ГБОУ ВПО Тверская ГМА минздрава России

Кафедра детской хирургии

Зав.кафедрой д.м.н., профессор: Румянцева Г.Н.

Преподаватель: ассистент Горшков А.Ю.

Академическая история болезни

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Основной клинический диагноз: Острый гангренозный аппендицит. Тазовый гнойный перитонит

Осложения основного диагноза: Нет

Сопутствующий диагноз: Нет

Куратор: студент 503 группы

Педиатрического факультета

Галицкий Валерий Викторович

Дата курации: 02.09.2014-06.09.2014г.

Тверь 2014 год

Паспортная часть

Ф.И.О.- \_\_\_\_\_

Возраст-14 лет ( 22.11.1999 )

Домашний адрес- г.Тверь, \_\_\_\_

Дата поступления в стационар- 26.08.2014 в 17:00 по экстренным показаниям, через 4 часа после начала заболевания

Диагноз при поступлении- Острый аппендицит

Клинический диагноз- Острый гангренозный аппендицит. Тазовый гнойный перитонит.

Жалобы

При поступлении жалобы на боли в животе локализующиеся в правой подвздошной области постоянного характера, без иррадиации, продолжающиеся 12 часов, отсутствие аппетита, повышение температуры.

На момент курации больная активно жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания (Anamnesis morbi)

Заболела в обед 26.08.2014 приблизительно в 13:00, появились боли в животе, повышение температуры до 38 С, затем боли усилились и постепенно локализовались в правой подвздошной области. Самостоятельно приняла 2 таблетки «Но-шпы», но без улучшения самочувствия. В 17:00 была доставлена бригадой СМП в ДОКБ г.Твери в хирургическое отделение, где был поставлен диагноз- острый аппендицит. Операция назначена и проведена 26.08.2014 (20:20-21:00) лапароскопическая аппендоктомия, тупым путем разведены спайки,поэтапно коагулированная брыжейка отростка; прошла без осложнений. Пациент данное заболевание связывает с употреблением морепродуктов.

Анамнез жизни (Anamnesis vitae)

Биологический анамнез: беременность по счету пятая,протекала без особенностей, роды в срок. Вес при рождении 3200. Находилась на грудном вскармливании до 6 месяцев. Период новорожденности без особенностей. Психомоторное развитие по возрасту.

Перенесенные детские заболевания: ветряная оспа, краснуха.

Перенесенные заболевания: ОРВИ (2 раза в год), паховая грыжа. Аллергический анамнез не отягощен.

Психомоторное развитие по возрасту.

Профилактические прививки по календарю.

Контакты с ифекционными больными отрицает.

Генеалогический анамнез не отягощен.

Материально-бытовые условия : удовлетворительные. Ребенок обучается в 9 классе в среднем общеобразовательном учреждение №42. Дополнительных нагрузок не имеет.

Состояние больного на момент курации (Status praensens)

Общий осмотр:

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясно. Положение в постели активное. В пространстве и времени ориентирована.

Рост-142 см

Вес-39 кг

Телосложение правильное. Нормостеничный тип конституции. Кожа и видимые слизистые не гиперемированны, обычной окраски. Кожа нормальной влажности, эластична. Развити подкожно-жировой клетчатки умеренное. Отеков нет. Температура тела 36.7 С.

Лимфатическая система: Затылочные, заушные, надключичные, подключичные лимфатические узлы не пальпируются. Подмышечные, подбородочные, подчелюстные, шейные передние и задние, кубитальные , паховые не увеличены, плотноватой консистенции, не спаяны с окружающими тканями, подвижны и безболезненны.

Опорно-двигательный аппарат:

Мускулатура: развита умеренно, симметрично, тонус в норме, безболезненны при пальпации.

Суставы: при осмотре суставы правильной конфигурации, изменения величины, цвета тканей, кожной температуры над ними не отмечено. При пальпации безболезненны. Объём движений в суставах не ограничен.

Кости: деформации, утолщения, болезненности при пальпации нет.

Органы дыхания :

Носовое дыхание свободное. Участие в дыхании крыльев носа не наблюдается. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Форма грудной клетки нормостеническая ,симметричная. Участвуют две половины грудной клетки в акте дыхания. Тип дыхания брюшной. Число дыханий в 1 минуту 18. Глубина дыхания поверхностная, дыхание ритмичное. Одышки нет. Симптомов хронической гипоксии («барабанные палочки» и «часовые стекла»)нет.

Сравнительная перкуссия легких: Перкуторно границы легких не изменены, над симметричными участками выявляется ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия легких:

Высота стояния верхушки левого легкого:

а) спереди - 3 см б) сзади - на уровне остистого отростка VI шейного позвонка.

