Министерство охраны здоровья Украины

ГЗ: «Луганский государственный медицинский университет»

Кафедра хирургии детского возраста

Зав.кафедрой: д.м.н., проф. Момотов А.Г.

**Реферат**

**На тему: «Перитонит новорожденных и детей раннего возраста».**

Выполнила: студентка 5 курса 11 группы

леч.факультета Дидусь К.В.

Проверил: Ясинский А.Ю.

Луганск 2011 г.

**План:**

**Введение**…………………………………………………………………………3

1. Первичный перитонит……………………………………………………..5
2. Аппендикулярный перитонит……………………………………………..7
3. Перитонит новорожденных……………………………………………...15

**Вывод**…………………………………………………………………………..18

**Список использованной литературы**……………………………………..19

**«…страх перед богом прошел, а перед перитонитом остался…»**

**Симонян К.С. 1975 год**

**Введение**

**Перитонит** – острое воспалительное осложнение (заболевание), возникающее при нарушении местных защитных функций брюшины вследствие патологического воздействия экзо- или эндогенных причинных факторов.

Причины перитонита у детей разнообразны. В большинстве случаев он бывает результатом инфицирования со стороны органов брюшной полости. Также существуют гематогенные и криптогенные перитониты, причины которых установить трудно. Перфоративные перитониты у детей старше 1 года чаще всего развивается на фоне острого аппендицита. Так при остром аппендиците перитонит наблюдается у 6-25% больных. Но если у детей старшего возраста частота перитонита составляет 6-9,5%, то в младшей возрастной группе (до 3 лет) – 50 -52%. Летальность при перитоните у детей составляет 0,3-0,4%, однако в младшем возрасте она в десятки раз выше (до 3-20%).

У детей перитонит имеет ряд специфических особенностей. В зависимости от происхождения перитонита, длительности заболевания и возраста ребенка значительно меняются течение и прогноз. Особенно быстро и злокачественно перитонит протекает в раннем возрасте, когда в основном встречаются разлитые формы воспаления брюшины. Что обусловлено анатомо-физиологической особенностью детского организма, в частности коротким сальником, который достигает нижних отделов брюшной полости только к 5—7 годам и не может способствовать отграничению процесса. Происходит инфицирование реактивного выпота, появляющегося очень быстро и в значительном количестве. Играют роль также незрелость иммунной системы и особенности всасывающей способности брюшины (чем меньше возраст больного, тем длительнее происходит резорбция из брюшной полости).

Тяжесть течения разлитого перитонита во многом определяется не только характером местного процесса, но и бурным и глубоким нарушением гомеостаза. Из многочисленных причин нарушения гомеостаза при перитоните у детей наибольшее значение имеют водно-солевой дисбаланс и гипертермический синдром (синдром Омбреданна). Потеря воды и солей при перитоните у детей, особенно раннего возраста, связана с рвотой, жидким стулом, скоплением жидкости и электролитов в свободной брюшной полости и в кишечнике в результате его пареза. Большое значение имеет также увеличение неощутимой перспирации - потери жидкости и солей через легкие (учащенное дыхание) и кожу, особенно при значительном повышении температуры тела. В происхождении гипертермического синдрома имеет значение непосредственное воздействие на центр терморегуляции токсинов и других продуктов воспаления, снижение теплоотдачи через кожу в результате расстройства периферической гемодинамики.

Стоит отметить особенности диагностики перитонита у детей младшего возраста: трудности речевого и психоэмоционального контакта с ребенком; необходимость использования субъективной, нередко недостаточной анамнестической информации; неспособность детей младшего возраста локализовать боль; невозможность выявления болевых признаков абдоминального синдрома; необходимость обследования при беспокойном поведении ребенка.

Наибольшее практическое значение имеют аппендикулярный, криптогенный (первичный) перитонит и перитонит новорожденных.

**Первичный перитонит**

Заболевание чаще возникает у девочек в возрасте от 3 до 7 лет. Инфекция проникает в брюшную полость через влагалище с развитием эндосальпингита.

