Методическое пособие: «Острый аппендицит и перитониты у детей»

Практическое занятие № 1

1. **Тема занятия: «Острый аппендицит и перитониты у детей».**
2. **Цель занятия:** Конкретизировать представления ординаторов об острых воспалительных процессах в брюшной полости, необходимости своевременной диагностики острого аппендицита для сохранения жизни и здоровья ребенка.
3. Задачи:

- сформировать четкое понимание этиологии, клиники, диагностики и принципов лечения острого аппендицита в различных возрастных группах детей;

- формировать потребности и мотивы профессионального развития, умения проводить анализ отдельных симптомов острого аппендицита и синтез разнообразных данных клинического и лабораторного обследования больных;

- воспитывать стремление к повышению своего общекультурного, интеллектуального и профессионального уровня, к соблюдению принципов деонтологии в неотложной детской хирургии.

После изучения темы ординатор должен **ЗНАТЬ:**

* этиопатогенез острого аппендицита; возрастные особенности, влияющие на течение воспалительного процесса в брюшной полости у детей раннего возраста;
* клинику острого аппендицита в возрастном аспекте;
* особенности обследования и диагностики острого аппендицита у детей младшего возраста (до 3-х лет);
* принципы лечения острого аппендицита
* возможные послеоперационные осложнения

После изучения темы ординатор должен **УМЕТЬ:**

* обследовать детей с подозрением на острый аппендицит
* построить диагностическую программу и обосновать применение дополнительных методов исследования
* правильно интерпретировать результаты клинического осмотра, лабораторные показатели

1. **Методика проведения теоретической части занятия.**

**4.2. Формулировка темы и цели занятия. Актуальность и практическая значимость изучаемой темы.**

Аппендицит - наиболее частая причина «острого живота» у детей. Общий уровень заболеваемости острым аппендицитом составляет 3 – 6 на 1000 детей. В детском возрасте в более короткие сроки развиваются деструктивные изменения и перитонит. Особенности нервно-психического развития детей определяют сложности диагностики и обследования детей разных возрастных групп. Беспокойство, плач, сопротивление осмотру маленьких детей затрудняют выявление признаков заболевания.

Клиническая картина заболевания зависит от возраста ребенка, реактивности организма и анатомического положения червеобразного отростка. Преобладание общих неспецифических симптомов наиболее характерно для детей младшего возраста. По этой причине дети в возрасте до 3-х лет с абдоминальным синдромом подлежат госпитализации и динамическому наблюдению в условиях хирургического стационара.

Опасной в отношении диагностических ошибок группой детей являются больные, получавшие какие-либо лекарственные средства, особенно обезболивающие, незадолго до осмотра врача. Эти дети также подлежат обязательной госпитализации и динамическому наблюдению.

          В последние 10-15 лет в лечении аппендикулярного перитонита у детей достигнуты определенные успехи – значительно снижены летальность и общий уровень послеоперационных осложнений.

          Тем не менее, до настоящего времени остается высоким процент таких тяжелых интраабдоминальных осложнений, как послеоперационный перитонит, острая спаечная кишечная непроходимость, абсцессы и инфильтраты брюшной полости. Следовательно, дальнейшее совершенствование методов диагностики и лечения аппендикулярного перитонита остается актуальной проблемой современной детской хирургии.

Перитонит у детей в основном является осложнением деструктивных форм аппендицита.

**Классификация:**

**По этиологии:** 1. Асептический. 2. Инфекционный.

**По источникам инфицирования:** 1. Перфоративный.

2. Септический (гематогенный, контактный). 3. Криптогенный.

**По распространенности:** 1. Местный (отграниченный, неотграниченный). 2. Общий (диффузный, разлитой).

Важно провести дифференциальную диагностику стадии отграниченного перитонита (аппендикулярный инфильтрат, абсцесс) ввиду отличий хирургической тактики. Основной метод диагностики – УЗИ. Аппендикулярный инфильтрат предполагает консервативную лечебную тактику (антибактериальная, инфузионная терапия, физиотерапия). Исходы инфильтрата: рассасывание и абсцедирование. При рассасывании показано оперативное вмешательство (аппендэктомия) в плановом порядке через 2 - 3 месяца после купирования воспалительного процесса. При аппендикулярном абсцессе показано экстренное оперативное вмешательство: вскрытие абсцесса, санация и дренирование полости абсцесса, аппендэктомия (при возможности).