. Высота стояния верхушки правого легкого:

а) спереди - 2 см б) сзади - на уровне остистого отростка VI шейного позвонка.

. Нижние границы правого и левого легкого по линиям:

Подвижность легочного края на вдохе по средней подмышечной линии:

а) справа: на вдохе - 2 см, на выдохе - 2,5 см, суммарная 4,5 см

б) слева: вдохе - 1,5 см, на выдохе - 2 см, суммарная 3,5 см.

Границы легких соответствуют возрастной норме.

Аускультация легких: дыхание - жесткое, по всем легочным полям свистящие, среднепузырчатые влажные хрипы, непостоянные. При форсированном дыхании выдох немного удлинен, появляются свистящие хрипы.

Сердечно-сосудистая система

Осмотр: Пульсация сонных артерий, набухание и пульсация шейных вен не отмечается. Сердечный горб отсутствует, визуальный верхушечный и сердечный толчок не наблюдается. Эпигастральная пульсация при осмотре не видна. Артериальное давление 120/70 мм.рт.ст .

Пальпация:

Верхушечный толчок локализован в 5 межреберье по левой среднеключичной линии, площадью 1\*1см, умеренной силы и высоты. «Кошачье мурлыканье» над поверхностью сердца не определяется. Пульс на лучевых артериях симметричный, ритмичный, с частотой 98 в минуту, умеренного наполнения и напряжения. Дефицита пульса не отмечается. Пульс на височных сонных, локтевых, бедренных, задних большеберцовых артериях, артериях тыла стопы симметричный, ритмичный.

Перкуссия сердца.

Высота стояния диафрагмы по правой срединно-ключичной линии - VI межреберье.

Границы относительной сердечной тупости:

А) правая - IV межреберье, по правому краю грудины.

Б) левая - V межреберье на расстоянии 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

В) верхняя - III ребро по левой окологруднинной линии.

Границы сосудистого пучка:

а) правая граница - II межреберье справа от грудины

б) левая граница - II межреберье слева от грудины

в) ширина сосудистого пучка - 3 см.

Конфигурация сердца нормальная.

Границы сердца соответствуют возрастной норме.

Аускультация: тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98 уд/мин, акценты, расщепления, раздвоения тонов не отмечаются. Сердечных шумов не выявлено.



Аускультация крупных сосудов: сонных артерий - выслушиваются 2 сосудистых тона;

Бедренных артерий - выслушивается 1 сосудистый тон;

Над яремными венами шумов не выслушивается

Пищеварительная система: Слизистая оболочка полости рта бледно - розового цвета, влажная, кровоизлияний и афт нет. Язык правильной формы, обычной величины, сухой, выраженность сосочков умеренная, обложен налетом, отпечатков, трещин, язв и опухолей нет. Миндалины нормальной величины, бледно-розовые. Налета, гнойных пробок, рубцовых изменений на миндалинах не обнаружено. Зубы постоянные. Тошноты и рвоты нет.

Печень и селезенка:

Нижняя граница печени по краю реберной дуги.

Пальпация печени: край печени слегка закруглен, мягкий, поверхность гладкая, безболезненный при пальпации.

Пальпация и перкуссия селезенки: селезенка не пальпируется.

Мочевыделительная система:

Отеки не отмечаются. Область поясницы и мочевого пузыря визуально не изменена.

Почки не пальпируются в положении лежа и стоя. Мочевой пузырь не пальпируется. Мочится безболезненно. Частота мочеиспусканий 9 раз в сутки, суточный диурез определить не удалось ввиду отсутствия данных. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, без изменений.

Эндокринная система:

Подкожно-жировой слой распределен равномерно. Щитовидная железа не увеличена. Половое развитие протекает соответственно возрасту. Симптомы Хвостека, Труссо, Люста отрицательны.

Локальный статус

На момент поступления:

Живот симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания. Болезненный при пальпации в эпигастральной и правой подвздошной областях. Симптомы Воскресенского, Раздольского отрицательны. Симптомы Щеткина-Блюмберга положительный.

На момент курации:

Живот мягкий, не вздут, умеренно болезненный в области послеоперационных ран, видны швы без признаков отеков, гиперемии и инфильтрации ткани.

Предварительный диагноз

Острый аппендицит.

Диагноз поставлен на основании жалоб больного: на остро возникшие ноющие боли животе, умеренной интенсивности, тошноту, трезкратную рвоту, повышение температуры до 38 град. При динамическом наблюдении в Х.О. на фоне проводимой ИТ боли усилились. А также на основе объективного исследования- болезненность при пальпации живота в эпигастральной и правой подвздошной областях, положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Дифференциальная диагностика

Острый аппендицит требует дифференцировки с тремя группами заболеваний.

