воспалительных заболеваний легких у детей.
2. Устный опрос,
3. Разбор оценочных листов клинического мышления студентов
4. / ОЛКМС/.
5. Интерактивные методы.
6. Курация больных и обсуждение результатов
7. Решение тестов и ситуационных задач.
8. Оценка знаний студентов. Занесение баллов в учебный журнал и
9. конспекты студентов.
9. Объяснение новой темы.
10. Домашнее задание

РАЗДАТОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ.

Рентгенограммы

3. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ. /БДЛ/.

При БДЛ следует понимать осложнение пневмонии различной этиологии /стафилококковой, синегнойной, протейной и стрептококковой/ протекающее с образованием внутрилегочных полостей и склонное к присоединению плевральных осложнений.

КЛАССИФИКАЦИЯ БДЛ:

ЭТИОЛОГИЯ: Стафилококк, стрептококк, синегнойные, протейные, смешанные.

Пути поражения:

1. Первичное поражение /аэрогенный путь инфицирования/.
2. Вторичное поражение /гематогенный путь поражений/.

Форма поражения:

1. Преддеструкция.
2. Легочные формы БДЛ.
3. Легочно-плевральные формы БДЛ.
4. Хронические формы.

ФАЗЫ ПРЕДДЕСТРУКЦИИ:

1. Фаза преддеструкции.
2. Фаза острого течения.
3. Фаза подострого течения.
4. Фаза хронического течения.

ОСЛОЖНЕНИЯ:

1. Сепсис.
2. Перикардит.
3. Медиастенальная эмфизема.
4. Кровотечение.

АБСЦЕСС - это ограниченное очаговое гнойно- деструктивное воспаление легочной ткани без резко выраженной тенденции к рас-пространению.

КЛАССИФИКАЦИЯ:

1. Абсцессы как форма стафилококковой деструкции.
2. Метастатические абсцессы при септикопиемии.
3. Абсцессы на почве аспирации инородных тел.

ПО ХАРАКТЕРУ ТЕЧЕНИЯ:

- Острые.
- Хронические.

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

- Бронхоскопия
- Бронхография
- Пункция плевральной полости.
- Дренирование плевральной полости(активное и пассивное)

ОСНАЩЕНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ:

Показ больных.

Лабораторные данные.

Рентгенограммы

Таблицы № 17, 18.

Задание № 1 диагностика

- Сбор анамнеза
- Перкуссия и аускультация
- Рентгенография
- Диагностическая пункция плевральной полости

Диагностическая пункция

Цель: Диагностика БДЛ.

плевральной

Показания: БДЛ

полости

Оснащение: шприц, игла с резиновым переходником.

Методика проведения:

1. Исследование проводят в перевязочном кабинете.
2. положение больного сидя с поднятой рукой
3. после перкуссии определяют место пункции (жидкость в V-VI межреберье по срединной или передней подмышечной линии, при наличие воздуха по срединной ключичной линии во II межреберье)
4. После обработки операционного поля, проводят анестезию мягких тканей по Вишневскому.
5. Вкол иглы проводят по нижнему краю верхнего ребра, при ощущении чувства провала иглу отклоняют на 45⁰ кверху.
6. Далее удаляют содержимое плевральной полости (берут анализ на атипичные клетки, БК, бак. Посев и чувствительность к антибиотикам). Вводят антибиотик и удаляют иглу накладывая ас.давящую повязку.

Задание № 2 Лечение

Задание № 3. Выписывание рецептов.

1. Rp. Rocephini 0.25 / 0.5
D.t.d N 10 in floc
S По 20-50 мг/кг новорожд. 20-80 мг/кг для груд.детей.
2. Rp. Glucosoe 5% - 10% - 200 мл.
D.t.d N 6 in floc.
S По 10-15 мг/кг в/в.
3. Rp. Nat.Chloridi 0.9% - 200 мл.
D.t.d N 4 in floc
S По 5-10 мл/кг в/в кап.
4. Rp. Calcii chloridi 10% - 10 мл.
D.t.d N 6 in amp.
S По 5 мл в/в.
5. Rp. Sol. Furacilini 1:5000 - 500 мл.
S Для промывания полостей.

