


Міністерство охорони здоров'я України
Українська медична стоматологічна академія

Затверджено
на засіданні кафедри
дитячої хірургії з
травматологією та ортопедією
протокол № 1 від 28.08.2020р.

Зав. кафедри 
доц.. Пелипенко О.В.

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РАБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС
ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ ТА НА ЗАНЯТТІ**

Навчальна дисципліна	Дитяча хірургія
Модуль	№3
Тема заняття	Запальні захворювання органів черевної порожнини: гострий апендицит у дітей. Виразково-некротичний ентероколіт
Курс	V
Факультет	Медичний № 1

Полтава 2020

ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ: ГОСТРИЙ АПЕНДИЦИТ У ДІТЕЙ.

1. Актуальність теми.

Гострий апендицит є найбільш частим захворюванням дитячого віку, яке вимагає невідкладного хірургічного лікування. Результати лікування гострого апендициту знаходяться в прямій залежності від своєчасності діагностики і часу оперативного лікування. Особливої уваги заслуговує вивчення клініки і діагностики гострого апендициту у дітей перших трьох років життя. Складність діагностики, велика частота захворювання, часті ускладнення з несприятливими наслідками зумовлюють актуальність даної теми.

2. Конкретні цілі:

1. Аналізувати анатомо-морфологічні особливості черевної порожнини у дітей різних вікових груп.
2. Ознайомити студентів з особливостями етіології, діагностики, клініки гострого апендициту у дітей.
3. Аналізувати особливості клініки гострого апендициту при атиповому розташуванні червоподібного відростка.
4. Засвоїти основні симптоми гострого апендициту.
5. Оволодіти особливостями огляду дітей молодшого віку з підозрою на гострий апендицит.
6. Вивчити особливості техніки оперативних втручань з приводу гострого апендициту у дітей молодшого віку.
7. Запропонувати принципи лікування дітей хворих на апендицит у післяопераційному періоді.
8. Засвоїти можливі ускладнення в післяопераційному періоді і методи їх профілактики та лікування.
9. Запропонувати рекомендації для подальшого диспансерного спостереження за дітьми, які перенесли апендектомію.
10. Визначити основні причини виникнення некротичного ентероколіту у новонароджених.
11. Вивчити особливості клінічних проявів некротичного ентероколіту в залежності від стадії захворювання.
12. Запропонувати план лікування некротичного ентероколіту в залежності від стадії захворювання.

3. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми: (міждисциплінарна інтеграція)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
1. Анатомія, топографічна анатомія.	Проведення пальпації різних відділів кишечника, знання особливостей анатомії черевної порожнини у різні вікові періоди.
2. Патологічна фізіологія.	Клінічна інтерпретація лабораторних досліджень.
3. Патологічна анатомія.	Порівняти морфологічні зміни, притаманні різним видам гострого апендициту, перитоніту.

4. Мікробіологія.	Володіти методикою забору матеріалу для дослідження. Інтерпретувати результати мікробіологічного дослідження.
5. Пропедевтика дитячих хвороб	Зібрати скарги, анамнез захворювання, провести огляд дитини та додаткові методи обстеження при захворюваннях черевної порожнини.
6. Топографічна анатомія й оперативна хірургія .	Володіти методикою (схемами) операційних доступів та методами оперативних втручань на органах черевної порожнини у дітей різних вікових груп.
7. Загальна хірургія .	Демонструвати методи підготовки хворого до лікувально-діагностичних заходів та оперативних втручань.
8. Госпітальна хірургія .	Провести диференційну діагностику та обґрунтувати методи діагностики, лікування гострого апендициту та захворювань черевної порожнини у дітей.
9. Клінічна фармакологія.	Класифікувати препарати необхідні для лікування гострих хірургічних захворювань, з урахуванням фармакокінетики та методів дії препаратів у дітей різних вікових груп.

4. Завдання для самостійної праці під час підготовки до заняття.

4.1. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття.

Термін	Визначення.
1. Гострий апендицит	Запалення червоподібного відростка.
2. Оглядова рентгенограма черевної порожнини	Виконується у вертикальному стані, оцінюється стан органів черевної порожнини, наявність рідини та вільного газу, ознаки кишкової непрохідності.
3 УЗД	Ультразвукове дослідження черевної порожнини, проводиться для визначення стану органів черевної порожнини, кількість рідини у черевній порожнині, інші прояви запалення органів черевної порожнини.
4. Ректальне дослідження	Ректальне дослідження виконується для визначення ознак запалення органів черевної порожнини, розташованих у тазу.
5. Некротичний ентероколіт	Одна з найбільш частих причин постнатального перфоративного перитоніту — геморагічний або септичний інфаркт, що розвивається в результаті порушення кровообігу в стінці ШКТ.

4.2. Теоретичні питання до заняття

1. Анатомо-фізіологічні особливості правої здухвинної ділянки у дітей.
2. Етіологічні чинники виникнення гострого апендициту в дітей. Сучасні теорії патогенезу гострого апендициту в дітей.
3. Клінічна картина гострого апендициту у дітей до 3-х років та у старших . Класифікація гострого апендициту у дітей.
4. Додаткові методи дослідження, які слід застосувати у дітей з гострим апендицитом.
5. Диференційна діагностика гострого апендициту у дітей.
6. Перебіг гострого апендициту при атиповому розташуванні червоподібного

відростка.

7. Методи лікування неускладненого й ускладненого апендициту.
8. Передопераційна підготовка пацієнтів з гострим апендицитом.
9. Особливості оперативного лікування гострого апендициту у дітей. Післяопераційна лікувальна програма Ускладнення гострого апендициту.
10. Ускладнення після апендектомії.
11. Причини виникнення некротичного ентероколіту у новонароджених.
12. Клінічні прояви некротичного ентероколіту в залежності від стадії захворювання.
13. Лікування некротичного ентероколіту в залежності від стадії захворювання, показання до оперативного лікування.

4.3. Практичні завдання, які виконуються на занятті.

1. Зібрати скарги, анамнез життя та захворювання, та диференціювати запальні захворювання черевної порожнини у дітей.
2. Продемонструвати пальпацію черевної порожнини при гострих хірургічних захворюваннях у дітей різних вікових груп. Виконувати зондування шлунку та ректальне дослідження.
3. Інтерпретувати дані лабораторних та допоміжних методів діагностики.
4. Використовувати допоміжні методи діагностики.
5. Диференціювати гострі хірургічні захворювання черевної порожнини.
6. Визначити показання до консервативного та оперативного лікування. Трактувати загальні принципи лікування.
7. Вирізнити та згрупувати клінічні ознаки, які характеризують гострий апендицит, холецистит, панкреатит, дивертикуліт.
8. Проілюструвати клінічні ознаки захворювання черевної порожнини на прикладі хворого.
9. Скласти план обстеження та інтерпретувати допоміжні методи дослідження (УЗД, рентгенографія, КТ, МРТ, фіб्रोєзогастроскопія та ін.), лабораторні та біохімічні аналізи, показники гемодинаміки (Р, АТ, Нв, Нt, ОЦК, ЦВТ).
10. Демонструвати за показаннями можливість зондування шлунку.
11. Надавати невідкладну медичну допомогу при основних захворюваннях черевної порожнини у дітей та виконувати необхідні медичні маніпуляції: вимірювання артеріального тиску, визначення групи крові та Rh-фактора.

