ГБОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия МЗ СР РФ <https://www.google.ru/search?newwindow=1&client=firefox&hs=8iW&rls=ru.rambler:ru:official&q=%D1%80%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F+%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F+%D0%B0%D0%BA%D0%B0%D0%B4%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F+%D0%9C%D0%97+%D0%A1%D0%A0+%D0%A0%D0%A4&spell=1&sa=X&ei=3lR-UpyoG6WM4gSPjICgBA&ved=0CCkQvwUoAA&biw=1680&bih=864&dpr=1>

Кафедра детской хирургии

АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ф.И.О. и возраст больного:

Клинический диагноз: Острый гангренозный перферативный аппендицит, флегмонозный оментит

Основной диагноз: Острый гангренозный перферативный аппендицит

Осложнения основного диагноза: Флегмонозный оментит. Тифлит.

Куратор: ++++А.Г.

группы

лечебного факультета

Дата сдачи истории болезни: 18.11.2013

Тверь 2013

Паспортные данные

. Ф.И.О.: ++++

. Пол: мужской.

. Возраст: 13 лет.

. Место жительства:

. Место учебы: СОШ 31.

. Дата поступления: 05.11.13 14:20

. Кем направлен: ГДБ № 3 полк № 1

. Доставлен в стационар по экстренным показаниям

. DS направившего учреждения: острый аппендицит

. DS при поступлении: острый аппендицит

. DS клинический: острый гангренозный перферативный аппендицит, флегмонозный оментит

Главные жалобы больного

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

Больной предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области - продолжительные, не связанные с приемом пищи и актом дыхания. Болям сопутствовали тошнота, рвота, сухость во рту.

ЖАЛОБЫ НА МОМЕНТ КУРАЦИИ

Наличие болезненности в области послеоперационного шва.morbi

Считает себя больным с 5.00 утра, когда появились боли в эпигастральной области, тошнота, рвота, бледность, озноб. Далее боли сместились в правую подвздошную область.

Родился в 2000 году в г.Твери в семье рабочих .Находился на естественном вскармливании до 1 года . В семье является первым ребенком. Развитие в детском и юношеском возрасте протекало без отклонений. В школу пошел с 6 лет. В учебе от сверстников не отстает.

Жилищные условия хорошие. Питание регулярное, достаточное, разнообразное.

Половое созревание с 12 лет.

Перенесенные заболевания: грипп, ОРВИ, ангина.

Венерические заболевания отрицает.

Наличие злокачественных образований, сахарного диабета, туберкулеза, психических заболеваний у родственников отрицает.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение вынужденное, на правом боку, ноги приведены к передней брюшной стенке.

Телосложение правильное, нормостеническое.

Рост - 185.

Вес - 70.

Температура тела - 37,8

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пигментация, сыпь, расчесы, кровоизлияния отсутствуют. В правой подвздошной области имеется рубец после перенесенной операции. Видимой костно-мышечной патологии нет. Влажность и эластичность кожи обычная. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Ногти розовые, овальной формы.

Периферические лимфоузлы не увеличены.

Развитие мышечной ткани в пределах возрастной нормы, сила и тонус нормальные, сокращения координированы; уплотнения, гипертрофия, атрофия отсутствуют.

При исследовании костно-суставной системы деформации, болезненности при пальпации не выявлено. Болей самостоятельных и при движении не отмечается, припухлостей, узловатостей нет. Движения в полном объеме, свободные. Вывихи, подвывихи, кровоизлияния, свищи отсутствуют.

При пальпации суставы безболезненны; хруст, флуктуация не выявлены.

Со стороны дыхательной системы патологии не выявлено. ЧДД 26 в минуту.

Со стороны сердечно-сосудистой системы патологии не выявлено. Пульс 108 уд/мин.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Аппетит сохранен. Усиления, извращения вкуса нет. Отвращения к пище нет. Сухость во рту отсутствует. Слюнотечения нет. Выпивает до 3-х л жидкости в сутки. Пищу пережевывает хорошо. Глотание, прохождение пищи по пищеводу свободное. Отрыжка не беспокоит. Изжоги, метеоризма, тяжести в животе нет, тошнота и рвота отсутствуют. Бывает урчание в животе, отхождение газов свободное, дефекация ежедневно, опорожнение кишечника самостоятельное. Чувства неполного опорожнения кишечника, тенезмов, ложных позывов, поносов нет. Кал оформленный (колбасовидный, темного цвета, примеси слизи, крови отсутствуют, боли при дефекации не отмечаются).