Задание № 5

1. паразитарные кисты
2. инородные тела

6. ТЕСТЫ

ТЕСТЫ

Преподават.
заметки

1. Лечение ненапряженной кисты, которая нагноилась:
А. оперативное;
Б. консервативное; **В**
В. дренирование кисты;
Г. пункция кисты;
Д. наблюдение.
2. Правильный метод лечения ребенка с нагноившейся кистой легкого, при отсутствии успеха консервативной терапии на протяжении 2 недель: **Г**
А. продолжить консервативное лечение;
Б. выжидательная тактика;
В. пункция кисты;
Г. дренирование кисты;
Д. радикальная операция.
3. Метод лечения при абсцессе легкого:
А. радикальная операция;
Б. пункция абсцесса; **Г**
В. бронхоскопический дренаж;
Г. дренирование абсцесса;

Д. дренирование с катетеризацией бронха.

4.. Метод лечения при абсцессе легкого без дренирования бронхи, спаянного с париетальной плеврой:

А. дренирование абсцесса;

Б. бронхоскопический дренаж;

В. плевральная пункция;

Г

Г. бронхоскопия с катетеризацией бронха;

Д. радикальная операция.

5. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДРЕНИРУЮЩЕГОСЯ АБСЦЕССА ЛЕГКИХ?

Б

А.округлое гомогенное затемнение с перифокальным воспалением

Б. Образование округлой формы с уровнем жидкости

В. Округлое просветление с четкими контурами

Г.гомогенное затемнение плевральной полости с уровнем жидкости

Д..обширная округлая гомогенная тень,оттесняющее .средостение в здоровую сторону

6. БРОНХОЭКТАЗИИ-ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ СОПРОВОЖДАЕТСЯ:

А. Аплазией бронхов

Б. Сужением бронхов

В

В. Расширением бронхов

Г. Расширением бронхов с пневмосклеротическими изменениями

Д. Без нарушения бронхиального дерева

7. АУСКУЛЬТИВНЫЕ ДАННЫЕ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

А. Жесткое дыхание, единичные влажные и сухие хрипы.

Б. Влажные разнокалиберные хрипы

В. Шум трения плевры.

Г. Ослабленное дыхание

Д. Амфорическое ДЫХАНИЕ

8. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПНОТОРАКСЕ

А

А.тотальное просветление полости

Б.средостение не смещено

В.тотальное затемнение плевральной полости,средостен.смещ.в здор.сторону

Г.средостен смещено в сторону поражения

Д.тотальное просветление в легких

9. АУСКУЛЬТИВНЫЕ И ПЕРКУТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ЛЕГОЧНОЙ ФОРМЫ БДЛ

А. Ослабление дыхания на стороне поражения ,средостения

смещается .в здоровую сторону.

В

Б. В определенном участке отсутствует дыхание и над ним укорочение

В. Перкуторно притупление, средостение смещено в здоровую сторону

Г. На стороне поражения бронхофония, перкуторно коробочный звук

Д. Ослабленное дыхание с бронхиальным оттенком, тимпанит

10. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ БУЛЕЗНОЙ ФОРМЕ БДЛ

А. Тотальное просветление плевральной полости

Д

Б. Множественные округлые затемнения в легочной ткани

- В. Округлые просветления в легочной ткани
- Г. Гомогенное затемнение в плевральной полости
- Д. Округлое затемнение с уровнем жидкости

7. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАМЕТКИ

ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

1.. На рентгенограмме на фоне неизменной паренхимы выявляются четко очерченные тонкостенные воздушные полости. Наиболее вероятный диагноз.

Буллезная форма
бактериальной
деструкции легких.

2. Состояние больного тяжелое, одышка, высокая лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции правого легкого. Наиболее вероятный диагноз:

Абсцесс легких.