Зміст теми.

Гнійно-запальні захворювання черевної порожнини у дітей.

Гострий апендицит.

Серед всіх операцій, що виконуються в дитячій хірургії, операції з приводу апендициту складають близько 40%. В перші 3 роки життя апендицит зустрічається рідко – 3-7%, а до 1 року – 0,9-1%. У новонароджених апендицит зустрічається в поодиноких випадках. Після трьох років частота захворювання збільшується і досягає піку в 9-11 років. Характерно, що частота деструктивних форм апендициту в дітей до 3-х років в 2 рази вища, ніж у старших дітей і складає 70-84%.

Для діагностики і лікування гострого апендициту в дітей раннього віку велике значення має знання *анатомо-фізіологічних особливостей* правої здухвинної ділянки в дітей цього вікового періоду.

Будова передньої черевної стінки. Шкіра живота ніжна, еластична і пружна. Підшкірна клітковина добре розвинута. Поверхнева фасція не виражена. М'язові шари не диференціюються і інтимно зв'язані з апоневрозом. Передочеревинна клітковина відсутня. Очеревина дуже тонка і ніжна.

Сліпа кишка розташована у новонароджених високо, в правому підбер'ї. Це пов'язано з тим, що у немовлят ще не закінчений 3-й етап процесу фізіологічної ротації "середньої кишки". Опускання сліпої кишки в праву здухвинну ділянку закінчується, як правило, до трьох років.

Червоподібний відросток відходить від задньо-внутрішньої поверхні сліпої кишки в місці сходження thenia нижче впадіння здухвинної кишки. У немовлят він короткий і широкий, має конусоподібну форму з широким просвітом, не має чіткої межі з сліпою кишкою. Клапан, який закриває вхід у відросток (заслінка Герлаха) не виражений.

Положення відростка може бути *низхідним (35%), медіальним (26%), ретроцекальним (20%) або латеральним (15%)*.

Будова стінки червоподібного паростка не відрізняється від будови сліпої кишки, всі шари ніжні і легко проникливі. Тканини відростка гідрофільні. Кровопостачання більш інтенсивне, ніж у дітей старшого віку. Нервові сплетіння апендикса у дітей раннього віку характеризуються незрілістю, недостатнім диференціюванням. Лімфоїдних фолікулів у стінці апендикса новонародженої дитини немає, в 3 роки кількість їх – 7-8, в 9-10 років – 12-15 (як і у дорослих).

Великий сальник у дітей перших років життя короткий, тонкий, і тому він не виконує бар'єрної функції. Цим пояснюється той факт, що в дітей раннього віку при деструктивному апендициті дуже рідко зустрічаються обмежені форми перитоніту (абсцеси, інфільтрати), а часто виникає розповсюджений перитоніт.

Очеревина в дітей до трьох років має низькі пластичні властивості, схильна до вираженої ексудатії.

Етіологія та патогенез. Існує багато теорій патогенезу гострого апендициту, але жодна з них не отримала всебічного визнання. Правильніше було б говорити про поліетіологічність даного захворювання. І.В. Давидовський дає визначення гострого апендициту, як аутоінфекції сенсibiliзованого організму в результаті прориву імунітету. Специфічного мікробного збудника гострого апендициту не існує. Бактеріальна флора, що приймає участь в розвитку запального процесу в паростку, в нормі є в товстій кишці людини. Найбільше значення в патогенезі апендициту мають *Bacteroides fragilis* – грамнегативні облігатні анаероби. На другому місці стоїть *Escherichia coli* – грамнегативний факультативний анаероб. Мають значення також інші мікроорганізми – *Streptococcus*, *Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Clostridium*. В певних умовах ці мікроорганізми проникають у стінку відростка і викликають запальні зміни.

Можливий гематогенний та лімфогенний шляхи розповсюдження інфекції. Підтвердженням цього є виникнення апендициту після різних інфекційних захворювань (кір, скарлатина, ангіна).

Велике значення в розвитку апендициту мають механічні фактори: обструкція просвіту відростка каловими каменями, гельмінтами, вроджені аномалії відростка (перекрути, згини, мембрани) а також карциноїд відростка. При цьому секрет слизової накопичується в просвіті апендикса, розтягує його, виникає ішемія. Кишкові бактерії проникають в змінену слизову і викликають запалення всіх шарів апендикса.

Значну роль в етіології гострого апендициту відіграє аліментарний фактор. Відомо, що виникненню апендициту сприяє вживання м'ясної та жирної їжі.

Причиною виникнення апендициту може стати гіперплазія лімфоїдних фолікулів, що також викликає обструкцію просвіту червоподібного відростка.

Клініко-морфологічна класифікація (за Шпренгелем).

Простий (катаральний) апендицит. Відросток виглядає нормальним або дещо гіперемованим і набряклим. На серозній оболонці ексудату немає. В слизовій оболонці можуть бути вогнищеві крововиливи і звиразкування. Треба пам'ятати, що катаральні зміни в апендиксі можуть бути вторинними, зумовленими іншою патологією черевної порожнини.

Флегмано́зний апенди́цит. При цій формі, як правило, є обструкція відростка. Він набряклий, гіперемований, напружений, потовщений, ущільнений, місцями вкритий фібринозними нашаруваннями. Інколи відросток здутий, визначається флюктуація в ньому, в просвіті його є гній (емпієма відростка). В черевній порожнині визначається серозний, серозно-гнійний або гнійний ексудат.

Гангренозний апенди́цит характеризується глибокими деструктивними змінами всієї стінки апендикса. Відросток потовщений, землисто-сірого кольору, з гнійними і фібринозними нашаруваннями. Стінка його дрябла, легко може наступити перфорація. Парієтальна очеревина часто буває змінена: набрякла, інфільтрована, обкладена фібрином.

Перфоративний апенди́цит. Стінка відростка перфорується в місці, де є некроз. В черевній порожнині визначається гнійний випіт із зловонним каловим запахом. Перфоративний отвір часто розташований біля верхівки на боці, протилежному від брижі, де кровопостачання скудне. Перфорація апендикса в дітей раннього віку призводить до розповсюдженого перитоніту. Парієтальна очеревина набрякла, гіперемована, потовщена, легко рветься.

Окремо виділяють таку форму, як *апендикулярний інфільтрат*. Він складається з інфільтрованого відростка, петель тонкої кишки, сальника, сліпої кишки і являє собою щільний, болючий конгломерат.

Клінічна картина гострого апендициту в старших дітей. Провідним симптомом гострого апендициту є біль в животі. Незалежно від локалізації відростка в черевній порожнині, біль спочатку виникає біля пупка. Біль постійний, ниючий, з часом інтенсивність його зростає, стає пульсуючим. Через кілька годин біль переміщується в праву здухвинну ділянку – симптом Кохера. Через деякий час болі можуть зникати, це пояснюється некрозом нервових закінчень у відростку при гангренозному апендициті. Пізніше, коли виникає перитоніт, болі відновлюються і стають більш інтенсивними.

