Смоленская Государственная Медицинская Академия

Кафедра детской хирургии

История болезни

Клинический диагноз: Спаечная болезнь брюшной полости

Куратор: студент 4 а гр.

курса, пед. ф-та Кужненков А.В.

Смоленск 2014г.

1. Паспортная часть

ФИО больного:

Возраст: 04.04. 1999г.

Дата поступления в стационар: 04.03.2014г.

Начало курации: 13.03.2014г.

Клинический диагноз:

Основной: спаечная болезнь брюшной полости

Операция: 19.12.13г. аппендэктомия, 17.01.13г. аппендикулярный инфильтрат

. Жалобы

На момент поступления: на боль в области послеоперационного рубца рубца, субфебрилитет, кашецеобразный стул.

. История развития данного заболевания (Anamnesis morbi)

Ребенок болен с 19.12.13, когда была выполнена операция по поводу деструктивного аппендицита в Сафоновской ЦРБ. 17.02.13 оперирован в Ярцевской ЦРБ по поводу аппендикулярного инфильтрата. Через неделю пояились признаки спаечного процесса. Поступил в ДХО 04.03.14г.

. История жизни (Anamnesis vitae)

. Семейный анамнез и наследственность: родился доношенным, вес при рождении 3200 г., вторым ребёнком в семье.

. Диетический анамнез и привычные интоксикации: находится на искусственном вскармливании. В настоящее время питание полноценное в количественном и качественном отношении.

. Перенесенные заболевания и операции: ОРВИ, отит, бронхит, на «Д» учете у кардиолога - Миокардиодистрофия.

. Аллергологический анамнез: не отягощен.

. Санитарно - эпидемиологический анамнез: проживает в местности благополучной в экологическом, радиационном и эпидемическом отношении, в благоустроенной сухой тёплой квартире. В последние месяцы прививки против инфекционных заболеваний не проводились.

. Физическое исследование (Status praesens objectives)

. Общий осмотр.

Общий вид больного: общее состояние средней тяжести, положение активное, сознание ясное, настроение ровное, спокойное. Конституционный тип телосложения нормостенический. Лицо обычное, кожные покровы бледно розовые, чистые, сухие, эластичность и тургор кожи в норме. Сыпи и других патологических образований на коже нет.

Подкожная жировая клетчатка выражена слабо, распределена равномерно по всему телу.

Видимые слизистые бледно-розового цвета, влажные, без патологических изменений.

Периферические лимфатические узлы доступные пальпации не увеличены, безболезненны.

Видимых отёков не выявлено.

Т - 36,9 С.

. Исследование по системам:) Сердечно - сосудистая система.

Осмотр: грудная клетка в области сердца без изменений. Патологических пульсаций в областях сердца, сосудов шеи и эпигастрии не определяется.

Пальпация: сердечный толчок не пальпируется, верхушечный толчок визуально не определяется, пальпируется в 5м межреберье на 1 см медиальнее срединноключичной линии.

Пульс - 80 уд/минуту, ритмичный, обычного наполнения и напряжения, равномерный, не ускорен.

Правая граница относительной тупости на 0.7 см кнаружи от правого края грудины. Верхняя граница относительной тупости на уровне II ребра. Левая граница относительной тупости - на 1.5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии.

Аускультация: тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет.

ЧДД - 21 в минуту.) Дыхательная система.

Осмотр: Дыхание через нос не затруднено. Проекция придаточных пазух носа безболезненна. Грудная клетка нормостенической формы, симметрична, обе половины её одинаково участвуют в акте дыхания. Над и подключичные ямки симметричны, сглажены. Лопатки расположены симметрично. Тип дыхания - смешанный. Дыхание средней глубины, ритмичное. Частота дыхания - 21 в минуту. Дополнительные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют.

Пальпация: грудная клетка безболезненна, эластична. Голосовое дрожание обычное, одинаково проводится в симметричных участках грудной клетки.

Таблица 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | правое лёгкое | левое лёгкое |
| l.parasternalis | верхний край VI ребра |  |
| l.medioclavicularis | нижний край VI ребра |  |
| l.axillaris med. | VIII ребро | VIII ребро |
| l.scapularis | X ребро | X ребро |
| l.paravertebralis | на уровне остистого отростка IX грудного позвонка | |

Аускультация: при аускультации легких в клиностатическом и ортостатическом положениях при спокойном и форсированном дыхании над симметричными участками дыхание жёсткое, проводится во все отделы. Дополнительных дыхательных шумов не выявлено.) Пищеварительная система.

Осмотр: слизистая ротовой полости, склер бледно-розовая. Участки гиперпигментации, гирсутизм, печеночные «стигматы» не выявлены. Язык влажный, чистый. Живот правильной конфигурации, симметричный, мягкий, болезненный. Участвует в акте дыхания равномерно, не вздут. Акт глотания не изменен. Грыжевые ворота в типичных местах не определяются.