. Заболевания,не требующие оперативного лечения:

) Глистная инвазия. Наиболее тяжелое проявление- закупорка клубком гельминтов просвета кишки с симптомами кишечной непроходимости. В крови - эозинофилы, часто анемия

) Острый аднексит. Для этого заболевания характерны боли внизу живота, иррадиирующие в поясницу или промежность, повышение температуры тела. При опросе больных можно установить в прошлом наличие воспалительных заболеваний женской половой сферы, нарушения менструального цикла. При пальпации определяют болезненность внизу живота, над лобком с обеих сторон (что может быть и при расположении червеобразного отростка в малом тазе ), однако напряжение мышц брюшной стенки, как правило, отсутствует. Важное значение в дифференциальной диагностике острого аднексита имеют исследования через влагалище и через прямую кишку, которые должны быть выполнены у всех женщин, поступающих в стационар в связи с подозрением на острый аппендицит. При этом можно определить болезненность придатков матки, инфильтрацию тканей, болезненность при надавливании на шейку матки. Патологические выделения из половых органов свидетельствуют об остром аднексите.

. Заболевания, требующие экстренного оперативного вмешательства:

Острую кишечную непроходимость необходимо дифференцировать с острым аппендицитом в случае, когда ее причиной является инвагинация тонкой кишки в слепую, что чаще наблюдается у детей. При этом характерно появление схваткообразных болей, однако нет напряжения мышц живота, а симптомы раздражения брюшины выражены слабо. При пальпации живота определяют малоболезненное подвижное образование - инвагинат. Кроме того, имеются симптомы кишечной непроходимости - вздутие живота, задержка отхождения стула и газов, при перкуссии живота определяют тимпанит. Довольно часто в прямой кишке выявляют слизь с кровью.

. Так же Острый гангренозный аппендицит необходимо дифференцировать с перфоративной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки, острым холециститом, острым панкреатитом, поскольку данные заболевания имеют сходную клиническую картину:

.) Острый гангренозный аппендицит и перфоративная язва имеют следующие отличительные признаки:

у данного больного отмечались боли средней интенсивности характерной локализации в правой подвздошной области, усилились), при перфоративной язве боли высокой интенсивности («кинжальные») в эпигастральной области;

при пальпации у больного болезненность в правой подвздошной области, при перфоративной язве напряжение мышц значительное («доскообразный живот»), пальпация в эпигастральной области и правом подреберье резко болезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга хорошо определяется в эпигастральной области, у данного больного выражен в правой подвздошной области;

при проведении перкуссии печеночная тупость определяется, чего обычно не бывает при перфоративной язве.

.) Острый гангренозный аппендицит и острый холецистит имеют следующие отличительные признаки:

у данного больного отмечались боли в правой подвздошной области, при остром холецистите боли локализуются в правом подреберье часто иррадиируют в правое плечо, правую лопатку, также бывает неукротимая рвота желчью, чего у данного больно не отмечалось; при остром холецистите во время пальпации живота обнаруживаются: болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье, нередко обнаруживается увеличенный болезненный желчный пузырь, у больного данные симптомы не наблюдаются, желчный пузырь не пальпируется, пальпация в данной области безболезненна, симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи, Мюсси-Георгиевского отрицательны.

. )Острый гангренозный аппендицит и острый панкреатит имеют следующие отличительные признаки:

у данного больного отмечались боли средней интенсивности в правой подвздошной области, которые в последствии стихли, при остром панкреатите боли высокой интенсивности локализуются в эпигастральной области, часто опоясывающие;

при остром панкреатите во время пальпации живота обнаруживаются: болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга в эпигастральной области, у данного больного такие симптомы не наблюдаются.

План обследования

1. Клин. ан. Крови

. Группа крови, резус-фактор

. Кровь на RW

. Б/х анализ крови

. Общий анализ мочи

. Назначено: режим общий, диета- голод; ИТ с целью регидратации и детоксикации в объеме 600мл.

Этиология и Патогенез

Общие закономерности в основных этиологических и патогенетических факторах у детей, как и у взрослых:

Острый аппендицит - воспаление червеобразного отростка слепой кишки, обусловленное внедрением в его стенку патогенной микрофлоры. Основной путь инфицирования - энтерогенный.

Патогенез: в основе патогенеза о.аппендицита чаще всего лежитокклюзия просвета отростка, причиной которой, как правило, являются - гиперплазия лимфоидных фолликулов, феколиты, фиброзные тяжи, стриктуры, реже - инородные тела, паразиты, опухоли.