Хворі відмовляються від їжі, у них виникає нудота, блювання (одно-дворазове). Підвищується температура до субфебрильних цифр. У деяких хворих виникає затримка стільця або пронос. Дитина з гострим апендицитом виглядає хворою: ходить повільно, сутулюється, щадить праву ногу при ходінні, лягає в ліжку дуже обережно, в ліжку займає вимушене положення (на правому боці з підібганими до живота ногами), вираз обличчя страждальницький.

При огляді дитини визначають сухість язика і губ, тахікардію. Характерним є симптом “ножиць” – розбіжність температури і пульсу (в нормі при підвищенні температури на 1 градус частота пульсу зростає на 10 ударів, при апендициті – частота пульсу значно випереджує підвищення температури).

Огляд живота: при неускладненому апендициті живіт має звичайну форму, але щадить в акті дихання. При пальпації визначають класичні симптоми: локальна болючість в правій здухвинній ділянці – симптом Філатова, пасивне напруження м'язів, симптом *Щоткіна-Блюмберга* (різке посилення болю в правій здухвинній ділянці при швидкому відриві зануреної в черевну стінку руки). Інколи позитивними є і інші симптоми подразнення очеревини: *Ровзінга* (симптом виклику вісцеральної болючості шляхом переміщення газів в зворотньому напрямі від сигмоподібної кишки до сліпої), *Воскресенського* (симптом «сорочки» – під місцем зупинки ковзних рухів виникає коливання черевної стінки і локальна болючість), *Сітковського* (посилення болючості при переміщенні хворого з положення на спині в положення на лівому боці), *Роздольського* (різка болючість при перкусії у правій здухвинній ділянці), *Бартом'є-Міхельсона* (посилення болючості при пальпації правої здухвинної ділянки в положенні на лівому боці), *Образцова* (при зануренні руки в правій здухвинній ділянці хворий не зможе підняти випрямлену ногу із-за різкої болючості) та ін. При аускультатії живота виявляють ослаблення перистальтичних шумів.

Хворим з підозрою на гострий апендицит вимірюють ректальну температуру, при апендициті вона підвищена більше 0,6-1°C в порівнянні з аксілярною.

При пальцевому ректальному дослідженні у хворих з гострим апендицитом виявляють болючість правої стінки прямої кишки, неможливість звести пальці при бімануальному дослідженні, інколи виявляють інфільтрат, нависання прямої кишки. Крім того, хірург може виявити в дівчат патологію внутрішніх статевих органів.

Додаткові методи дослідження. В загальному аналізі крові характерні помірний лейкоцитоз (11-15 тис.), зсув лейкоцитарної формули вліво. Крім того, хворим призначають загальний аналіз сечі (для диференційної діагностики з патологією нирок і сечовивідних шляхів), інколи – рентгенологічне дослідження. Досить інформативним є ультразвукове дослідження, термографія, електроміографія передньої черевної стінки. В сумнівних випадках остаточно вирішити питання діагностики гострого апендициту дозволяє лапароскопія.

Клінічна картина гострого апендициту в дітей молодшого віку характеризується переважанням загальних симптомів над місцевими, що зумовлено генералізованою реакцією дитячого організму на запальний процес будь-якої локалізації. Ці симптоми (неспокій, температура, блювання) характерні для багатьох захворювань, не тільки для апендициту. Цим зумовлена складність діагностики апендициту в дітей раннього віку.

Тяжкість діагностики пояснюється також утрудненим збором анамнезу та негативною реакцією дитини на її огляд. Якщо в дітей старшого віку важливе значення мають скарги на біль в правій здухвинній ділянці, то в дітей перших трьох років життя прямих даних про болі нема і судити про них можна лише за непрямими ознаками. Найбільш важливою ознакою є зміна поведінки дитини. Дитина стає неспокійною, капризною, малоконтактною. У неї порушується сон, дитина перестає гратись, відмовляється від їжі. Якщо мати доторкається до животику, неспокій дитини посилюється.

У дитини підвищується температура тіла, яка, на відміну від старших дітей, сягає 38-39°C. Досить часто виникає блювання, при чому в дітей раннього віку воно є багаторазовим. Блювання на початку захворювання носить рефлексний характер, не приносить полегшення. Вміст блювотних мас – шлунковий. Пізніше блювання зумовлене інтоксикацією.

Приблизно в 15-20% хворих дітей раннього віку відмічається рідкий стілець, зустрічається він тим частіше, чим більше виражені деструктивні зміни в червоподібному відростку.

При об'єктивному огляді дитини визначають тахікардію, сухість губ і язика. Симптом розходження пульсу і температури для дітей перших років життя не характерний. При огляді живота звертають увагу на те, що дитина щадить живіт в акті дихання.

Найбільш важливим в діагностиці гострого апендициту є визначення трьох класичних симптомів при пальпації живота: локальна болючість в правій здухвинній ділянці (симптом Філатова), пасивне напруження м'язів передньої черевної стінки в правій здухвинній ділянці (*defanse musculaire*), симптом Щоткіна-Блумберга. Виявлення цих симптомів затруднене в дітей до трьох років із-за негативної реакції дитини на огляд. При пальпації живота дитина плаче, кричить, при цьому активно напружує м'язи передньої черевної стінки і визначити симптоми апендициту неможливо. Тому дуже важливо при огляді дитини вміти заспокоїти її, знайти контакт з нею, відволікти її увагу. Пальпацію слід проводити теплими руками, не поспішаючи, ніжно, починати її треба із завідомо неболючої ділянки (ліва здухвинна ділянка) і проводити за ходом товстої кишки проти годинникової стрілки. Для визначення пасивного напруження м'язів живота проводять порівняльну пальпацію живота в правій і лівій здухвинних ділянках. Якщо неможливо виключити негативізм дитини, проводять пальпацію живота уві сні (природному або медикаментозному). Уві сні активне напруження м'язів знімається, але залишається локальна болючість і пасивне напруження. Для медикаментозного сну застосовують седативні препарати парентерально (седуксен, сібазон, дроперідол, реланіум, рогіпнол та інші).

Симптом Щоткіна-Блюмберга та інші симптоми подразнення очеревини у маленьких дітей визначити вдається рідко, але у них досить інформативним є симптом дозованої перкусії за (Шуринком). При аускультатії живота перистальтичні шуми ослаблені і сповільнені, а при наявності перитоніту можуть взагалі не вислуховуватися.

Пальцеве ректальне дослідження має велике діагностичне значення в дітей старшого віку, в молодших дітей можна визначити лише апендикулярний інфільтрат, який у них зустрічається рідко. Але ректальне дослідження слід проводити всім дітям з підозрою на апендицит, тому що воно допомагає віддиференціювати інші захворювання (копростаз, кишкову інфекцію, інвагінацію та ін.).

Всім хворим з підозрінням на апендицит проводять очисну клізму. Після цього легше визначається локальна болючість, а також вона дозволяє провести диференційну діагностику з копростазом.

При вимірюванні аксиллярної і ректальної температури виявляють різницю більше $0,6^{\circ}\text{C}$, але виявляється вона не так часто, як у старших дітей.

В загальному аналізі крові зміни визначаються більш виражені, ніж у старших дітей: лейкоцитоз (від 15 до 20 тис.) та зсув лейкоцитарної формули вліво (до юних форм та мієлоцитів).