Клинически различают две формы первичного перитонита – токсическую и локальную. Токсическая форма возникает довольно редко: не более 5% случаев. Для токсической формы характерно острое и бурное начало заболевания. Отмечают сильную боль в животе, обычно в нижних отделах. Температура тела повышается до 38-39 С. Рвота может быть многократной. Нередко присущ жидкий стул, который возникает при усиленной перистальтики за счет выраженного воспалительного процесса в брюшной полости. Отмечают значительную тяжесть общего состояния при непродолжительности периода от начала заболевания (2-6 часов). Ребенок обычно беспокоен, стонет кожные покровы бледные, глаза блестящие. Язык сухой, обложен белым налетом. При обследовании живота обнаруживают все признаки выраженного перитонита: резкую болезненность и четкую ригидность во всех отделах передней брюшной стенки, но несколько больше в области пупка и справа. Симптом Щеткина - Блюмберга положительный. Отмечают также умеренный парез кишечника. При исследовании периферической крови отмечают высокий лейкоцитоз.

При локализованной форме клиническая картина стёрта, интоксикация не выражена, боль часто локализуется в правой подвздошной области. При этом температура тела достигает субфебрильных цифр. Однако более острое начало, наличие ОРВИ в момент осмотра или ОРВИ, перенесенная накануне, - важные факторы при дифференциальной диагностике первичного перитонита с другой патологией.

Как локализованную, так и токсическую форму заболевания трудно дифференцировать с аппендицитом, поэтому при традиционной тактике больные подвергаются аппендэктомии. Диагностическая лапароскопия часто является лечебной. Выполняют аспирацию гноя, вводят раствор антисептиков. Всем больным назначают антибактериальную терапию пенициллинами или цефалоспоринами в течение 5-7 дней.

Прогноз благоприятный.

**Аппендикулярный перитонит**

Перитонит – наиболее частое осложнение острого аппендицита в детском возрасте, возникающее в 8-10% случаев заболевания, причем у детей первых 3 лет жизни в 4-5 раз чаще, чем в более раннем возрасте.

Из множества классификаций наибольшее распространение получил принцип подразделения перитонита по стадийности течения процесса и распространенности поражения брюшины, выраженности пареза кишечника.

**Аппендикулярный перитонит**

**Местный**

**Общий**

**Отграниченный**

**Неотграниченный**

Наибольшее распространение при перитоните получило выделение трёх фаз его течения, отражающих тяжесть клинического течения заболевания:

**Реактивная фаза**: Характеризуется нарушением моторно-эвакуаторной, пищеварительной функции ЖКТ; повешением функций систем дыхания и гемодинамики в пределах их функциональных резервов.

**Токсическая фаза**: Характеризуется выключением ЖКТ из процессов жизнеобеспечения; нарушение функций печени, почек; компенсированные изменения метаболизма; нарушение систем дыхания и гемодинамики при отсутствии функциональных резервов; угнетение или возбуждение ЦНС.

**Терминальная фаза**:генерализованные поражения гемодинамики и гемостазиологические нарушения; неэффективность самостоятельного дыхания; поражение ЦНС; дискредитация метаболизма и выключение печени и почек из процессов жизнеобеспечения; угнетение общей и иммунной реактивности организма.

У новорожденных и детей младшего возраста уже к концу первых суток возникновения перитонита возможно выявление признаков терминальной фазы. При послеоперационном перитоните на фоне интенсивной терапии продолжительность фаз может составлять от нескольких суток до нескольких недель, что подтверждают изменения центральной гемодинамики, микроциркуляции, иммунологической реактивности.

Патогенез разлитого перитонита – сложная цепь функциональных и морфологических изменений систем и органов. Анатомо-физиологические особенности детского организма сказываются на течении аппендикулярного перитонита – быстрее нарастают интоксикация и обменные нарушения, многие защитные реакции становятся патологическими. Ведущая роль в патогенезе перитонита принадлежит микробному фактору и иммунореактивности организма. В большинстве случаев перитонит – полимикробное заболевание. Доминирующая роль в его развитии принадлежит E.Coli, энтерококки, клибсиелла и др., а также анаэробы. Одним из ведущих факторов в развитии патофизиологических сдвигов, наступающих при перитоните, - резорбция брюшиной токсических продуктов гнойного экссудата из брюшной полости. Именно всасывание токсичных продуктов обуславливает цепь разнообразных патофизиологических нарушений, включая дегидратацию, расстройства циркуляции, нарушение иммунологической реактивности организма, гипертермию, нарушения кислотно-основного состояния, нарушение метаболизма, нарушение функций жизненно важных органов. При тяжелом течении заболевания данные нарушения можно рассматривать как проявление перитонеального шока. Необходимо учитывать, что у детей до 3 лет защитные механизмы быстро переходят в патологические, а общие клинические симптомы превалируют над местными.