Пальпация: при осмотре области желчного пузыря каких-либо изменений не обнаружено. Пальпация безболезненная. Поджелудочная железа, селезенка не пальпируется, что соответствует норме. Печень не пальпируется. Печёночная тупость сохранена.

Аускультация: перистальтика кишечника сохранена.) Мочеполовая система.

Осмотр: Кожные покровы физиологической окраски, одутловатости, отеков нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Дизурических расстройств нет. Поясничная область симметрична, без видимых деформаций. В области мочевого пузыря изменений брюшной стенки не выявлено.

Пальпация: почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеточниковые точки безболезненны. Мочеиспускание не учащенное.) Исследование костной системы:

Походка правильная. Голова округлой формы, симметричная, мозговой череп преобладает над лицевым. Прикус прямой, верхние резцы поражены кариесом. Грудная клетка цилиндрическая, симметричная, осанка правильная, физиологические изгибы позвоночника умеренно выражены. Правые и левые конечности одинаковой длинны, пропорциональны.) Нервно-психический статус.

Черепно-мозговые нервы: без особенностей.

Обоняние, вкус не изменены.

Органы зрения: глазные щели не изменены, косоглазие, двоение, нистагм отсутствуют, реакция зрачков на свет не изменена, острота зрения не снижена.

Активные и пассивные движения в полном объеме. Мышечные тонус в норме. Патологические рефлексы отсутствуют. Менингеальные симптомы не выявлены.) Эндокринная система.

Щитовидная железа визуально не определяется и не пальпируется.

. Status Localis

В правой подвздошной области определяется определяется рубец, втянутый в брюшную полость. При пальпации определяется болезненность в области послеоперационного рубца. Перитонеальные симптомы отрицательные.

. Данные анализов и специальных исследований

. Биохимический анализ крови (05.03.14г):

Общий билирубин 14мкмоль/л

АСТ 14ед/л

АЛТ 12ед/л

Глюкоза 5,3 ммоль/л

Креатинин 79,2мкмоль/л

Общий белок 73г/л

Мочевина 5,1ммоль/л

Амилаза 55ммоль/л

Заключение: норма.

. Данные ЭКГ (27.02.14г): ритм синусовый, 54 уд/мин- аритмия, вегетативно-обменные изменения.

. Эхокардиография (27.02.14г.). Заключение: функционально двухсторонний АХ с умеренной недостаточностью (+1,54), ПМК Iст., положительная ЭхоКГ динамика. Контроль в динамике.

. Исследование кала на яйцеглист (27.02.14г.): Я/г не обнаружено, соскоб на энтеробиоз отрицателен.

. Анализ на группу крови и резус-фактор( от 05.03.14 г ): Заключение: B (III). Rh « отрицательный»

. Общий анализ мочи: от 01.03.14 г.

Цвет: соломенно-жёлтый;

Прозрачность: прозрачная;

Белок: “ 0,100 г/л “; реакция: кислая;

Сахар: “ - “; удельный вес: 1,015;

Эпителий: отсутствует;

Лейкоциты: 1-2 в п.зр.

Эритроциты: 0 -1 в п.зр.

Слизь: “ - “; ураты: “ - “; оксалаты: “ - “.

Заключение: показатели в пределах нормы.

. Обоснование диагноза

Данный диагноз поставлен на основании:

· Жалоб на момент поступления: на боль в области послеоперационного рубца рубца, субфебрилитет, кашицеобразный стул.

· На основе анамнеза заболевания: ребенок болен с 19.12.13, когда была выполнена операция по поводу деструктивного аппендицита в Сафоновской ЦРБ. 17.02.13 оперирован в Ярцевской ЦРБ по поводу аппендикулярного инфильтрата. Через неделю появились признаки спаечного процесса. Поступил в ДХО 04.03.14г.

· Данных Status Localis при поступлении: в правой подвздошной области определяется определяется рубец, втянутый в брюшную полость. При пальпации определяется болезненность в области послеоперационного рубца. Перитонеальные симптомы отрицательные.

· Результатов операции: описание хода операции ниже.

. Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз нужно проводить с ущемленной грыжей, острым панкреатитом, острым холециститом, перфорацией язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, перфорацией кишечника.

Для ущемленной грыжи характерно наличие грыжевого выпячивания; напряжение и боль в области грыжевого выпячивания.

Острому холециститу характерна боль в правом подреберье; усиление боли при дыхании; повышение температуры тела.

Для острого панкреатита характерна интенсивная боль опоясывающего характера в эпигастральной области; неукротимая рвота; повышение диастаза мочи.

Перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки характерна сильная кинжальная боль в животе; вынужденное положение больного в постели на спине; усиление боли при малейшем движении; доскообразный живот при пальпации; свободный газ в брюшной полости при рентгеноскопии брюшной полости

. Лечение, проводимое в клинике

Данному больному была выполнена операция лапараскопическая аппендэктомия (11.03.14г.).

Ход операции: Наркоз. Обработка операционного поля трижды. Типичным доступом положен карбоксиперетонеум. Визуализирован терминальный отдел подвздошной кишки, илеоцекальный угол, купол слепой кишки. Найдены единичные спайки, деформирующие илеоцекальный угол и слепую кишку. Рассечены, контроль на гемостаз. Слепая кишка деформирована, свободнопроходима. Далее патологии толстой кишки нет. Контроль на гемостаз. Сухо. Удален инструмент. Послойно швы на рану. Асептическая повязка.

. Лечение после операции

· Режим: палатный

· Диета: стол № 1

· При отсутствии самостоятельного стула очистительная клизма вечером

· Электорофорез на переднюю брюшную стенку.

. Лечение по данным литературы

) Консервативные методы (противовоспалительные средства, антибактериальная терапия, ферменты для рассасывания спаек, различные виды физиотерапевтического лечения (грязи, парафин, озокерит, электрофорез с лекарственными веществами).

) Оперативные методы (лапароскопия (предподчтительнее и меньше осложнений). Адгеолизис (разъединение спаек).

) Противорецидивное лечение (на заключительном этапе операции - внутрибрюшинное введение пролонгированных протеолитических ферментов. Одномоментно вводят 10-20 тыс. ЕД фибринолизина, 20-30 мг трипсина, 125 мг гидрокортизона. В последующем ферментную терапию продолжают в виде электрофореза трипсина на зону локализации сращений).

) Противовоспалительная и десенсибилизирующая терапия (в первые 3- 4 дня после операции больгой получает гидрокортизон внутримышечно 50 мг утром. С 4- го дня гидрокортизон заменяют таблетированным преднизолоном 0,005 г 3 раза в день в течение трёх недель. Одновременно дважды в день вводятся внутримышечно антигистаминные препараты).

)Стимуляция перистальтики (со второго дня после операции внутривенное введение гипертонического раствора хлорида натрия, инъекции прозерина. В последующем переходят на приём церукала).

. Дневник курации

.03.14г. Общее состояние ребенка соответствует раннему послеоперационному периоду. Не лихорадит. Жалоб нет. Самочувствие удовлетворительное. По органам и системам без особенностей. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационных ран. Мочеиспускание самостоятельное. Стул был обильный после клизмы.

Status localis: швы состоятельные, раны заживают per prima.

.03.14г. Общее состояние ребенка соответствует раннему послеоперационному периоду. Не лихорадит. Жалоб нет. Самочувствие удовлетворительное. По органам и системам без особенностей. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационных ран. Мочеиспускание самостоятельное. Стул был обильный после клизмы.

Status localis: швы состоятельные, раны заживают per prima.

.03.14г. Общее состояние ребенка соответствует раннему послеоперационному периоду. Не лихорадит. Жалоб нет. Самочувствие удовлетворительное. По органам и системам без особенностей. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационных ран. Мочеиспускание самостоятельное. Стул был обильный после клизмы.

Status localis: швы состоятельные, раны заживают per prima.

14. Эпикриз

Больной, 14 лет поступил 04.03.2014 г. в отделение детской хирургии СОКБ. По результатам опроса, физических и лабораторных методов исследования поставлен диагноз «Спаечная болезнь брюшной полости». 11.03.2014 г. выполнена лапароскопия и адгеолизис. Послеоперационный период протекает без осложнений. Пациент чувствует себя хорошо, готовится к выписке.

. Рекомендации

1) Диспансерное наблюдение у хирурга по месту жительства.

2) Достаточная двигательная активность.

) Ограничение в подъёме тяжести (в послеоперационный период, вес не более 6 кг).

) Рациональный режим питания. (дробное питание небольшими порциями. Отказ от тяжёлой пищи. Исключение продуктов питания, богатых грубой клетчаткой и способствующих вздутию живота (капуста, цельное молоко, виноград, бобовые). Противопоказаны газированные напитки и острые приправы.

. Прогноз

Для жизни - благоприятный;

Для здоровья - благоприятный;

спаечный болезнь брюшной

Использованная литература

1. Курс лекций по общей хирургии.
2. С.В. Петров “Общая хирургия”, Санкт-Петербург, 1999 г.
3. В.И. Стручков, Ю.В. Стручков “Общая хирургия”, Москва, 1988 г.
4. Г.С. Юмашев “Травматология и ортопедия”, Москва, 1990 г.