Необхідно пам'ятати, що клінічна картина гострого апендициту може бути дуже варіабельною в залежності від розташування відростка.

Ретроцекальне розташування. При цій формі розташування захворювання перебігає з ознаками вираженої інтоксикації при слабо виражених місцевих симптомах. Локальна болючість при пальпації та напруження м'язів передньої черевної стінки виражені значно менше, ніж при типовому розташуванні відростка. Пізніше з'являються перитонеальні симптоми.

Ретроперитонеальне розташування. Болі з'являються в правій поперековій ділянці, можуть іррадіювати в статеві органи або за ходом сечоводу, що викликає дизуричні явища. Живіт приймає участь в акті дихання, при пальпації м'який, неболючий на всьому протязі, симптом Щоткіна негативний. Позитивним є симптом Кохера. При пальпації в правій поперековій ділянці виражена болючість, напруження м'язів, позитивний симптом Пастернацького.

Тазовий апендицит. Характерні болі внизу живота, над лоном, які іррадіюють за ходом уретри, в яєчко (праву статеву губу), пряму кишку. У хворих виникає пронос або почашений болючий сечопуск. При пальпації живота болючість і напруження м'язів виявляють над лоном. Велику допомогу в діагностиці дає пальцеве ректальне дослідження, при якому виявляють різку болючість, нависання або інфільтрат в тазу. В загальному аналізі сечі часто визначають протеїнурію, лейкоцитурію, епітелій, еритроцити.

Лівобічний апендицит. Таке розташування може бути зумовлене мобільною сліпою кишкою, незавершеним поворотом "середньої кишки", зворотним розташуванням внутрішніх органів. Зустрічається в 0,5% випадків. Клінічні прояви такі ж, як і при правобічному розташуванні, але місцеві прояви локалізуються зліва.

Підпечінковий апендицит. Клінічна картина нагадує деструктивний холецистит: багаторазове блювання, болі в правому підребер'ї, локальна болючість і напруження м'язів тут же, позитивний симптом Ортнера. Інколи виникає легка іктеричність шкіри. Нижні відділи живота не болючі, м'які при пальпації.

Диференційна діагностика гострого апендициту в дітей викликає значні труднощі, оскільки апендицит має спільні симптоми з багатьма соматичними, інфекційними, урологічними та хірургічними захворюваннями.

Запальні та інфекційні захворювання: гострий неспецифічний мезаденіт; гостра респіраторна вірусна інфекція; пневмонія; гострий отит; кишкові інфекції; псевдотуберкульоз; гострий гепатит; дитячі інфекційні захворювання (кір, скарлатина, вітрянка, паротит).

Хірургічні захворювання органів черевної порожнини: копростаз; функціональна спастична кишкова непрохідність (кишкова колька); обтураційна кишкова непрохідність; інвагінація кишечника; гострий холецистит; виразкова хвороба; гострий панкреатит; пухлини черевної порожнини; хвороба Крона; мембрана Джексона; спайка Лейна; незавершений поворот “середньої кишки”.

Урологічні захворювання: сечокам’яна хвороба; нефроптоз; гідронефроз; гострий пієлонефрит; гострий цистит.

Гінекологічні захворювання: первинний пельвіоперитоніт; передменструальні болі; гематокольпос, гематосальпінкс; апоплексія яєчника; заворот додатка або кісти додатка; пухлини внутрішніх статевих органів.

Системні захворювання: ревматизм; геморагічний васкуліт; цукровий діабет.

Лікування гострого апендициту оперативне. Показання до операції хірург ставить на основі клініки та проведеної диференційної діагностики. В сумнівних випадках вирішити питання про операцію допомагає динамічне спостереження хворого. Але спостереження та обстеження хворого повинно бути проведене в стислі терміни, щоб уникнути тяжких ускладнень. В складних для діагностики випадках хірург стоїть перед дилемою: оперувати хворого чи відкласти операцію. При зайвій операції може погіршитися перебіг іншого захворювання, при затримці операції виникне небажане ускладнення, яке може призвести до несприятливого наслідку. В цих випадках велику допомогу може надати лапароскопія. Якщо можливості провести лапароскопію немає, при неможливості виключити гострий апендицит у дитини показано невідкладне оперативне втручання.

Ведення хворих

Ведення хворих	<p>Передопераційне і післяопераційне ведення хворих ґрунтується на знаннях принципів інфузійної терапії, вмінню в кожному конкретному випадку визначити об’єм та якість інфузійної терапії в залежності од віку, ваги та загального стану хворої дитини. Об’єм рідини для внутрішньовенного введення дорівнює фізіологічній потребі в мл на 1 кг маси тіла дитини:</p> <table border="0"> <tr><td>2 доба від народження –</td><td>25 мл</td></tr> <tr><td>3 доба</td><td>40 мл</td></tr> <tr><td>4 доба</td><td>60 мл</td></tr> <tr><td>5 доба</td><td>90 мл</td></tr> <tr><td>6 доба</td><td>115 мл</td></tr> <tr><td>7-14 доба</td><td>150-140 мл</td></tr> <tr><td>до 1 року життя</td><td>150 мл</td></tr> <tr><td>до 5 років життя</td><td>100 мл</td></tr> <tr><td>до 10 років життя</td><td>70 мл</td></tr> <tr><td>14-15 років життя</td><td>40 мл</td></tr> </table> <p>Визначення рідини з додаванням на патологічні втрати з розрахунку на 1 кг маси:</p> <ul style="list-style-type: none"> • гіпертермія на 1 °С вище 37 ° С, яка тримається більше 6 годин – 10 мл • задишка- (на кожні 10 дихань вище норми)- 10 мл • блювання- 20 мл • парез кишок II ступеня- 20 мл • парез кишок III ступеня – 40 мл 	2 доба від народження –	25 мл	3 доба	40 мл	4 доба	60 мл	5 доба	90 мл	6 доба	115 мл	7-14 доба	150-140 мл	до 1 року життя	150 мл	до 5 років життя	100 мл	до 10 років життя	70 мл	14-15 років життя	40 мл
2 доба від народження –	25 мл																				
3 доба	40 мл																				
4 доба	60 мл																				
5 доба	90 мл																				
6 доба	115 мл																				
7-14 доба	150-140 мл																				
до 1 року життя	150 мл																				
до 5 років життя	100 мл																				
до 10 років життя	70 мл																				
14-15 років життя	40 мл																				

