Паспортная часть

1. Наименование лечебного учреждения:
2. Ф.И.О. больного ребенка.
3. Год рождения (возраст): (3 года).
4. Пол: мужской
5. Группа крови: 0 (I ) , резус-фактор (-) отрицательный.
6. Аллергические реакции на лекарства и продукты питания: нет
7. Посещает детский сад №
8. Место жительства: г. ул. д. кв.
9. Сведения о родителях:

Мать:

 Место работы:

 Отец:

 Место работы:

1. Дата поступления в клинику: 28.01.2009 19.00
2. Дата выписки: 4.02.2009
3. Проведено койко-дней: 7 дней
4. Диагноз при поступлении: Острый аппендицит
5. Клинический диагноз: Острый флегмонозный аппендицит.
6. Заключительный клинический диагноз: Острый флегмонозный аппендицит.
7. Операция: Аппендэктомия 28.01.2009 21.00-21.40

*Жалобы при поступлении:* боль в животе, тошнота.

*Anamnesis morbi:* со слов матери ребенок заболел в 13.00 часов 28.01.2009 находясь в детском саду, появились боли, тошнота, отмечался подъем температуры до 37,5. рвоты не было. Весь день ребенок был капризным, вялым. Воспитатель за медицинской помощью не обращалась, лекарственных препаратов ребенок в детском саду не получал. В больницу был доставлен в 19.00 с жалобами на боль в животе, тошноту. Был госпитализирован в хирургическое отделение УОДКБ.

*Anamnesis vitae:*

 *1. Антенатальный период развития:*

Мальчик от второй беременности, первых родов. Экстрагенитальных заболеваний во время беременности у матери не было. Условия жизни, питание во время беременности расценивает как хорошие.

Течение беременности: токсикоз первой половины беременности.

Роды в 38 недель срочные, продолжительностью около 8 часов. Течение родов без осложнений. Акушерских вмешательств не проводилось. Окраска околоплодных вод нормальная, плацента без особенностей.

*2. Период новорожденности.*

Родился доношенным. Оценка по шкале Апгар 7-8. Масса ребенка при рождении 2500 г, рост 49 см. окружность головы 34 см. окружность грудной клетки 32 см.Закричал сразу, крик громкий, к груди приложен в первые сутки после рождения, сосал активно. Родовой травмы, сыпи, опрелостей не было, уродств нет. Физиологическая убыль массы новорожденного в родильном доме 200 г. Восстановление массы тела на восьмой день. Физиологической желтухи в роддоме не было. Остаток пупочного канатика отпал на 7 сутки, пупочная рана зажила ко 2-ой неделе. Срок пребывания в роддоме 6 суток, выписан домой. Масса при выписке 2300 г. БЦЖ в роддоме.

Грудное вскармливание до 1 года. Прибавка массы за первый месяц 600 г.- достаточная. Заболеваний на первом месяце жизни не было.

*3. Грудной (младенческий) период*

Физическое развитие:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | При рождении | 1 месяц | 3 месяца | 6 месяцев | 10 месяцев | 12 месяцев |
| Масса, г | 2500 | 2800 | 4400 | 6500 | 9050 | 9800 |
| Длина, см  | 49 | 52 | 58 | 65.5 | 72 | 75 |
| Окружность головы, см | 34 | 35.5 | 38.5 | 43 | 45 | 46 |
| Окружность груди, см | 32 | 34 | 38 | 44 | 46 | 47 |

В настоящее время рост 100 см, масса 16кг, окружность головы 51 см., окружность грудной клетки 53 см.

Нервно-психическое развитие:

 Развитие статических и моторных функций

-фиксация взора с 3 недель

-упирается на ножки с 2,5 мес.

-переворачивание с 5 мес.

-удерживание головы с 2,5 мес.

-сидит с 6 мес.

-ползает с 7 мес.

-стоит с 9 мес.

-ходит с 12 мес.

 Психоэмоциональное развитие ребенка

-сосредоточение 1 мес.

-улыбка 1 мес.

-гуление 2 мес.

-взятие игрушки 4 мес.

-узнавать мать и близких 5 мес.

-речь 12 мес.

 Заключение: развитие статических и моторных функций, психоэмоциональное развитие без патологических отклонений.

Вскармливание:

Грудное вскармливание до 1 года. Фруктовый сок с 3 мес. Фруктовое пюре с 3,5 месяцев, овощное пюре с 5 месяцев, молочная каша с 6 месяцев, кефир с 7 месяцев. В настоящее время питание соответствует возрасту.

Первые зубы прорезались в возрасте 6 месяцев, на 6 месяце 2 нижних средних резца, 8 месяц- 2 верхних средних резца, 9 месяц- 2 верхних боковых резца, 11 месяцев- 2 нижних боковых резца, к году-8 зубов.