Продолжающаяся в этих условиях секреция слизи приводит к тому, что в ограниченном объеме полости отростка развивается и резко возрастает внутриполостное давление. Увеличение давления в полости аппендикса вследствие растяжения ее секретом, экссудатом и газом приводит к нарушению сначало венозного, а затем и артериального кровотока. При нарастающей ишемии стенки отростка создаются условия для бурного развития микроорганизмов.

Но для детского возраста характерен ряд особенностей: влияние нервно-сосудистого фактора - чем младше ребенок, тем быстрее наступают деструктивно некротические изменения в стенке отростка, что обусловлено незрелостью нервной системы аппендикса и илеоцекальной области; играют роль так же и местные иммунологические реакции, связанные с возрастными особенностями фолликулярного аппарата; слизистая оболочка кишечника более проницаема для микрофлоры и токсических веществ, чем у взрослых,поэтому при нарушении сосудистой трофики происходит быстрое инфицирование пораженного червеобразного отростка и ускоренное развитие выраженных деструктивных форм аппендицита.

Дополнительные методы исследования

Результаты дополнительного обследования.

Клинический анализ крови 26.08.14г.

Параметры Результат Ед. измер.

Гемоглобин (HGB) 135,0 г/л норма

Эритроциты (RBC) 4,41 10^12/л норма

Тромбоциты по Фонио (PLT) - 10^9/л

Лейкоциты (WBC) 25.4 10^9/л повыш

Лейкоцитарная формула: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Нейтрофилы палочкоядерные (GRA) 24,0 % повыш

Нейтрофилы сегментоядерные (GRA) 71,0 % повыш

Лимфоциты (LYC) 30,0 % норма

Моноциты (MON) 3,0 % норма

Эозинофилы (GRA) 2,0 % норма

Базофилы (GRA) не опр. % норма

Заключение: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Клинический анализ крови 1.09.14г

Параметры Результат Ед. измер.

Гемоглобин (HGB) 130,0 г/л норма

Эритроциты (RBC) 4,29 10^12/л норма

Тромбоциты по Фонио (PLT) - 10^9/л

Лейкоциты (WBC) 8.9 10^9/л

Лейкоцитарная формула: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Нейтрофилы палочкоядерные (GRA) 7,0 % норма

Нейтрофилы сегментоядерные (GRA) 46,0 % норма

Лимфоциты (LYC) 34,0 %

Моноциты (MON) 9,0 % норма

Эозинофилы (GRA) 4,0 % норма

Базофилы (GRA) не опр. % норма

Заключение: все показатели в норме.

Биохимический анализ крови 14.02.14г.

Параметры Результат Ед. измер.

Глюкоза крови 3,8 ммоль/л норма

Глюкоза сыворотки крови 3.8 ммоль/л норма

Общий белок 71,0 г/л норма

Креатинин 70,0 мкмоль/л норма

Мочевина 6,8 ммоль/л норма

Билирубин общий 40,0 мкмоль/л норма

Билирубин прямой 3,0 мкмоль/л норма

АсАТ 33,0 ммоль/л норма

АлАТ 42,0 ммоль/л норма

Калий 4,7 ммоль/л норма

Натрий 147,0 ммоль/л норма

Кальций общий 1,11 ммоль/л норма

Кальций ионизированный 1,000 ммоль/л норма

Хлориды 100,0 ммоль/л норма

Заключение: Повешенное количество билирубина общего.

Анализ крови на RW: отрицательная.

Анализ крови на сахар: 5.9 ммоль/л норма от 26.08.2014

Общий анализ мочи 13.02.14г.

Цвет сол.-желтый

Прозрачность л/муть

Реакция щелочная

Уд. вес 1014 норма

Белок 0,165

Сахар нет норма

Слизь нет норма

Оксалаты + незначительно повышено

Ацетон нет норма

Эритроциты не обн. норма

Лейкоциты 2-4 в п/зр норма

Плоский эпителий ед п/зр норма

Цилиндры: нет норма

зернистые не обн. норма

гиалиновые не обн. норма

Дрожжевые грибы нет норма

Соли фосфаты++ + норма

Другие бактерии не обн.

Заключение: протеинурия, большое количество фосфатов, щелочная реакция мочи.

Соскоб на энтеробиоз 26.08.14г.

Заключение: острицы не обнаружены.

УЗИ органов брюшной полости 3.09.14г.

Заключение: Петли кишечника немного отечные, в межпетлевом пространстве небольшое количество жидкости. Инфильтрат, образованияне визуализируются. Мезентериальные лимфоузлы не увеличены.