Осмотр

При осмотре полости рта и губ трещины, заеды не выявлены. Слизи-стая оболочка губ, щек твердого и мягкого неба розового цвета без повреждений и высыпаний. Десны не кровоточат. Язык влажный. Трещины, язвы, припухлости языка отсутствуют. Симптома «лакированного языка» нет. Зев не гиперемирован, не отечен, слизистые влажные, налетов нет.

Миндалины не увеличены, розового цвета. Налеты, гнойные пробки, язвы отсутствуют. Слизистая гладкая, влажная; грануляции на задней стенке глотки отсутствуют. Запах изо рта отсутствует. Осмотр области заднего прохода не проводился в связи с отказом больного.

При осмотре живота вздутий, втяжений, западений, асимметрии не отмечено. Живот участвует в акте дыхания. Состояние пупка обычное. Окраска кожных покровов нормальная. Расширения подкожных вен, видимой на глаз перистальтики нет.

Пальпация

По данным ориентировочной поверхностной пальпации живота тонус брюшных мышц обычен; брюшная стенка мягкая, податливая. Локальное напряжение и болезненность определяются в правой подвздошной области, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга, симптом Ровринга, Ситковского. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Состояние пупка, мышц, белой линии живота без патологических изменений.

Перкуссия

Наличие свободной жидкости не выявлено. При аускультации наблюдается перистальтика. Шум трения брюшины и шум Крювелье-Баумгартена в области пупочного кольца отсутствуют.

При глубокой топографической методической скользящей пальпации по Образцову-Стражеско:

сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого плотного безболезненного не урчащего цилиндра толщиной 3 см; подвижна - 3 см;

нисходящая кишка пальпируется в конечной части поперечно-ободочной кишки, переходящей в сигмовидную в виде гладкого плотного безболезненного при пальпации цилиндра;

слепая кишка не пальпировалась в связи с болезненностью в правой подвздошной области;

восходящая кишка пальпируется в начальном отделе толстой кишки в виде гладкого безболезненного при пальпации цилиндра;

поперечно-ободочная кишка пальпируется на 3 см книзу от нижней границы желудка в виде расположенного дугообразно и поперечно цилиндра умеренной плотности, толщиной 2,5 см, легко смещающегося вверх и вниз; безболезненная, не урчащая;

терминальный отрезок подвздошной кишки не пальпировался в связи с болезненностью правой подвздошной области;

аппендикс удален.

ЖЕЛУДОК

Видимого увеличения нет. Располагается выше пупка на 3 см по данным перкуссии, сукуссии, аускультоперкуссии, аускультофрикции. При глубокой пальпации определяется в виде валика. Дупликатура желудка гладкая, подвижная, безболезненная. Урчания нет.

Перкуторно:

Верхняя граница абсолютной тупости по срединно-ключичной линии находится на нижнем крае 6 ребра. Нижняя граница печеночной тупости располагается по нижнему краю левой реберной дуги 8 ребра по передней срединной линии. Нижняя границы находится между верхней и средней третью расстояния между мечевидным отростком и пупком.

Размеры печени по Курлову:

по срединно-ключичной линии 9 см;

по передней срединной - 8 см;

по левой реберной дуге - 7 см.

При пальпации нижний край печени находится у края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии. Край мягкий, острый, слегка закругленный, ровный, безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется, болезненность не отмечается, зоны кожной гиперестезии отсутствуют. Симптомы Кера, Ортнера, Мерфи, Лепене отрицательны.

Поджелудочная железа не пальпируется. Опухоли, зоны кожной гиперестезии, симптом Мейо-Робсона не выявлены.

Селезенка не пальпируется как в положении лежа на спине, так и в положе-нии на правом боку. Жалобы на боли в левом подреберье отсутствуют. Перкуторно размеры длинника - 6 см. поперечника - 4 см.

Пальцевое исследование прямой кишки не проводилось в связи с отказом больного.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Частота до 5 раз. Цвет соломенно-желтый. Моча прозрачная, примесей нет. Боли в области почек не отмечает. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Щитовидная железа не увеличена, свободно смещается при глотании, безболезненная, однородная, узловатых образований нет. Оволосениеравномерное по мужскому типу.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ

Нервная система без видимых нарушений. В двигательной и чувствительной сферах отклонений нет. Слух, обоняние, вкус не изменены. Сознание ясное. Лицо спокойное. Зрачки симметричны. Реакция зрачков на свет содружественная. Форма зрачков округлая. Движения глазных яблок не изменены. Сосуды глазного дна без патологии. Симптомов поражения ЧМН не отмечается. Параличи, парезы отсутствуют. Психических отклонений нет. Менингиальные симптомы отрицательны.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб больного (боли в верхней половине живота, переместившиеся в правую подвздошную область - симптом Кохера, тошнота, субфебрильная температура) и данных объективного исследования (язык обложен белым налетом, положительные симптомы раздражения брюшины - симптом Щеткина-Блюмберга, Раздольского, Воскресенского, симптом Ситковского (боль усиливается при положении больного на левом боку), симптом Бартолье-Михельсона, симптом Образцова (усиление боли при поднятии выпрямленной правой ноги) субфебрильная температура , можно поставить диагноз: острый аппендицит.