	<ul style="list-style-type: none"> • виділення з кишкової нориці – 20 мл <p>У хворих з парезом кишок у післяопераційному періоді треба застосувати:</p> <ul style="list-style-type: none"> • зонд за Петровим • промивання шлунка • введення прозерину, церукалу у вікових дозах з інтервалом 10-15 хвилин • очисна клізма з гіпертонічним розчином (через кожні 15-20 хвилин після ін'єкції прозерину та церукалу) • епідуральна анестезія • пранефральна або пресакральна новокаїнова блокада • корекція рівня калію у сироватці крові. <p><u>Лікування гострого апендициту.</u></p> <p>Основним принципом лікування гострого апендициту є оперативне. Техніка операції описана в підручниках з оперативної хірургіїю</p> <p>яяю дітей старшого віку надається перевага апендектомії з заглибленням кукси та накладанням кисетного шва. У випадках виявлення дивертикула Меккеля тактика буде залежати від стану червоподібного відростка. Якщо є його запалення, то дивертикул видаляється через 2-3 місяці у плановому порядку і навпаки.</p> <p>В післяопераційному періоді важливо дотримуватися дієтотерапії.</p> <p>З другої доби після операції дітям призначається лікувальна фізкультура, фізіотерапевтичне лікування.</p>
Апендикулярн й інфільтрат, апендикулярн й абсцес.	<p>У дітей старшого віку можемо спостерігати виникнення апендикулярного інфільтрату, наявність якого спостерігається з 4-5 доби від початку захворювання, коли вже сталося обмеження процесу спайками. Хворий з таким інфільтратом госпіталізується і перебуває під постійним наглядом, дотримується суворого ліжкового режиму, легкої щадливої дієти.</p>
Передоперац ійна підготовка	<p>Передопераційна підготовка проводиться протягом 2-6 годин до нормалізації чи стійкої стабілізації стану з покращенням центральної, периферичної гемодинаміки, показників КИО, КЛС, температурного балансу, становлення адекватного діурезу. Інфузійна терапія проводиться з розрахунку фізіологічних потреб, з урахуванням патологічних втрат</p> <p>(рідке випорожнення, блювання, тощо). Під час передопераційної підготовки проводиться абдоміоцентез з дренуванням черевної порожнини для ліквідації наростання внутрішньочеревного тиску, видалення токсичної рідини, введення антибіотиків і антисептиків.</p>

Лікування складається з трьох етапів: передопераційна підготовка, операція, післяопераційне ведення хворого.

При неускладненому апендициті особливої підготовки хворий не потребує, вона складається з голоду та очисної клізми, повинна бути короткочасною. Оперативне втручання проводиться під загальним наркозом. Ідеальний доступ для апендектомії – це доступ Волковича-Д'яконова. При цьому доступі мінімально травмуються м'язи і нерви

черевної стінки, дуже рідко виникає розходження рани і післяопераційна вентральна грижа. При необхідності доступ може бути продовжений. У дітей раннього віку в зв'язку із високим розташуванням сліпої кишки більш доцільним є правобічний параректальний доступ. Загальновживаним методом видалення червоподібного відростка з наступним його гістологічним дослідженням є ампутаційний (*amputatio* – відсікання). Метод обробки кукси апендикса (кисетний чи лігатурний) принципового значення немає.

Після операції хворим призначають 1-а стіл, знеболюючі, при деструктивних формах – антибіотики, фізіотерапевтичне лікування.

При апендициті, ускладненому перитонітом, лікування починається з ретельної передопераційної підготовки. Вона складається з декомпресії травного тракту, призначення антибіотиків, інгібіторів протеаз, інфузійної терапії, яка спрямована на корекцію дегідратації, покращення реологічних властивостей крові, поповнення енергетичного дефіциту, корекцію водно-електролітних порушень, дезинтоксикацію. Тривалість передопераційної підготовки не повинна перебільшувати 5-6 годин.

Оперативне втручання при розповсюдженому апендикулярному перитоніті проводиться під ендотрахеальним наркозом.

Ускладнення гострого апендициту поділяють на доопераційні, післяопераційні та ускладнення під час операції. Післяопераційні ускладнення поділяють на ранні і пізні. Крім того, розрізняють ускладнення з боку черевної порожнини, рани, інших органів і систем.

Ускладнення з боку черевної порожнини доопераційні: перитоніт, периапендикулярний абсцес. *Післяопераційні:* спайкова кишкова непрохідність, паралітична кишкова непрохідність, недостатність культі апендикса, післяопераційний перитоніт, кишкові нориці, післяопераційні інфільтрати та абсцеси черевної порожнини. *Ускладнення під час операції:* кровотечі, перфорація кишечника.

Ускладнення з боку рани: кровотеча, нагноєння, інфільтрат, лігатурна нориця, розходження швів, евентрація кишечника, вентральна грижа, келоїдні рубці.

Ускладнення з боку інших органів і систем: *пневмонія, сепсис, печінкова недостатність, ниркова недостатність, набряк мозку, токсична енцефалопатія.*

Профілактика ускладнень гострого апендициту полягає в ранній діагностиці і своєчасному оперативному лікуванні апендициту. З метою зменшення кількості діагностичних помилок, згідно наказу МОЗ України, всі діти до 3-х років з болями в животі повинні госпіталізуватися в дитяче хірургічне відділення, де проводиться обстеження, спостереження за хворими і вирішується питання про оперативне лікування.

Некротичний ентероколіт

Одна з найбільш частих причин постнатального перфоративного перитоніту (60% всіх перфорацій) — геморагічний або септичний інфаркт, що розвивається в результаті порушення кровообігу в стінці ШКТ.

Серед дітей періоду адаптації некротичний ентероколіт зустрічають у 0,25%, а серед дітей, що вимагають інтенсивної терапії в неонатальному періоді, — у 4%.

Некротичний ентероколіт — захворювання поліетіологічне. У ранньому неонатальному періоді захворювання розвивається у дітей, що перенесли важку неонатальну гіпоксію і асфіксію; також воно може бути ускладненням інфузійної терапії і замінного переливання крові, що проводиться через пупкову вену, може розвинутиися при декомпенсації важкої вродженої вади серця і декомпенсованій формі хвороби Гіршпрунга.

Нераціональне використання антибіотиків також сприяє розвитку ентероколіту. Разом з безпосередньою ушкоджувальною дією деяких антибіотиків (ампіциліну, тетрацикліну) на слизисту оболонку кишечника істотне значення має придушення резистентності колонізації сапрофітної флори з розвитком важкого дисбактеріозу.

Не дивлячись на різноманітність етіологічних чинників в патогенезі некротичного ентероколіту лежать важкі мікроциркуляторні порушення в стінці ШКТ.

Відбувається централізація кровообігу із спазмом мезентеріальних судин (аж до повної зупинки кровообігу), що проявляється парезом кишечника з крововиливами. Морфологічно виявляють крупні або дрібні інфаркти кишкової стінки. Частіше ураження недоношених дітей пояснюють низькою резистентністю їх капілярів до перепадів тиску в судинному руслі.

Переважає виникнення дистального відділу здухвинної кишки і кутів товстої (ілеоцекального, печінкового, селезінкового, сигмовидного). Процес починається з некрозу слизової оболонки, а потім розповсюджується на підслизистий, м'язовий і серозний шари, закінчуючись перфорацією.

У клінічній картині некротичного ентероколіту у дітей, що перенесли хронічну перинатальну гіпоксію і інфікування, відзначають чітку стадійність перебігу захворювання.

Стадію I можна розцінювати як продромальну. Стан дітей групи ризику, що перенесли перинатальну гіпоксію і інфікування, ближче до важкого за рахунок неврологічних розладів, порушення дихання і серцево-судинної діяльності. З боку ШКТ виявляють симптоми дискінезії. Виразно виражено мляве переривисте смоктання, відрижку в час і після годування молоком, зрідка жовчю, недоїдання, аерофагію, здуття живота, неспокій дитини під час погладжування живота за відсутності симптомів подразнення очеревини, затримка відхождення меконію, швидка втрата маси тіла.