Большинство указанных нарушений проявляется в клинической симптоматике. В клинической картине можно выделить абдоминальный, инфекционно-воспалительный, адаптационный синдромы.

Абдоминальный синдром:

* Видимые признаки повреждения брюшной стенки;
* Изменение окраски кожи (гиперемия, пятна Мондора), пастозность, усиление подкожного венозного рисунка передней брюшной стенки у новорожденных;
* Нелокализованная болезненность в животе при нередко выявляемой локальной болезненности;
* Пассивное защитное мышечное напряжение передней брюшной стенки;
* Симптомы раздражения брюшины;
* Симптомы объемного образования, наличия газа или жидкости в свободной брюшной полости.

Инфекционно-воспалительный синдром:

* Нарушение сна, поведения ребенка;
* Гипертермия и симптом Ленандера, гипертермический синдром;
* Симптом температурно-пульсовых «ножниц»;
* Токсико-воспалительные изменения в гемограмме, в анализах мочи;
* Изменение общей и иммунной реактивности организма больного.

Адаптационный синдром:

Складывается из совокупности клинических признаков функциональных нарушений органов и систем. В процессе развития перитонита формируются:

* Гастроэнтеропатический (гипо- или анорексия; тошнота; многократная рвота застойным желудочным содержимым; возможное появление необильного стула с жидким, зловонным содержимым; вздутие живота; снижение интенсивности перистальтических шумов, вплоть до их исчезновения.),
* Гепаторенальный (гипо- или олигурия; пастозность подкожной клетчатки; повышение плотности мочи; нарушение фильтрационной функции почек (протеинурия, гематурия); желтушная окраска склер, кожи; повышение содержания билирубина, аминотрансфераз в плазме крови; снижение белковообразующей функции печени.),
* Дисциркуляторно-гипоксический (гиповолемия; гемоконцентрация; дегидратация; гипоксия; гиперкапния.),
* Церебральный (Токсико-гипоксическая энцефалопатия (возбуждение, церебральная депрессия, судороги, кома).),
* Дисметаболический синдромы.

Диагностика основывается на данных субъективного и объективного обследования:

**Субъективное обследование** основывается на: длительности заболевания, предположительном причинном факторе; жалобах на повторное появление или усиление постоянной боли в животе; тошноту, рвоту, снижение или отсутствие аппетита; изменение поведения ребенка, нарушения сна, повышения температуры тела до субфебрильных значений и выше; при указании на травму живота выясняют: травмирующий фактор и обстоятельства, механизм травмы; функциональное состояние ЖКТ, мочевого пузыря в момент травмы; уточняют: перенесенные оперативные вмешательства, наличие сопутствующих заболеваний, лечение до обращения за медицинской помощью).

**Объективное обследование** основывается на: наличие следов травматического повреждения брюшной стенки; вынужденное положение ребенка (изменение походки, осанки – симптом Вольфа, отказ от активных движений); ограничение участия передней брюшной стенки в акте дыхания ( симптом Винтера); ассиметрия в паховой области; вздутие живота, пролабирование пупка, гиперемия, пастозность; симптомы Раздольского и Самнера, Щеткина-Блюмберга, Габая; исчезновение печеночной тупости; ослабление перистальтических шумов; наличие тенезм, жидкого учащенного стула небольшими порциями, болезненное и учащенное мочеиспускание. При ректальном исследовании можно выявить резкую болезненность и нависание стенки прямой кишки.

Диагностика основывается на данных лабораторных исследований:

* Клеточный состав крови, Hb, Ht;
* Протеинограмма
* Коагулограмма
* Биохимические анализы крови6

Печеночные пробы

Общий белок

Уровень глюкозы в крови

* Ионограмма мочи;

Обзорная рентгенография брюшной полости позволяет выявить функциональную непроходимость кишечника, наличие газа, жидкости в свободной брюшной полости.