План обследования больного

)Общий анализ крови (для выявления острофазовых показателей, характерно увеличение СОЭ, нейтрофильный сдвиг в лейкоцитарной формуле)

)Биохимический анализ крови

3) Общий анализ мочи.

). Кровь на RW

). Определение группы крови по системе АВ0 и Rh.

). УЗИ внутренних органов

Данные анализов и специальных исследований

.Биохимический анализ крови 05.11.13

К - 4,4 ммоль/л (норма)

Na - 134 ммоль/л (снижен)

Ca - 1,11 ммоль/л (норма)

Cl - 90,2 ммоль/л (снижен)

Глюкоза венозная - 7,3 ммоль/л (повышен)

Билирубин общий - 28,9 мкмоль/л (повышен)

Билирубин прямой - 6,0 мкмоль/л (повышен)

АСТ - 32,0 ед/л (норма)

АЛТ - 30,0 ед/л (повышено)

Белок - 67,7 ед/л (норма)

Мочевина - 4,5 ммоль/л (норма)

Креатинин - 71,6 мкмоль/л (норма)

Заключение:Снижение Na возможно в результате недостаточного поступления, под воздействием лекарственных препаратов, Cl может быть снижен из-за избыточного потоотделения,рвоты ,повышение глюкозы может быть связано с физиологической гипергликемией (сильные эмоции, стресс) или сахарным диабетом (нужны дополнительные исследования). Повышение билирубина( токсическое поражение клеток печени?)

.Клинический анализ крови 05.11.2013 г.

Эритроциты - 5,49 х 1012/л (повышено)

Гемоглобин- 161 г/л (норма)

ЦП- 0.9 (норма)

Тромбоциты- 345 х 1012/л (норма)

Лейкоциты - 35,6 х 109/л (повышено)

Сегментоядерные - 73% (повышено)

Палочкоядерные - 12% (повышено)

Лимфоциты -9%( понижено)

Моноциты - 6% (норма)

СОЭ - 13 мм/ч (повышено)

Заключение: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево(воспалительный процесс, интоксикация), увеличение СОЭ(воспалительный процесс, интоксикация). Повышение эритроцитов вследствие сгущения крови - обезвоживание.

.Общий анализ мочи 05.11.13

Цвет - оранжевый

Прозрачность - муть

Удельный вес - 1025

Реакция - кислая

Белок - 0,33( в пределах нормы)

Сахар - 0,05(в пределах нормы)

Ацетон +

Эпителий - плоский 3-5 в поле зрения

Лейкоциты - 4-6 в поле зрения( повышено)

Эритроциты -10(повышено)

Слизь ++++

Заключение: повышение интенсивности окраски мочи может быть в следствии потерь жидкостей организмом, в данном случае рвота. Помутнение мочи в результате наличия в моче эритроцитов, лейкоцитов, эпителия.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальная диагностика острого аппендицита должна проводиться с пятью группами заболеваний: с заболеваниями органов брюшной полости, органов забрюшинного пространства, с заболеваниями органов грудной клетки, с инфекционными заболеваниями, с болезнями сосудов и крови.

При перфоративной язве желудка или двенадцатиперстной кишки боли появляются внезапно носят резкий чрезвычайно интенсивный характер, локализуются в эпигастральной области, также наблюдается доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки. А у нашего больного боли также появились внезапно, но носили менее интенсивный и резкий характер, доскообразного напряжения мышц передней брюшной стенки также не наблюдалась. При пальпации болезненность возникала только в правой подвздошной области в отличие от перфоративной язвы при которой резкая болезненность возникает в эпигастральной области и правом подреберье. Перкуторно при перфоративной язве определяется свободный газ в брюшной полости, перкуссия нашего больного с острым аппендицитом такого симптома не определила. Рентгенологически также можно при перфоративной язве определить свободный газ в брюшной полости. Отличие заключается также и в том, что в первые часы после перфорации ( до развития перитонита ) температура тела больных остаётся нормальной, так как в нашем случае имело место повышение температуры. При перфоративной язве симптом Щёткина Блюмберга хорошо определяется на обширном участке эпигастральной области и правого подреберья, а в нашем случае этот симптом имел ограниченную локализацию в правой подвздошной области.