Перенесенные заболевания на первом году жизни отрицает.

 *Особенности развития после первого года жизни.*

Физическое и нервно-психическое развитие соответствовало возрасту.

Посещает детский сад с 2 лет, адаптация происходила легко.

Особенности питания: перевод на общий стол - около 2 лет, аппетит сохранен, непереносимости пищи не отмечает.

Осмотры врача-педиатра и специалистов регулярные.

*Перенесенные заболевания и операции* отрицает.

*Профилактические прививки* проведены по принятой схеме.

*Аллергию* на медикаменты, бытовые и пищевые аллергены отрицает. Семейной отягощенности по аллергии нет.

*Наследственность* не отягощена

*Социально-бытовой и эпидемиологический анамнез:*

Семья полная. Семья проживает в отдельной квартире. Ребенок желанный, обстановка спокойная, доброжелательная, отношения между членами семьи хорошие. Материальное обеспечение удовлетворительное.

 В окружении ребенка больных гепатитом, туберкулезом, сифилисом, герпесом нет, контакта с инфекционными больными за последние 2-3 недели не было.

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

(Status praesens)

Жалобы на день курации: на боль в области послеоперационной раны.

Состояние удовлетворительное. Самочувствие хорошее.

Общий осмотр

Сознание ясное. Положение пациента активное. Выражение лица спокойное, доброжелателен, улыбается. Активен, играет. Сон спокойный, продолжительный. Аппетит снижен. Температура тела 37,5. стигм дисморфогенеза нет.

Оценка физического развития.

антропометрия: рост (длина) 100 см, масса 16 кг, окружность головы 51 см, окружность груди 53 см

Оценка антропометрических показателей по таблицам стандартов перцентильного типа.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Результаты измерений | Дентальный интервал, коридор | Оценка показателя |
| Рост (длина), см | 100 | 4 коридор, 75 центиль | Средняя величина |
| Масса, кг | 16 | 4 коридор, 75 центиль | Средняя величина |
| Окр. головы, см | 51 | 4 коридор, 75 центиль | Средняя величина |
| Окр. груди, см | 53 | 4 коридор, 75 центиль | Средняя величина |

Индекс Эрисмана: 53-100/2=3

Заключение: физическое развитие среднее, гармоничное.

*Исследование органов и систем.*

*Кожа*

Кожные покровы телесного цвета, чистые, без патологических высыпаний, при пальпации влажные, эластичные. Дермографизм белый.

*Видимые слизистые оболочки и склеры.*

Слизистые оболочки розового цвета, чистые, влажные, гладкие, без патологических элементов.

Склеры белые. Иктеричности, инъецированности сосудами не отмечается.

*Придатки кожи*

Волосы мягкие, густые, светло-русые, без патологических изменений.

Ногти бледно-розового цвета, обычной формы, патологических изменений нет.

*Подкожно- жировой слой*

Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Отеков нет. Толщина подкожно-жировых складок на животе – 1 см, на груди – 7 мм, под лопаткой – 1 см, на конечностях – 1 см, на лице – 5 мм. Тургор мягких тканей на внутренних поверхностях плеча и бедра удовлетворительный.

*Опорно-двигательный аппарат*

Телосложение правильное, поза свободная, походка правильная, устойчивая в соответствии с возрастом. Объем движений полный. Осанка правильная. Визуально мышечный тонус удовлетворительный.

 *Костная система.*

Голова.

Голова правильной формы, величина соответствует возрасту.

Глазные щели обычной формы и размера, подвижность глазных яблок нормальная. Зрачки одинакового размера, округлой формы. Глазные симптомы (Мари, Мебиуса, Кохера, Грефе, Штельвага ) отрицательные. Носогубные складки симметричные. Ушные раковины обычной формы, симметричные. Соотношение лицевого и мозгового отделов черепа правильное.

Осмотр ротовой полости: прикус правильный, количество зубов-20 молочных зубов, кариозных зубов нет, цвет эмали -белый. Зубной возраст соответствует паспортному возрасту.

При пальпации кости черепа плотные, безболезненные.

При перкуссии кости черепа безболезненны, перкуторный звук симметричен.

Окружность головы-51 см.

*Грудная клетка.*

Форма коническая, над- и подключичные ямки выполнены. Ширина межреберных промежутков умеренная. Ход ребер имеет умеренно косое направление. Эпигастральный угол прямой. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Соотношение переднее -заднего и бокового размеров правильное.

Костные структуры и межреберные промежутки симметричны. Деформации грудной клетки отсутствуют.

При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична и податлива. Целостность костей (ключицы, ребра, лопатки, грудина) сохранена. Патологические изменения отсутствуют.