**Дифференциальная диагностика:**

1. Патология нервной системы – менингит, энцефалит, эпилепсия, истерические неврозы.
2. Заболевания сердечно-сосудистой системы – эндокардит, острый миокардит, перикардит, правожелудочковая недостаточность, ревматизм, геморрагический васкулит мезентеральный тромбоз, аневризма брюшной аорты.
3. Легочно-плевральная патология – пневмония, плеврит, БДЛ, пиопневмоторакс, туберкулёз.
4. Заболевание желудочно-кишечного тракта, органов панкреато-билиарной системы - ПТИ, гастроэнтероколит, илеит, гепатит, холецистит и холецистопатии, острый панкреатит.
5. Патология мочевыделительной системы – гнойный паранефрит, карбункул почки, гломерулонефрит.
6. Врожденная экстрагенитальная патология у девочек пубертатного периода, острые воспалительные заболевания органов мошонки у мальчиков.
7. Заболевания системы крови – лейкозы.
8. Эндокринопатии – Сахарный диабет.
9. Инфекционные заболевания – корь, скарлатина.
10. Острые интоксикации.
11. Острый гематогенный остеомиелит костей таза, сакроилеит.

Лечение заболевания у детей представляет трудную задачу и состоит из трех основных этапов: предоперационной подготовки, оперативного вмешательства, и послеоперационного периода. Лечение перитонита должно быть своевременным, этиотропным, патогенетически обоснованным, комплексным.

Цель предоперационной подготовки – уменьшить нарушение гемодинамики, кислотно-основного состояния и водно-электролитного обмена. Весь комплекс предоперационных мероприятий должен быть выполнен в довольно сжатые сроки (не более 2-3 часов). Проводят антибиотикотерапию препаратами широкого спектра действия – рекомендуют внутривенное введение цефалоспарина 3 поколения (цефотаксима, цефтриаксона) или ингибитор - защищенного пенициллина (амоксициллин + клавулоновая кислота). В послеоперационном периоде продолжают введение антибиотиков в виде комбинированной терапии, что позволяет охватить весь спектр потенциальных возбудителей перитонита. Зондирование и промывание желудка способствует уменьшению интоксикации, улучшению дыхания, профилактике аспирации. Важную роль играет борьба с гиперемией, пневмонией, отёком легких, судорогами.

К оперативному вмешательству приступают, когда компенсированы и стабилизированы процессы гемодинамики, кислотно-основное состояние, водно-электролитный обмен, температура тела. Оперативное вмешательство при перитоните проводят с целью устранения первичного очага, санации и дренирования брюшной полости. Влияние на первичный очаг заключается в аппендектомии.

У детей доступ зависит от стадии перитонита и возраста. В реактивной стадии, особенно у детей до 3 лет, применяют доступ по Волковичу-Дьяконову. Этот доступ при относительно небольшой брюшной полости у детей не препятствует выполнению основной задачи - санации брюшной полости. При перитоните давностью более 3 суток показана срединная лапаротомия. Последовательные этапы операции: эвакуация экссудата, ликвидация источника перитонита, туалет и ушивание брюшной полости. Экссудат удаляют с помощью электроотсоса. Аппендэктомию выполняют с обязательным погружением культи в кисетный и z-образный швы. После этого производят туалет брюшной полости промыванием. Основу промывной среды составляют изотонические или слабогипертонические солевые растворы, раствор фурацилина (1:5000), в которые большинство хирургов добавляют антибиотики из расчета 1 г/л (группа аминогликозидов). Общий объем жидкости для промывания составляет 2-3 л. Заключительным этапом оперативного вмешательства является дренирование брюшной полости трубчатыми дренажами.Послеоперационный период заключается в:

* Этиотропной антибактериальной терапии;
* Регуляции и коррекции нарушений микроциркуляции и центральной гемодинамики;
* Обезболивании;
* Коррекции гидроионных нарушений и регуляции гидроионного баланса;
* Коррекции декомпенсированных метаболических нарушений;
* Субстратно-энергетическом обеспечении;
* Антигипоксической терапии;
* Дезинтаксикационной терапии;
* Предупреждении и лечении пареза кишечника;
* Симптоматической терапией.

Также обязательно необходимы интенсивное наблюдение и соответственный уход наличие реабилитационных мероприятий (методики ЛФК, физиотерапия, обязательная диспансеризация по месту жительства с последующим наблюдением).

**Перитонит новорожденных**

Перитонит новорожденных – заболевание полиэтиологическое, обусловленное в 84% случаев перфорацией стенки ЖКТ (главным образом толстой кишки) при некротическом энтероколите или пороках развития кишечника, значительно реже – гематогенным, лимфогенным или контактным инфицированием брюшины. Среди воспалительных заболеваний органов брюшной полости, осложняющихся перитонитом, первое место по частоте занимает острый аппендицит, значительно реже его возникновение может быть связано с перфорацией дивертикула Меккеля при его воспалении, ятрогенной перфорацией полых органов.