Острый холецистит отличается локализацией болей в правом подреберье с характерной иррадиацией в правое плечо, надплечье лопатку, многократной рвотой желчью, не приносящей облегчения, чего у данного больного не было. Боли чаще возникают после погрешностей в диете, а данный больной ел абсолютно всё. При пальпации живота болезненность напряжение мышц и симптом Щёткина-Блюмберга определяется в правом подреберье, тогда как аналогичные симптомы у данного больного оределяются в правой подвздошной области. Так же часто пальпируется увеличенный, напряжённый желчный пузырь, а у нашего больного желчный пузырь не пальпировался. Температура тела у больных при остром аппендеците обычно выше, чем при аппендеците (у больного самая высокая была 37,2оС).

Острый панкреатит отличие в том, что при остром панкреатите рвота, как правило, многократная, боли локализуютмся в эпигастральной области, очень интенсивные, при пальпации здесь же определяется резкая болезненность, выраженное защитное напряжение мышц живота, температура нормальная, некоторое вздутие живота в результате пареза кишечника. Все вышеперечисленные симптомы отличаются от клинической картины у данного больного. При панкреатите болезненность при надавливании в левом рёберно-позвоночном углу, чего у данного больного не наблюдалось. Патогномонично для острого панкреатита повышение в крови и моче уровня диастазы, чего нет у данного больного.

Болезнь Крона и воспаление дивертикула Меккеля дают сходную клиническую картину, поэтому дифференциальный диагноз до операции труден. Если во время операции изменения в червеобразном отростке не соответствуют выраженности клинической картины заболевания, следует осмотреть участок подвздошной кишки на протяжении 1 м, чтобы не пропустить болезнь Крона или воспаление дивертикула Меккеля.

Острая кишечная непроходимость дифференцировать нужно в тех случаях, когда причина инвагинация тонкой кишки в слепую, что часто наблюдается у детей. Характерны схваткообразные боли, ноно нет напряжения мышц живота, и симптомы раздражения брюшины выражены слабо. При пальпации определяют малоболезненное подвижное образование инвагинат. Отчётливые симптомы кишечной непроходимости вздутие живота, задержка отхождения стула и газов, при перкуссии живота определяют тимпанит. Часто в прямой кишке выявляют слизь с кровью.

Плеврит и правосторонняя пневмония, так как иногда сопровождаются болями в животе и напряжением мышц брюшной стенки. Нужно внимательно осмотреть больного, провести физикальное обследование лёгких, всё это позволяет избежать диагностических ошибок. При плевропневмонии кашель, одышка, цианоз губ, в лёгких хрипы, иногда шум трения плевры

Острый гастроэнтерит и дизентерия отличаются более интенсивные схваткообразные боли, многократная рвота пищей, понос, чего у данного больного не было. Так же ещё больные указывают на приём недоброкачественной пищи. При пальпации не удаётся точно определить место наибольшей болезненности, нет напряжения мышц брюшной стенки и симптомов раздражения брюшины, что противоречит результатам пальпации у данного больного. При гастроэнтерите и дизентерии в анализе крови нормальное количество лейкоцитов.

Клинический диагноз и обоснование основного диагноза

Клинический диагноз: острый аппендицит

Данный диагноз поставлен на основании:

) жалоб больного:на боли в правой подвздошной области - продолжительные, не связанные с приемом пищи и актом дыхания. Болям сопутствовали тошнота, рвота, сухость во рту.

) на основании анамнеза заболевания: Считает себя больным с 5.00 утра, когда появились боли в эпигастральной области, тошнота, рвота, бледность, озноб. Далее боли сместились в правую подвздошную область.

)на основании данных объективного исследования: язык обложен белым налетом, положительные симптомы раздражения брюшины - симптом Щеткина-Блюмберга, Раздольского, Воскресенского, симптом Ситковского (боль усиливается при положении больного на левом боку), симптом Бартолье-Михельсона, симптом Образцова (усиление боли при поднятии выпрямленной правой ноги), субфебрильная температура,

)на основании данных лабораторных исследований: лейкоцитоз, сдвиг формулы влево,.

Этиология и патогенез заболевания

Этиология. Острый аппендицит - воспаление червеобразного отростка слепой кишки, обусловленное внедрением в его стенку патогенной микробной флоры. Основным путем инфицирования стенки отростка является энтерогенный. Гематогенный и лимфогенный варианты инфицирования встречаются чрезвычайно редко и не играют решающей роли в патогенезе заболевания.

Непосредственной причиной воспаления являются разнообразные микроорганизмы (бактерии, вирусы, простейшие), находящиеся в отростке. Среди бактерий чаще всего (90%) обнаруживают анаэробную неспорообразуюшую флору (бактероиды и анаэробные кокки). Аэробная флора встречается реже (6-8%) и представлена прежде всего кишечной палочкой, клебсиеллой, энтерококками и др. (цифры отражают соотношение содержания анаэробов и аэробов в химусе толстой кишки).