Рентгенологічно відзначають підвищене рівномірне газонаповнення всіх відділів ШКТ з незначним потовщенням стінок кишок.

Стадія II характеризується клінічними проявами некротичного ентероколіту. У новонароджених на 5-9-у добу життя стан погіршується, нарастають симптоми динамічної кишкової непрохідності, дефіцит маси тіла складає 10—15% за рахунок дегідратації. Дитина погано смокче, відригує з домішкою жовчі, нарастає здуття живота, з'являється локальна болючість, частіше в правій здухвинній ділянці. Відхождення калових мас прискорене, відбувається мізерними порціями, з домішкою слизу і зелені. Забарвлення стільця визначається характером патологічної мікрофлори кишечника. Так, для стафілококового дисбактеріозу характерний виражений загальний токсикоз, а в рідкому пінявому стільці — слиз і зелень. Для грамнегативної інфекції характерніші виражена дегідратація, мізерний пористий блідо-жовтого кольору стілець із слизом і великою водяною плямою.

На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини відзначають підвищене нерівномірне газонаповнення ШКТ із зоною затінення, відповідній області максимального ураження кишечника. Шлунок роздутий, з рівнем рідини. Характерне потовщення тіней кишкових стінок за рахунок їх набряку, запалення і міжпетлевого випоту. Ригідність кишкових стінок приводить до випрямлення їх контурів. З'являється субмукозний кістозний пневматоз кишкової стінки. У важких випадках виявляють газ в порталній системі печінки.

Прогресуюча дегідратація і втрата маси тіла ще більше порушують мікроциркуляцію кишкової стінки і сприяють прогресуванню некротичного процесу. Порушення бар'єрної функції кишкової стінки супроводжуються вираженим інфекційним токсикозом.

У III стадії (передперфорації) виражений парез кишечника. Тривалість стадії не більше 12—24 ч. Стан дуже важкий, виражені симптоми токсикозу і ексикозу, характерні постійна блювота жовчю і «каловими» масами, різке здуття, болючість і напруга по всьому животу. Перистальтика млява, але вислуховується. Кал і гази не відходять. Анус зімкнутий. При ректальному огляді виділяється яскраво-червона кров.

Рентгенологічно за рахунок гідроперитонеума нарастає затінення черевної порожнини, зовнішні контури кишкових петель втрачають чіткість контурів.

Стадія IV (розлитого перфоративного перитоніту) характеризується симптомами перитонеального шоку і паралічу кишечника. Особливість перфоративного перитоніту

при некротичному ентероколіті — значна площа ураження кишечника, вираженість злуково-запального процесу в черевній порожнині, помірність пневмоперитонеума.

Сприятливіше ускладнення некротичного ентероколіту — відмежований перитоніт, спостережуваний в третині випадків на тлі лікування, що проводиться. У дитини з клінічними симптомами ентероколіту в черевній порожнині (частіше в здухвинній ділянці) з'являється щільний інфільтрат з чіткими контурами, помірно болючий. На тлі консервативної терапії, що проводиться, можливо як повне розсмоктування інфільтрату, так і його абсцедування з формуванням кишкової нориці на передній черевній стінці. При проведенні диференціальної діагностики виникають великі складнощі, оскільки клінічні прояви схожі з гострим апендицитом.

Геморагічний інфаркт кишечника

Геморагічний інфаркт кишечника — найбільш важка форма некротичного ентероколіту, що розвивається, як правило, після важкої асфіксії в пологах або введення в судини пуповини лікарських препаратів. Він виникає в 15% випадків всіх ентероколітів.

Клінічна картина. Стан дітей після народження дуже важкий за рахунок симптомів пригнічення ЦНС, порушення мозкового кровообігу, важкої дихальної і серцевої недостатності. З народження відзначають здуття живота, затримку відходження меконію. На 2—3-ій доба з'являється блювота з домішкою жовчі, збільшуються здуття, напруга і болючість живота, перистальтика кишечника відсутня, стілець і гази не відходять, з прямої кишки виділяється слиз з кров'ю.

Діагностика. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини відзначають затінення черевної порожнини за рахунок гідроперитонеуму. У разі перфорації кишки видно вільне повітря під куполом діафрагми.

Лікування некротичного ентероколіту в I стадії, як правило, консервативне, посиндромне. Необхідно зменшити об'єм ентерального годування, інфузійною терапією компенсувати водно-електролітні порушення, скорегувати прояви дискінезії призначенням прометазину, дротаверінуа, неостигміну метилсульфата. При появі симптомів інфекційного токсикозу призначають раціональну антибактеріальну терапію і деконтамінацію кишечника. Своєчасна терапія запобігає подальшому розвитку патологічного процесу.

При II і III стадіях інтенсивна консервативна терапія повинна включати наступні пункти.

- Декомпресія ШКТ (при II стадії пауза на 6—12 ч, при III — повне виключення прийому рідини через рот протягом 12—24 ч з постійною аспірацією застійного вмісту через зонд). Можна починати поїти дитину водою тільки за умови повного відновлення пасажу по кишечнику і за відсутності застою в шлунку. Через добу після цього починають годувати дитину зцідженим грудним молоком по 5—10 мл через 2 ч.
- Інфузійна терапія, направлена на регідrataцію, відновлення мікроциркуляції, ліквідацію порушень гомеостазу і кислотний-основного стану.
- Антибактеріальну терапію проводять за принципом деескалаційної терапії. Системні антибіотики підбирають з урахуванням передуючої терапії, з парентеральним застосуванням цефалоспоринов останніх поколінь або антибіотиків групи карбапенемів. Лікування супроводжують мікробіологічним моніторингом з метою своєчасної цілеспрямованої корекції.

Особливо важлива при некротичному ентероколіті деконтамінація, оскільки в умовах порушення бар'єрної функції кишечника пероральне введення антибіотиків знижує масивність транслокації мікробів у внутрішнє середовище організму. Ефективний режим деконтамінації — введення всередину полимиксину М по 10 мг/кг/сут в 3 прийоми або амікацину по 20 мг/кг/сут в 3 прийоми (для дії на грамнегативну флору), в комбінації з фузидієвою кислотою по 60 мг/кг/сут або рифампіцином по 10 мг/кг/сут в 3 прийоми (для придушення резистентних стафілококів і стрептококів). Для придушення анаеробів призначають метронидазол по 15 мг/кг/сут, ністатин або флуконазол для профілактики грибкової суперінфекції.

Лікування антимікробними препаратами контролюють мікробіологічно кожні 4—5 днів, і у разі неефективності проводять корекцію терапії. Досягши позитивного ефекту антибіотики своєчасно відмінюють, не допускаючи розвитку суперінфекції. Для закріплення ефекту на етапі відновлення біоценозу рекомендують призначення біопрепаратів (бактисубтил, хілак форте, лактобактерії ацидофільні), ферментних препаратів (сичужні ферменти, *Aspergillus oryzae* препарат і ін.).