**Классификация**

В общепринятых классификациях перитонит у новорождённых подразделяют следующим образом:

1. **По этиологическому признаку:**
2. Перфоративный перитонит:

* некротический энтероколит (постгипоксический, септический);
* пороки развития ЖКТ (сегментарный дефект мышечного слоя стенки полого органа, осложнения при атрезии, завороте кишечника, мекониевом илеусе, болезни Гиршпрунга);
* острый аппендицит;
* деструктивный холецистит и холангит;
* ятрогенные перфорации полых органов.

1. Неперфоративный перитонит:

* гематогенное, лимфогенное инфицирование брюшины;
* контактное инфицирование брюшины.

1. **По времени возникновения:**
2. Пренатальный.
3. Постнатальный.
4. **По степени распространения в брюшной полости:**
5. Разлитой.
6. Отграниченный.
7. **По характеру выпота в брюшной полости:**
8. Фиброадгезивный;
9. Фибринозно-гнойный;
10. Фибринозно-гнойный, каловый.

Внутриутробные перфорации кишечника при пороках развития приводят к асептическому адгезивному перитониту, постнатальные — к разлитому фибринозно-гнойному, каловому перитониту. При некротическом энтероколите на фоне интенсивной терапии возможно развитие отграниченного перитонита. Неперфоративный фибринозно-гнойный перитонит, развивающийся внутриутробно при гематогенном, лимфогенном и трансплацентарном инфицировании, в настоящее время наблюдают редко. В постнатальном периоде инфицирование брюшины происходит контактным путём при гнойном периартериите и перифлебите пупочных сосудов, абсцессах печени, гнойных заболеваниях забрюшинного пространства, флегмоне передней брюшной стенки. Эти формы в настоящее время также возникают редко.

**Клиническая картина**

Клиническая картина постнатального перфоративного перитонита у новорождённых с пороками кишечной стенки проявляется остро симптомами перитонеального шока на 2—3-й сутки жизни. Ребёнок вялый, стонет. Кожные покровы бледно-серого цвета, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное из-за высокого стояния купола диафрагмы. Сердечные тоны глухие. Обращают внимание резкое вздутие, напряжение и болезненность живота, расширение подкожной венозной сети. При перитоните у новорождённых часто наблюдают гиперемию кожи в нижних отделах живота и на половых органах. Перистальтика кишечника не выслушивается. Перкуторно над печенью выявляют коробочный звук — симптом исчезновения печёночной тупости (симптом Спижарного). Отмечают постоянную рвоту кишечным содержимым, стул и газы не отходят.

**Диагноз**

Диагноз подтверждают обзорной рентгенограммой органов брюшной полости. Под куполом диафрагмы выявляют значительный пневмоперитонеум.

**Лечение**

Лечение только хирургическое. После проведения пункции брюшной полости и уменьшения внутрибрюшного давления в течение 2— 3 ч проводят комплексную предоперационную подготовку, направленную на ликвидацию симптомов централизации кровообращения. Предпочтение отдают верхнее-поперечной лапаротомии, позволяющей провести полноценную ревизию органов брюшной полости. Кишечную петлю с участком перфорации подшивают к брюшной стенке в виде кишечного свища. После этого брюшную полость промывают растворами антисептиков и ушивают с оставлением дренажа.

**Вывод**

Лечение перитонита у детей, особенно раннего возраста, - задача, требующая индивидуального подхода с учетом многих факторов. В настоящее время особое внимание уделяют профилактике перитонита у детей. Ранняя диагностика пороков развития и заболеваний, приводящих к перитониту, позволяет значительно снизить его частоту и улучшить результаты лечения.

**Список использованной литературы:**

1. Ніколаєва Н.Г. – Педіатрична хірургія. Вибрані лекції: Навч.посібник – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т.,1999.-188 с.
2. Исаков Ю.Ф. – Абдоминальная хирургия у детей; АМН СССР.-М: Медицина, 1988, 416 с.: ил.
3. Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф. – Детская хирургия: национальное руководство – М: ГЭОТАР-Медиа, 2009.-1168 с.
4. Исаков Ю.Ф. – Хирургические болезни детского возраста. Учеб.: В 2 т. - М: ГЭОТАР – МЕД, 2004. – Т.1. – 632 с.: ил.
5. Юдин Я.Б., Прокопенко Ю. Д. – Острый аппендицит у детей. – М: Медицина, 1998. – 256 с.: ил.