У ВИЧ-инфицированных больных на фоне выраженного иммунодефицита острый аппендицит может быть обусловлен цитомегаловирусом, микобактерией туберкулеза, а также Entamoebahystolytica.

В обычных условиях, благодаря барьерной функции слизистой оболочки отростка, микроорганизмы не могут проникнуть в его толщу. Повреждение этого барьера возможно при значительном повышении вирулентности микробной флоры, а также при ослаблении местных защитных механизмов вследствие нарушения оттока химуса из отростка, растяжения его стенок, ухудшения кровообращения и снижения местной иммунологической защиты.

К факторам риска острого аппендицита относят дефицит пищевых волокон в стандартной диете, способствующей образованию плотных кусочков содержимого химуса - феколитов (каловых камней).

Патогенез. В основе патогенеза острого аппендицита чаще всего (у 60% больных) лежит окклюзия просвета отростка, причиной которой, как правило, являются гиперплазия лимфоидных фолликулов (у молодых пациентов), феколиты (у 20-35%), фиброзные тяжи, стриктуры (у лиц старше 40-50 лет), реже - инородные тела, паразиты, опухоли. У ВИЧ-инфицированных блокаду просвета отростка могут вызвать саркома Капоши и лимфомы (ходжкинская и неходжкинская).

Продолжающаяся в этих условиях секреция слизи приводит к тому, что в ограниченном объеме полости отростка (0,1-0,2 мл) развивается и резко возрастает внутриполостное давление. Увеличение давления в полости аппендикса вследствие растяжения ее секретом, экссудатом и газом приводит к нарушению сначала венозного, а затем и артериального кровотока.

При нарастающей ишемии стенки отростка создаются условия для бурного размножения микроорганизмов. Выработка ими экзо- и эндотоксинов приводит к повреждению барьерной функции эпителия и сопровождается локальным изъязвлением слизистой оболочки (первичный аффект Ашоффа). В ответ на бактериальную агрессию макрофаги, лейкоциты, лимфоциты и другие иммунокомпетентные клетки начинают выделять одновременно противовоспалительные и антивоспалительныеинтерлейки-ны, фактор активации тромбоцитов, адгезивные молекулы и другие медиаторы воспаления, которые при взаимодействии друг с другом и с клетками эпителия в состоянии ограничить развитие воспаления, не допустить генерализацию процесса, появление системной реакции организма на воспаление.

Избыточное образование и выделение противовоспалительных интер-лейкинов (IL-1, IL-6, TNF - фактор некроза опухоли, PAF - фактор активации тромбоцитов и др.) способствуют дальнейшему распространению деструктивных изменений в стенке органа. При некрозе мышечного слоя, особенно при наличии феколитов в аппендиксе, у 50% больных происходит перфорация отростка, развиваются перитонит или периаппендикулярный абсцесс.

Неокклюзионные формы острого аппендицита можно объяснить первичной ишемией отростка в результате развития несоответствия между потребностью органа в артериальном кровотоке и возможностью его обеспечения при стенозе питающих сосудов, их тромбозе в бассейне артерии червеобразного отростка - артерии функционально конечного типа. Тромбоз сосудов брыжейки отростка приводит к развитию первичной гангрены.

Кроме того, патогенез острого аппендицита связывают с аллергическими реакциями в отростке немедленного и замедленного типа. Местные проявления реакций (ангиоспазм и деструкция стенки отростка) ослабляют защитный барьер слизистой оболочки и позволяют кишечной флоре проникать в ткани и распространяться по лимфатическим сосудам. В ответ на микробную инвазию развивается отек слизистой оболочки, нарастает окклюзия отростка, возникает тромбоз сосудов микроциркуляторного русла и на фоне ишемии стенки аппендикса возникают гнойно-некротические изменения.

После того как воспаление захватывает всю толшину стенки органа и достигает его серозной оболочки, в патологический процесс начинают вовлекаться париетальная брюшина и окружающие органы. Это приводит к появлению серозного выпота, который по мере прогрессирования заболевания становится гнойным.

В этой фазе воспаления местная защитная воспалительная реакция приобретает тенденцию переходить в синдром реакции организма на воспаление (SIRS) с нарушением регуляции иммунной системы. При отграничении гнойного экссудата прилежащими отечными органами (большой сальник, петли кишечника) формируется аппендикулярный абсцесс. При постепенном, нарастающем распространении воспаления по брюшине без тенденции к отграничению воспаленного отростка развивается диффузный перитонит.