3. На рентгенограмме определяется вуалеподобное затемнение правой половины грудной полости. Это связано:

4. На рентгенограмме определяется пристеночное затемнение с четкими контурами. Наиболее вероятный диагноз:

С плащевидным
плевритом.

5. На рентгенограмме определяется тотальное затемнение плевральной полости без смещения срединной тени. Наиболее вероятный диагноз:

Фиброторакс.

6. На рентгенограмме определяется тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону.

Плащевидный плеврит.

Наиболее вероятный диагноз:

Напряженная эмпиема

7. На рентгенограмме определяется тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в пораженную сторону.

Ателектаз легкого.

Наиболее вероятный диагноз:

8. На рентгенограмме – пристеночная полость с уровнем жидкости.

Осумкованный плеврит.

При многоосевой рентгеноскопии полость не отходит от грудной стенки. Наиболее вероятный диагноз:

9. На рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, частично коллабированное легкое без смещения средостения.

Отграниченный
пиопневмоторакс.

Наиболее вероятный диагноз:

10. На рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в непораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз:

Напряженный
гидропневмоторакс.

1. САМОПОДГОТОВКА

Задание для самостоятельной подготовки.

1. Значение анамнеза у детей с патологией органов дыхания.
2. Этиология и патогенез БДЛ у детей.
3. Классификация БДЛ.
4. Клиника и диагностика БДЛ без плевральных осложнений.
5. Клиника и диагностика пневмоторакса
6. Клиника и диагностика пиоторакса.
7. Показания и техника плевральной пункции.
8. Показания и техника дренирования плевральной полости.
9. Дифференциальная диагностика БДЛ.
10. Принципы лечения гнойно-воспалительных заболеваний легких.

СЦЕНАРИЙ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРЕПОДАВАНИЯ

Метод инцидента

Цель метода подготовить студентов к самостоятельным действиям в условиях, связанных с угрозой жизни больного)

Выбор темы: Напряженный пневмоторакс

1. Студенту дается конкретная краткая ситуация ургентного состояния, требующая принятия быстрого решения.
2. Анализ случая проводится за 0,5-1,5 минуты.
3. Оценивается быстрота и алгоритм оказания помощи больному. Ответ должен быть безошибочным.

Предполагаемые ответы

Амбулаторная помощь при напряженном пневмотораксе справа.

Оснащение: шприц с толстой иглой, спирт, йод, перчатки, 0,5% раствор новокаина

1. Врач надевает перчатки.
2. Обрабатывает перчатки спиртом.
3. Набирает в шприц 5 мл. новокаина.
4. Обрабатывает область пункции 5-6 межреберье по средней аксиллярной линии раствором йода.
5. Производится пункция плевральной полости, вводя иглу под острым углом по верхнему краю нижнего ребра, послойно вводя раствор новокаина, до ощущения провала иглы.
6. Откачивается воздух из плевральной полости.
7. Проводится оксигенотерапия.
8. Ребенка госпитализируют на носилках в полусидячем положении, постоянно откачивая воздух из плевральной полости.

10. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

1. Анатомо-физиологические особенности легких и грудной клетки в детском возрасте.
2. Понятие о бактериальной деструкции и бронхоэктатической болезни.
3. Классификация БДЛ.
4. Классификация бронхоэктазий
5. Этиология и патогенез БДЛ.
Этиология и патогенез бронхоэктазий.
Клиническая картина при абсцессе легкого.
Клиническая картина буллезной формы БДЛ
Клиническая картина поторакса.
Клиническая картина пиопневмоторакса.
Клиническая картина пневмоторакса.
Клиническая картина бронхоэктазий.
Рентгенологическая диагностика неосложненных форм БДЛ.
Рентгенологическая диагностика БДЛ с плевральными осложнениями.
Эндоскопические методы диагностики
Дифференциальная диагностика БДЛ
Дифференциальная диагностика бронхоэктазий.
Принципы лечения БДЛ.
Принципы лечения бронхоэктазий.
легких.
20. Профилактические мероприятия.