Первичный перитонит (диплококковый, криптогенный) у девочек наблюдается чаще в возрасте 3 – 7 лет, что объясняется отсутствием во влагалище палочек Дедерляйна и в этой связи проникновением патогенной флоры в брюшную полость через половые пути. Основным отличием первичного перитонита от острого аппендицита является присутствие местных признаков перитонита (выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины) с первых часов заболевания.

Наиболее часто хирурги сталкиваются с аппендикулярным перитонитом.

Фазы течения перитонита:

1 степень – реактивная фаза;

2 степень – токсическая фаза;

3 степень – фаза полиорганных нарушений.

Ведущая роль в патогенезе перитонита принадлежит микробному фактору и состоянию иммунореактивности организма. Ведущим звеном в развитии патофизиологических сдвигов является резорбция токсических продуктов гнойного экссудата из брюшной полости. Нарушение метаболизма протекает с накоплением кислых продуктов – возникает метаболический ацидоз. Основные патофизиологические процессы при перитоните: гиповолемия, нарушения центральной и периферической гемодинамики, изменение водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния, нарушение функций жизненно важных органов.

Лечение перитонита включает предоперационную подготовку, оперативное вмешательство в зависимости от варианта (отграниченный, неотграниченный), послеоперационное ведение (антибактериальная терапия, инфузионная дезинтоксикационная терапия, стимулирующая терапия, физиотерапия, диета).

4.3.Обсуждение вопросов, возникших у ординаторов при подготовке к занятию. Преподавателю необходимо дифференцированно подходить к вопросам и отсеивать те, что связаны с недобросовестной подготовкой к занятию.

**4.4. Контроль самостоятельной работы во внеучебное время.**

Проверяются письменные домашние задания: рефераты, таблицы, схемы и пр.

**4.5. Входной контроль (как правило, тестовый письменный контроль).** Определяет степень индивидуальной и групповой степени готовности к занятию (тестовые задания прилагаются).

**4.6. Теоретический разбор материала.** Разбираются основные вопросы по теме занятия (аннотированные вопросы представлены в учебном пособии для самостоятельной работы). На теоретической части занятия максимально используются средства наглядности: таблицы, слайды, рентгенограммы, учебный видеофильм «Острые заболевания органов брюшной полости у детей».

**5. Методика проведения практической части занятия.** Ординаторы под контролем преподавателя собирают анамнез, жалобы у госпитализированных больных с абдоминальным болевым синдромом, проводят общий осмотр, физикальное исследование.

После сбора анамнеза и жалоб проводится объективное обследование больного.

**5.2. Обучение методике объективного обследования больного.** Обследование необходимо начинать с общего осмотра больного, оценивая его положение в постели, активность, температуру тела, цвет и чистоту кожных покровов, наличие патологических высыпаний. Обращается внимание на необходимость подсчета числа дыханий в 1 мин, аускультации легких, сердца, определения частоты пульса.

Особое внимание уделяется обследованию брюшной полости: вздутие живота, его симметрию, участие в акте дыхания. Проверяется правильность пальпации, знание симптомов острого аппендицита: Щеткина-Блюмберга, Ситковского, Воскресенского и др.

**5.3.** Составление плана дополнительного обследования, после чего ординаторы получают требуемые данные: анализы, результаты рентгенологического и УЗ-исследования.

**5.4.** Выбор лечебной тактики конкретного больного.

6. Методика оценки знаний.

Общая оценка знаний и умений каждого студента складывается из следующих оценок:

а) домашнее задание

б) входной тестовый контроль

в) оценка за ответ на теоретической части занятия

г) оценка за обследование больного (у части студентов группы)

д) оценка за решение клинической задачи.