Преобладание защитных реакций со стороны образований, участвующих в отграничении воспалительного процесса в брюшной полости, выпадение фибрина из экссудата приводят к формированию аппендикулярного инфильтрата - конгломерата спаянных между собой органов и тканей, располагающихся вокруг воспаленного червеобразного отростка. С течением времени инфильтрат может рассосаться или превратиться в абсцесс.

При гангрене червеобразного отростка некротический процесс переходит на его брыжейку. Восходящий септический тромбофлебит, локализующийся сначала в венах брыжейки, а затем распространяющийся на вены илеоцекальной области, верхнюю брыжеечную, воротную, печеночные вены с ретроградным вовлечением селезеночной вены, называется пилефлебитом. Это самое редкое (0,05%) и одно из самых тяжелых осложнений острого аппендицита.

Лечение

Хирургическое лечение

) операция - аппендэктомия.

.11.2013

Предоперационнный эпикриз:

Больной +++. 13 лет, поступил в ДОКБ с признаками острого аппендицита. Показана операция - аппендэктомия. Согласие получено. Наркоз внутривенно.

Премедикация:

Реланиум 0,5%-4,0

Атропин 0,1%-0,7

Супрастин 2%-1,0

Кетамин 5% - 300 мг

Ондансетрон <http://www.google.ru/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.rlsnet.ru%2Fmnn\_index\_id\_1662.htm&ei=07GHUpH0K-XI4ATB9YGYCg&usg=AFQjCNF\_sxZAdS0s6Geie28mHlxkDkxdow&sig2=dQEpcV-cxrronKBgEAhD8g&bvm=bv.56643336,d.bGE>-2,0

Операция - Аппендэктомия.

Под общей анестезией в правой подвздошной области разрезом Волковича- Дъяконова послойно вскрыта брюшная полость. В рану выведен купол слепой кишки с червеобразным отростком, который расположен ретроцекально, при выведении выявлено перфорационное отверстие на ¾ диаметра. Отросток тёмного цвета, размерами 7,0 см на 2,0 см(в области верхушки),отечен, напряжён. Сальник тёмного цвета, покрыт фибрином - резецирован в пределах здоровой ткани. Купол слепой кишки отёчен, инфильтрирован. Отросток мобилизован, у основания пережат, перевязан пересечён. Культя его погружена узловатым швом. Брыжейка отростка прошита, перевязана. Контроль гемостаза - сухо.

В малом тазу выпот есть, удален, взят на посев. Послойные швы на рану, асептическая повязка.

Диагноз: Острый гангренозно-перфоративный аппендицит. Флегмонозный оментит. Тифлит.

После операции:

Инфузионная терапия в объёме 1600 мл.

Цефтазидим 1,5 г в/м 3 раза в день

Анальгин 50%-2,0 в/м 3 раза в день

Димедрол 1%- 1,0 в/м 2 раза в день

Ампицилин по 0,5 г 2 раза в день в/м в течение 5 дней.

Децинон 1,0 в/м 3 раз в день.

Vit C 5%-3,0 в/м 3 раза в день.

Vit B1, В6 1,0 в/м

Холод на рану на 6 часов.

Швы снимают на 6-7-й день.

Немедикаментозная терапия:

) Режим - разрешается садиться в постели на 2-й день и на 3-4 й день вставать при отсутствии осложнений.

) Диета - в течение первых двух дней после операции назначают бульон, жидкую кашу, яйцо всмятку, чай, кисель, на 3-4 день добавляют протертые супы, сливочное масло и белые сухари, а на 5-й день - паровые котлеты, творог, простоквашу. В последующем больные получают общий стол.

Медикаментозная терапия:

) Инфузионная терапия.

Пентоксифиллин - средство, улучшающее микроциркуляцию, ангиопротектор. Тормозит агрегацию тромбоцитов и эритроцитов, повышает их эластичность, снижает уровень фибриногена в плазме и усиливает фибринолиз, снижая вязкость крови и улучшая ее реологические свойства. Оказывает слабое миотропное сосудорасширяющее действие, несколько уменьшает общее периферическое сопротивление сосудов и оказывает умеренное положительное инотропное действие.

NaCl 0,9% - плазмозамещающее, дезинтоксикационное, гидратирующее, нормализующее кислотно-щелочное состояние.

Rp.Sol. NaCl 0,9% - 400ml. Pentoxifyllini 2% - 3 ml.S. в/в капельно

Стабизол - 6% раствор гидрооксиэтилкрахмала в физиологическом растворе. Стабизол - плазмозамещающий коллоидный раствор. Изоонкотический/слабый гипертонический раствор, способствующий повышению сниженного коллоидно-осмотического и центрального венозного давления. Стабизол создает продолжительный эффект сохранения объема, а также оказывает положительное действие на реологические свойства крови.