Протокол операции N /5

Дата 26.08.2014 20:20-21:00

Диагноз: Острый гангренозный аппендицит. Тазовый гнойный перитонит. Название операции: Лапароскопическая аппендоэктомия.

Хирурги: Казаков А.Н., Светлов В.В.

Анестезиолог: Корольков В.Н.

Операционная сестра: жалоба аппендицит операция аппендоэктомия

Под интубационным наркозом, после обработки операционного поля по верхнему краю пупочного кольца открытым способом заведен троакар 5 мм, создан карбоксиперитонеум 12 мм рт.ст. Заведен лапароскоп, установлен троакар 10 мм с манипулятором в левой мезогастральной области под контролем оптики. Над лоном установлен троакар 5 мм с манипулятором. Визуализирован червеобразный отросток, который располагается ретроцекально, рыхло припаян к куполу слепой кишки. Червеобразный отросток у плотный, с участками предперфорации, гиперемирован, с налетами фибрина. Тупым путем разделены спайки, поэтапно коагулирована брыжейка отростка, на основание наложены 3 клипсы 8 мм; отросток пересечен, туалет культи йодом. Червеобразный отросток удален из брюшной полости. Препарат длиною до б см, диаметр у верхушки до 1,5 см напряжен, грязно-серого цвета, с налетами фибрина. В малом тазу выпот гноевидный, удален электроотсосом около 50 мл. Под контролем оптики троакары удалены. На кожные раны швы. Ас. повязка.

Клинический диагноз и его обоснование

Диагноз выставлен на основании жалоб больного: на остро возникшие ноющие боли в животе, умеренной интенсивности, тошноту, трехкратную рвоту, повышение температуры тла до 38 С, жидкий стул 1 раз. Объективного обследования: ребенок вял, температура тела 37,9 С; живот болезненный при пальпации в эпигастральной и правой подвздошной областей. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

По лабораторным исследованиям: выраженный лейкоцитоз,ускорение СОЭ, что свидетельствует о наличии воспалительного процесса. А так же в ходе операции был выявлен гангренозно измененный червеобразный отросток.

Клинический диагноз: Острый гангренозный аппендицит. Тазовый гнойный перитонит.

Сопутствующий: нет

Осложнения: нет

Лечение

Назначения:

) Стол 1, режим 2

) Антибактериальная терапия

Rp: Amikacini 0.125.t.d. N10

S. Для внутримышечного введения 2 раза в день.

#.: Ceftazidimi 0.4.t.d. N10

S. Для внутримышечного введения 2 раза в день.

#

) Назначение анальгетиков для купирования болевого синдрома

Rp.: Sol. Analgini 50%-2ml.t.d. N 5in amp.

S. Вводить внутримышечно по 2 мл.

4) Rp.: Sol. Papaverini 2%-2ml.t.d. N 5in amp.

S. Вводить внутримышечно по 2 мл.

) Инфузионная терапия после операции:

. Глюкоза 5% 250,0; гепарин 150 ЕД

. Дисоль 200,0

. Глюкоза 5% 250,0; гепарин 200 ЕД

) Физиолечение: УВЧ 10-15 вт

Дневники:

02.09.2014

В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца ясные,ритмичные. АД 120/80 мм.рт.ст. Пульс 81 уд. в мин. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Температура тела 36,7. Живот мягкий, не вздут, болезненный в послеоперационной зоне. Физиологические отправления в норме. В области послеоперационного шва отека, гиперемии, инфильтрации тканей нет.

Инфузионная терапия отменена.

.09.2014

Состояние удовлетворительное. Жалобы прежние. По органам без особенностей. Язык влажный. Живот не вздут,симметричен, мягкий, умеренно болезненный в области п/о раны.

Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтические шумы кишечника выслушиваются. П/о шов без признаков воспаления. Назначения: прежние, перевязки.

.09.2014

В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца ясные,ритмичные. АД 110/60 мм.рт.ст. Пульс 71 уд. в мин. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Температура тела 36,7. Живот мягкий, не вздут, болезненный в послеоперационной зоне. Физиологические отправления в норме.

.09.2014

В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца ясные,ритмичные. АД 120/70 мм.рт.ст. Пульс 73 уд. в мин. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Температура тела 36,8. Живот мягкий, не вздут, болезненный в послеоперационной зоне. Физиологические отправления в норме.

.09.2014

В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца ясные,ритмичные. АД 120/80 мм.рт.ст. Пульс 70 уд. в мин. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Температура тела 36,6. Живот мягкий, не вздут, болезненный в послеоперационной зоне. Физиологические отправления в норме.