- Стимулююча і симптоматична терапія, що включає переливання гіперімунної плазми, введення імуноглобулінів, вітамінів. Після дослідження показників імунного статусу призначають імунокорегуючу терапію.

По-перше трьох стадіях можливе консервативне лікування некротичного ентероколіту. Летальність складає 17—34%, головним чином у глибоко недоношених дітей.

Оперативне лікування показане на IV стадії у разі перфоративного перитоніту і на III стадії передперфорації, якщо протягом найближчих 6-12 ч інтенсивної терапії відсутній позитивна динаміка з боку ШКТ.

Операцією вибору вважають виключення ураженого відділу кишечника шляхом накладення колостоми на здоровий вищерозміщений відділ. Після одужання реконструктивну операцію виконують через 1—2 міс. Не дивлячись на інтенсивну терапію, що проводиться, летальність при розлитому перитоніті даної етіології складає 80—90%.

МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ.

Ситуаційні завдання.

1. Дитина у віці 3 років, яка захворіла 12 годин тому, направлена на госпіталізацію з попереднім діагнозом гострого апендициту. У дитини була блювота, випорожнення двічі, рідке, без домішків. При огляді в приймальному відділенні достатніх даних за гострий апендицит немає.

1. Якою буде тактика лікаря приймального відділення?

2. Які методи дослідження слід призначити дитині?

2. У дитини 6 років гостро виникли болі в животі, блювання, фебрильна температура тіла, що супроводжуються частими позивами на дефекацію, рідкими випорожненнями зі слизом. Стан дитини погіршується, нарастають значні прояви інтоксикації.

1. Яка з атипових локалізацій червоподібного паростка при його запаленні може давати подібну картину?

2. Які методи дослідження слід призначити дитині.

3. Провести диференційну діагностику.

4. Який метод лікування слід обрати.

3. Дитина 1,5 років захворіла гостро 8 годин тому з'явилися болі в животі, а потім приєдналося блювання та часті рідкі випорожнення. Стан дитини середньої тяжкості. Млявий. Температура тіла - 38°C. В загальному аналізі крові: Л-18х10⁹/л. При пальпації живота підчас сну відмічено напруження м'язів передньої черевної стінки в правій боковій ділянці. При проведенні глибокої пальпації в цій ділянці дитина прокинулася і почала плакати.

1. Який найбільш імовірний діагноз?

2. Які методи дослідження слід призначити дитині.

3. З якими захворюваннями треба провести диференційну діагностику?

4. Яку тактику лікування треба обрати.

4. Дитина 7 років госпіталізована в клініку зі скаргами на біль в правій половині живота, нудоту. Лейкоцитоз 5,7×10⁹/л. Подібні болі виникали і раніше. В процесі спостереження гостра хірургічна патологія органів черевної порожнини виключена.

Ваш подальший план обстеження цієї дитини?

5. До приймального відділення доставлена дівчинка 13 років зі скаргами на інтенсивні болі в животі, багаторазове блювання. Захворіла 12 годин тому, напередодні відмічалися погіршеності у харчуванні. При огляді стан дівчинки середньої тяжкості, шкіра бліда, тахікардія, температура 37,8⁰С, язик сухий. Живіт дещо здутий, болючий в епігастрії та лівому підреб'ї. Симптоми подразнення очеревени слабо позитивні.

Ваш попередній діагноз, тактика?

6. Хірург оперував хлопчика 10 років з клінікою гострого апендициту. Під час оперативного втручання в черевній порожнині виявлено велику кількість мутного серозного випоту, але апендикс морфологічно мало змінений. Хірург виконав апендектомію та зашив черевну порожнину наглухо.

Чи правильно вчинив хірург

Тестові завдання.

1. Найбільш вірогідні та постійні симптоми гострого апендициту у дітей старшого віку:
 - A. Блювання
 - B. Часте сечовипускання.
 - C. Напруження м'язів черевної стінки та локальний біль
 - D. Симптом Блюмберга-Щоткіна
 - E. Рідкий стілець та блювання
2. Дитина 2 років надійшла до хірургічного стаціонару зі скаргами на болі у животі, підвищення температури, рідке випорожнення, блювоту, захворіла 6 годин тому. Дитина різко збуджена, на огляд реагує негативно. Який метод огляду черевної порожнини слід обрати у дитини?
 - A. В стані загального наркозу.
 - B. В стані медикаментозного сну
 - C. УЗД органів черевної порожнини
 - D. Пальцьове дослідження прямої кишки
 - E. Обзорна рентгенографія черевної порожнини.
3. Дитина віком 2 роки направлена на госпіталізацію з діагнозом – гострий апендицит. При огляді в приймальному відділенні достатніх даних за гострий апендицит немає. Якою буде тактика чергового хірурга:
 - A. Відпустити додому
 - B. Госпіталізувати
 - C. Відпустити додому, активний виклик педіатра
 - D. Відпустити додому, запропонувати повторний огляд при появі болю в животі
 - E. Відпустити додому під спостереження хірурга поліклініки
4. Дитина 5 років захворіла 20 годин тому: з'явився неспокій, дитина почала хапатись за живіт, болі з епігастральної області перемістилися у праву клубову, двічі було блювання, а потім з'явилися часті рідкі випорожнення. Температура тіла - 38,7⁰С. Язик обкладений білим нальотом, сухий. Живіт малоактивний в диханні, пальпацію провести не вдається через виражений неспокій дитини. При пальцьовому ректальному дослідженні виявлено навісання передньої стінки прямої кишки. Який найбільш ймовірний діагноз?
 - A. Ентеровірусна інфекція.
 - B. Первинний перитоніт.
 - C. Гострий неспецифічний мезаденіт.
 - D. Гостра кишкова інфекція.
 - E. Гострий апендицит, перитоніт.

5. У дитини 6 років гостро виникли болі в животі, блювання, субфебрильна температура тіла, що супроводжуються частими позивами на дефекацію, рідкими випорожненнями зі слизом, дизуричними явищами. Яка з атипових локалізацій червоподібного паростка при його запаленні може давати подібну картину?

- A. Ретроцекальна.
- B. Тазова.
- C. Підпечінкова.
- D. Центральна.
- E. Медіальна.

6. Дитина 2 років захворіла гостро 9 годин тому з'явилися болі в животі, а потім приєдналося блювання та часті рідкі випорожнення. Стан дитини середньої тяжкості. Млява. Температура тіла - 38°C. В загальному аналізі крові: $L-18 \times 10^9$ /л. При пальпації живота під час сну відмічено напруження м'язів передньої черевної стінки в правій боковій ділянці. При проведенні глибокої пальпації в цій ділянці дитина прокинулася і почала плакати. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Кишкова інфекція.
- B. Ниркова колька.
- C. Гострий мезаденіт.
- D. Гострий апендицит.
- E. Гостра ентеровірусна інфекція.

7. У дитини 2 років біля 8 годин тому виникли різкі болі в животі. Було одноразове блювання, затримка випорожнень, субфебрильна температура. Дитина капризна, При огляді відмічено нечіткий дефанс м'язів живота, сумнівні симптоми запалення очеревини. В аналізі крові – помірний лейкоцитоз, аналіз сечі – без змін. Яка ваша найбільш ймовірна тактика.