Rp. Sol. Stabizoli 6% - 400,0 ml в/в капельно

Дисоль - комбинированный солевой раствор для регидратации и дезинтоксикации. Восстанавливает водно-электролитный баланс и КОС в организме при обезвоживании. Препятствует развитию метаболического ацидоза, увеличивает диурез. Оказывает плазмозамещающее, дезинтоксикационное, регидратирующее действие.

Эуфиллин - расслабляет мышцы бронхов, понижает сопротивление кровеносных сосудов, расширяет коронарные (сердечные) сосуды, понижает давление в системе легочной артерии, увеличивает почечный кровоток, оказывает диуретическое (мочегонное) действие, связанное преимущественно с понижением канальциевой реабсорбции (обратного всасывания воды в почечных канальцах), вызывает увеличение выведения с мочой воды и электролитов, особенно ионов натрия и хлора. Препарат сильно тормозит агрегацию (склеивание) тромбоцитов.

Rp. Sol.”Disoli” 400 ml

Sol.Euphyllini 2,4% - 5 ml

D.S. в/в капельно

Глюкоза - растворы сахаров являются главным источником свободной (безэлектролитной) воды, в связи с чем их применяют для поддерживающей гидратационной терапии и для коррекции дефицита свободной воды.

Гепарин - антикоагулянт (средство, тормозящее свертывание крови) прямого действия.

Гепарин является естественным противосвертываюшим фактором.

Rp. Sol. Glucosae 5% 400,0 ml

Sol. Heparini 400 ED

D.S. в/в капельно

) Анальгетики

Анальгин обладает весьма выраженными анальгезируюшим (обезболивающим), противовоспалительным и жаропонижающим свойствами.. Analgini 50%-1,0

D.S. в/м 1 раз в день

) Блокаторы гистаминовых H1-рецепторов

Супрастин - блокатор гистаминовых H1-рецепторов. Предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций

Rp.: Suprastini 1,0.S. По 1 таб. 1 раз в день

) Антикоагулянтная терапия

Дицинон- гемостатический препарат. Кровоостанавливающее действие основано на усилении первой ступени механизма гемостаза, защищает эндотелий. Повышает адгезию тромбоцитов, стабилизирует стенки капилляров, снижая, таким образом, их проницаемость, тормозит синтез тех простагландинов, которые вызывают дезагрегацию тромбоцитов, вазодилатацию и увеличение проницаемости капилляров. Это приводит к сокращению времени кровотечения и уменьшению кровопотери

Sol. Dicinoni 12,5% - 2,0

D.S. в/в 1 раз в день

) Антибактериальная терапия

Цефтазадин - цефалоспориновый антибиотик <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B5%D1%84%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D1%81%D0%BF%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%BD%D1%8B> III поколения. Действует бактерицидно. Обладает широким спектром антимикробного действия.

Rp.: Sol. Ceftazidini 1,5

D.S. в/в 1 раз в день

Амикацин - сильный полусинтетический бактерицидный антибиотик <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D1%82%D0%B8%D0%BA> группы аминогликозидов <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%BB%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B7%D0%B8%D0%B4%D1%8B>, широкого спектра действия, действует бактериостатически. Блокирует синтез белка, а также разрушает цитоплазматические мембраны бактерий <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B8>. Высокоактивен в отношении аэробных грамотрицательных микроорганизмов и некоторых грамположительных микроорганизмов.

Rp.: Amikacini sulfatis 0,5

D.S. в/м 1 раз в день

Метрогил - является эффективным антипротозойным и антибактериальным средством широкого спектра действия. Применяется для профилактики и лечении анаэробных инфекций при хирургических вмешательствах

Rp.: Sol. Metrogili 0,5% - 50 ml

D.S. в/в 1 раз в день

) Витаминотерапия

Rp.: Vit C 5%-3,0

D.S. в/м 3 раза в день.

Rp.: Vit B1, В6 aa 1,0.S. в/м 1 раз в день

Прогноз

В отношении жизни и здоровья - прогноз благоприятный.

Профилактика болезни, рецидивов и возможных осложнений

острый гангренозный перферативный аппендицит

Меры профилактики, в первую очередь, должны быть направлены на недопущение попадания инфекции в организм и профилактику заболеваний желудочно-кишечного тракта, запоров. Для этого нужно соблюдать гигиену, рационально питаться: употреблять в достаточном количестве овощи, фрукты, молочные продукты. Следует избегать переедания. Избегать тяжелых физических нагрузок в течение 3-4 месяцев.