7. Приложение:

7.1. Хронокарта занятия «Острый аппендицит и перитониты у детей» (6 академических часов):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Наименование этапа | Время в мин. |
| 1. | Организационные вопросы: проверка присутствия, успеваемость, дисциплина, внешний вид и пр. | 5 |
| 2. | Тема, цель, актуальность, ответы на вопросы | 10 |
| 3. | Проверка домашнего задания, рефератов | 30 |
| 4. | Входной тестовый контроль | 20 |
| 5. | Теоретический разбор материала | 60 |
| 6. | Просмотр учебного видеофильма «Острые заболевания органов брюшной полости у детей» | 40 |
| 6. | Перерыв | 15 |
| 7. | Практическая часть: курация больных, клиническое и инструментальное обследование, оценка результатов исследования | 60 |
| 8. | Заключительный контроль, подведение итогов | 30 |
| 9. | Итого: | 270 |

7.2. Материальное обеспечение занятия:

- занятие проводится в учебной комнате, в палатах отделения неотложной хирургии, по возможности, в операционной;

* видеомагнитофон и телевизор для просмотра учебных видеофильмов;
* ноутбук и ЖК-экран для просмотра СD-версии учебника, фрагментов операций.

7.3. Вопросы для самоподготовки студентов к практическому занятию.

1. В каком возрасте наибольшая заболеваемость острым аппендицитом?
2. Пути инфицирования червеобразного отростка?
3. Возрастные особенности строения червеобразного отростка у детей.
4. Назовите возрастные особенности органов брюшной полости у детей младшего возраста.
5. Механизмы отграничения воспалительного процесса брюшной полости у детей.
6. Особенности клинической картины у детей младшего возраста.
7. Клиническая картина у детей старшего возраста.
8. Особенности обследования детей младшего возраста с подозрением на острый аппендицит.
9. Показания к госпитализации детей с болями в животе
10. Назовите ведущий симптом при остром аппендиците.
11. Как дифференцировать острый аппендицит и копростаз?
12. Как дифференцировать острый аппендицит и почечную колику?
13. Как дифференцировать острый аппендицит и перекрут придатка (кисты придатка) у девочки?
14. Как дифференцировать острый аппендицит и желчную колику?
15. Как дифференцировать острый аппендицит и дизентерию?
16. Назовите способы оперативных вмешательств у детей при остром аппендиците.
17. Каковы послеоперационные осложнения при аппендэктомии?
18. Назовите осложнения острого аппендицита у детей.
19. Что такое аппендикулярный инфильтрат.
20. Что является показанием к оперативному вмешательству при аппендикулярном инфильтрате?
21. Каковы возможные исходы аппендикулярного инфильтрата?
22. Какие существуют методы оперативного лечения аппендикулярного абсцесса?
23. В каком возрасте и почему встречается первичный перитонит у девочек?
24. Особенности диагностики первичного или криптогенного перитонита
25. Классификация перитонита у детей.
26. Патогенез разлитого перитонита.
27. Объем и длительность предоперационной подготовки при перитоните.
28. Современные методы оперативного лечения перитонита
29. Особенности послеоперационного ведения больного с перитонитом.

7.5. Литература по теме: «Острый аппендицит у детей».

Основная:

1. Детская хирургия. Национальное руководство. Под ред. Ю.Ф.Исакова и А.Ф.Дронова.«ГЭотар- медиа», 2009 .

**Дополнительная:**

1. Детская оперативная хирургия: Учебное пособие для студентов / под ред. В.Д.Тихомировой. – СПб., 2001 г.
2. Эндоскопическая хирургия у детей / под ред. Ю.Ф.Исакова, А.Ф.Дронова. М., «ГЭОТАР-МЕДИА». – 2002 г.
3. Детская хирургия: клинические разборы / Под ред. проф. А.В.Гераськина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 216 с.: ил.
4. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей: Руководство для врачей. Питер Пресс. 1997г.
5. Дронов А.Ф. и др. Лапароскопия в диагностике и лечении заболеваний органов брюшной полости, симулирующих острый аппендицит у детей.//Детская хирургия.-2006.-№3.-С.4-6.