- A. Ректальне обстеження.
- B. Огляд під час медикаментозного сну.
- C. Знеболюючі, холод на живіт.
- D. Термінова операція.
- E. Після ректального обстеження – спостереження в динаміці.

Перелік теоретичних питань

1. Анатомо-фізіологічні особливості правої здухвинної ділянки у дітей.
2. Етіологічні чинники виникнення гострого апендициту в дітей.
3. Сучасні теорії патогенезу гострого апендициту в дітей.
4. Клінічна картина гострого апендициту у старших дітей.
5. Класифікація гострого апендициту у дітей.
6. Клінічна картина гострого апендициту у дітей до 3-х років.
7. Клінічна картина гострого апендициту у дітей старшої вікової категорії.
8. Додаткові методи дослідження, які слід застосувати у дітей з гострим апендицитом.
9. Особливості обстеження дітей до 3-х років з підозрою на гострий апендицит.
10. Диференційна діагностика гострого апендициту у дітей.
11. Диференційний діагноз гострого апендициту і пневмонії.
12. Диференційний діагноз гострого апендициту і аскаридозу.
13. Диференційний діагноз гострого апендициту і дизентерії, ентероколіту.
14. Перебіг гострого апендициту при атиповому розташуванні червоподібного відростка.
15. Методи лікування неускладненого й ускладненого апендициту.
16. Передопераційна підготовка пацієнтів з гострим апендицитом.

17. Особливості оперативного лікування гострого апендициту у дітей.
18. Післяопераційна лікувальна програма.
19. Ускладнення гострого апендициту.
20. Ускладнення, можливі після апендектомії.
21. Причини виникнення некротичного ентероколіту у новонароджених.
22. Клінічні прояви некротичного ентероколіту в залежності від стадії захворювання.
23. Лікування некротичного ентероколіту в залежності від стадії захворювання, показання до оперативного лікування.

Практичні завдання:

1. Продемонструвати особливості огляду дитини з гострою хірургічною патологією та визначити локальні симптоми гострого апендициту: Філатова, Кохера, „симптом відштовхування руки”, Сітковського, Образцова, Москаленко, Щоткина – Блюмберга.
2. Пальцевий ректальний огляд дитини.
3. Курація хворого.

Рекомендована література:

Основна література :

1. Ашкрафт К., Холдер Т. Детская хирургия: Пер. с англ. – С.-Пб.: Хардфорд, 1996. – Т. 1. – 384 с.
2. Ашкрафт К., Холдер Т. Детская хирургия: Пер. с англ. – С.-Пб.: Хардфорд, 1997. – Т. 2. – 392 с.
3. Ашкрафт К., Холдер Т. Детская хирургия: Пер. с англ. – С.-Пб.: Хардфорд, 1999. – Т. 3. – 394 с.
4. Баиров Г.А. Неотложная хирургия детей: Руководство для врачей. -Л.: Медицина, 1983.-408 с.
5. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей: Руководство для врачей. – СПб.: Питер Пресс, 1997.-464 с.
6. Библюк Й.І., Библюк Ю.Й. Хірургія дитячого віку – Івано-Франківськ: ІФДМУ, 2006. – 380 с.
7. Исаков Ю. Ф., Долецкий С. Я. Детская хирургия.- М.: Медицина, 1971.-432 с.
8. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: Учебник для студ. мед. ин-тов. - М.: Медицина, 1983.-624 с.
9. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Дронов А.Ф. Острый аппендицит в детском возрасте.- М.: Медицина, 1980.-192 с.
10. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. Детская хирургия (национальное руководство) - М.: Медицина, 2009.-1641с.
11. Степанов Э.А., Дронов А.Ф. Острый аппендицит у детей раннего возраста.-М.: Медицина,1974.-136 с.
12. Сушко В.І. Хірургія дитячого віку – К. Здоров'я, 2002. – 468 с.

Додаткова література:

1. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей. - М.: Медицина, 1988.-416 с.
2. Исаков Ю.Ф., Бурков И.В., Ситковский Н.Б. Ошибки и опасности в хирургии пищевого канала у детей. -К.: Здоров'я, 1980.-200 с.
3. Пугачев А.Г. Хирургическая гастроэнтерология детского возраста: Монография. - М.: Медицина, 1982.-288 с.
4. Тошовский В. Аппендицит у детей: Монография. Пер. с чешск. В.Д.Сухарева. – М.: Медицина, 1988.-208 с.

Інформаційні ресурси

<http://studmedic.narod.ru/>
<http://www.med-edu.ru/>
<http://www.med.siteedit.ru/>

<http://www.medvedi.ru/>
<http://www.rmj.ru/>
<http://www.medwind.ru/>

<http://medvuz.info/>
<http://www.pharm-med.ru/page.php?view=31>
<http://ambarsum.chat.ru/>
<http://www.ty-doctor.ru/>
<http://studentmedic.ru/>
<http://6years.net/>
http://vk.com/student_unite
<http://nmu-s.net/>
<http://www.amnu.gov.ua/>
<http://medsoft.ukoz.ua/>

<http://www.allmedbook.ru/>
<http://www.arhivknig.com/>
<http://www.formedik.narod.ru/>
<http://www.medobook.ru/>
<http://www.freebookspot.in/>
<http://www.booksmed.com/>
<http://www.medprizvanic.org/>
<http://www.medkniga.ukoz.net/>
<http://www.mednik.com.ua/>
<http://www.libriz.net/>

Медицина література в електронних бібліотеках

PubMed
Embase
Scirus
Google Scholar
eLIBRARY.RU

Відкриті електронні бібліотеки з медицини (повнотекстові версії статей)

PubMed Central
BioMed Central
Directory of open access journals - Health Sciences
Public Library of Science - Medicine
FreeMedicalJournals.com

http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Detskaa_hiryrgia/book_4109/Spravochnik_detskogo_hirurga-Katko_VA-2013-pdf

http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Detskaa_hiryrgia/book_1764/Detskaya_operativnaya_hirurgiya-Tihomirova_VD-2011-djvu

http://royallib.com/book/drozdov_a/detskaya_hirurgiya.html

http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Detskaa_hiryrgia/book_264/Detskaya_hirurgiya-Losev_AA-2009-pdf

http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Detskaa_hiryrgia/book_1296/Hirurgicheskie_bolezni_u_dety-Podkamenev_VV-2012-djvu

http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Detskaa_hiryrgia/book_1173/Detskaya_hirurgiya_Klinicheskiye_razbori-Geraskin_AV-2011-djvu

http://kingmed.info/knigi/Hiryrgia/Detskaa_hiryrgia/book_1591/Atlas_detskoy_operativnoy_hirurgii-Puri_P_Golvart_M-2009-pdf

Методичну розробку склали проф. Ксьонз І. В., доц. Гриценко Є. М.



Методична розробка переглянута та затверджена з доповненнями на засіданні кафедри

протокол №	від „_____”	_____20	року
протокол №	від „_____”	_____20	року
протокол №	від „_____”	_____20	року
протокол №	від „_____”	_____20	року
протокол №	від „_____”	_____20	року

протокол №	від „_____”	_____20	року
протокол №	від „_____”	_____20	року
протокол №	від „_____”	_____20	року
протокол №	від „_____”	_____20	року