Дневник

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание дневника | Назначения |
| 08.11. 2013г. | 3-й день после операции. Состояние средней тяжести, температура тела нормальная. Жалобы на боли в области операционной раны. Кожные покровы обычной окраски, эластичные, умеренно влажные.. Слизистые розовые, влажные, чистые. АД- 100/60 мм.рт.ст.,пульс 72 уд/мин, хорошего наполнения и напряжения, ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перистальтика выслушивается, равномерная. Стул полуоформленный. Газы отходят. Послеоперационный шов чистый | Стол 16,режим палатный Инфузионная терапия в объеме 2000 мл. Назначено УЗИ органов брюшной полости на 09.11.2013 Лечение продолжать |
| 09.11. 2013г. | 4-й день после операции. Состояние средней тяжести, температура тела нормальная. Жалобы на боли в области операционной раны. Кожные покровы обычной окраски, эластичные, умеренно влажные.. Слизистые розовые, влажные, чистые. АД- 100/60 мм.рт.ст.,пульс 72 уд/мин, хорошего наполнения и напряжения, ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перистальтика выслушивается, равномерная. Стул полуоформленный. Газы отходят. Послеоперационный шов чистый Заключение УЗИ: признаки кишечной непроходимости. | Стол 16,режим палатный Инфузионная терапия в объеме 1900 мл. Лечение продолжать |
| 11.11. 2013 | Состояние относительно удовлетворительное, температура тела нормальная. Кожные покровы обычной окраски, эластичные, умеренно влажные. Слизистые розовые, влажные, чистые. АД- 110/70 мм.рт.ст.,пульс 75 уд/мин, хорошего наполнения и напряжения, ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перистальтика выслушивается, равномерная. Стул полуоформленный. Газы отходят. Послеоперационный шов чистый. | Стол 16,режим палатный Инфузионная терапия в объеме 1900 мл. Лечение продолжать |

Эпикриз

+++++, 13 лет поступил 05.11.13 г. с жалобами на боли в правой подвздошной области - продолжительные, не связанные с приемом пищи и актом дыхания. Болям сопутствовали тошнота, рвота, сухость во рту. Заболел с 5.00 утра, когда появились боли в эпигастральной области, тошнота, рвота, бледность, озноб. Далее боли сместились в правую подвздошную область.На основании объективного обследования (Общее состояние удовлетворительное, положение вынужденное, на правом боку, ноги приведены к передней брюшной стенке, сознание ясное. Температура тела - 37,80 С, язык обложен белым налетом, положительные симптомы раздражения брюшины - симптом Щеткина-Блюмберга, Раздольского, Воскресенского, симптом Ситковского (боль усиливается при положении больного на левом боку), симптом Бартолье-Михельсона, симптом Образцова (усиление боли при поднятии выпрямленной правой ноги).Данных лабораторных исследований( лейкоцитоз, сдвиг формулы влево) был выставлен диагноз: Острый аппендицит. Выполнена аппендэктомия, резекция участка большого сальника 05.11.13. Получала следующее лечение: Стол16,режим палатный

Rp.Sol. NaCl 0,9% - 400ml +Sol. Pentoxifyllini 2% - 3 ml в/в капельно; Rp. Sol. Stabizoli 6% - 400,0 ml в/в капельно; Rp. Sol.”Disoli” 400 ml +Sol.Euphyllini 2,4% - 5 ml в/в капельно;Rp. Sol. Glucosae 5% 400,0 ml +Sol. Heparini 400 ED в/в капельно;Rp. Sol. Analgini 50%-1,0 в/м 1 раз в день;Rp.: Suprastini 1,0 По 1 таб. 1 раз в день;Sol. Dicinoni 12,5% - 2,0 в/в 1 раз в день; Rp.: Sol. Ceftazidini 1,5 в/в 1 раз в день;Rp.: Amikacini sulfatis 0,5 в/м 1 раз в день;Rp.: Sol. Metrogili 0,5% - 50 mlв/в 1 раз в день;Rp.: Vit C 5%-3,0 в/м 3 раза в день; Rp.: Vit B1, В6 aa 1,0 в/м 1 раз в день

В результате лечения состояние больного улучшалось. Продолжает лечение.

## Список использованной литературы

1. М.И. Кузин, О.С. Шкроб, М.А.Чистова Хирургические болезни, Москва: Медицина, 1986 г.

. Машковский М.Д. Лекарственные средства, М: Медицина, 1993 г.

. Д.Ф. Скрипченко Неотложная хирургия брюшной полости, Киев, 1986 г.

. Ф Исаков, Э.А. Степанов Хирургические болезни у детей-2-е издание 1998-704

. Шмаков А. П. Практикум по детской хирургии, Витебск, издательство ВГМУ,2001-290с.