Перкуссия по ключице, ребрам, грудине безболезненна.

Окружность грудной клетки 53 см.

*Позвоночник*

При осмотре: физиологические изгибы выражены умеренно. Плечи, углы лопаток и треугольники талии симметричны. Искривления позвоночника во фронтальной и саггитальной плоскостях отсутствуют.

Линия, проведенная по остистым отросткам позвонков прямая. Болезненность отсутствует. Западения или выпячивания остистых отростков отсутствуют.

Движения сохранены в полном объеме.

*Конечности*

Верхние конечности одинаковы по длине, симметричны, деформации отсутствуют, положение свободное.

Нижние конечности одинаковы по длине, симметричны, деформации отсутствуют, положение свободное.

Соотношения плеч, предплечий, кистей, бедер, голеней, стоп пропорциональны.

Свод стопы выражен.

При пальпации конечности безболезненны, патологических симптомов («браслетки», «нити жемчуга») нет. Целостность костей конечности сохранена.

*Суставы конечностей*

Осмотр симметричных суставов:

Форма правильная, величина одинаковая, объем не изменен. Кожа над суставами не изменена. Отечность мягких тканей, сглаженность контуров отсутствует.

При пальпации болезненность, отечность, местное повышение температуры не определяется.

Активные и пассивные движения в суставах сохранены в полном объеме, безболезненны.

*Мышечная система.*

Развитие мышц умеренное, соответствует возрасту и полу. Развитие мышц одинаково на симметричных участках тела. Визуально мышечный тонус достаточный. При пальпации мышцы упругие, одинаково развиты на симметричных участках тела. Мышечный тонус соответствует возрасту и полу. Мышечная сила одинаковая на симметричных конечностях, соответствует возрасту и полу, достаточная.

*Органы дыхания.*

Дыхание через нос свободное. Голос ребенка громкий. Слизистая оболочка зева, миндалин, задней стенки глотки розовая, чистая. Миндалины не увеличены.

Грудная клетка правильной нормостенической формы, симметрична. Движения грудной клетки при дыхании симметричны, равномерны. Тип дыхания - грудной. Число дыхательных движений 25 в минуту. Ритм регулярный. Дыхание умеренной глубины. Соотношение вдоха и выдоха правильное.

Соотношение частоты пульса и дыхания правильное 1:4. участие в дыхании вспомогательной мускулатуры отсутствует. Одышки нет.

При пальпации грудная клетка эластична, безболезненна. Голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки одинаковое. Кожно-подкожные складки на грудной клетке симметричны.

Измерение окружностей грудной клетки:

 -при спокойном дыхании-53 см

 -на высоте глубокого вдоха-56 см

 -на высоте максимального выдоха-51 см

 -дыхательная экскурсия-5 см.

 Перкуссия легких.

При сравнительной перкуссии звук ясный легочный над всей областью легких.

 Топографическая перкуссия.

Нижние границы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии |  Справа |  Слева |
| Срединно-ключичная | VI ребро |  |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная  | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная  | XI ребро | XI ребро  |

Подвижность нижнего края легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  Справа |  Слева |
| Задняя подмышечная |  5 см |  5см. |

Перкуторные границы соответствуют возрастным нормам.

 Аускультация.

При аускультации над всей областью легких дыхание пуэрильное, умеренной звучности. Соотношение вдоха и выдоха правильное. Бронхофония одинакова на симметричных участках грудной клетки.

*Сердечно-сосудистая система.*

Область сердца не изменена. Патологические пульсации отсутствуют. Венозный рисунок выражен умеренно. Верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии ограниченный, положительный, умеренной силы, невысокий. Сердечный толчок визуально не определяется. Эпигастральная пульсация, пульсация основания сердца не определяется

Измерение артериального давления методом Короткова.

АД на плечевых артериях 100/70 мм.рт.ст.

 Перкуссия сердца

Границы относительной сердечной тупости

-Правая: кнутри от правой парастернальной линии на 0,5 см.

-Верхняя: второй межреберный промежуток.

-Левая: 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии.

Поперечник относительной тупости: 9см.

Границы абсолютной сердечной тупости.

-Правая: левая парастернальная линия.

-Верхняя: третье ребро.

-Левая: на левой среднеключичной линии.

Поперечный размер: 4 см.

 Перкуторные границы соответствуют возрастной норме.

Аускультация сердца

Число сердечных сокращений- 100 в минуту. Тоны сердца громкие, ритм правильный. В 1 и 4 точках первый тон выслушивается сильнее второго тоны ясные, ритмичные, раздвоения, расщепления и побочные шумы не выслушиваются.. Во 2 и 3 точке второй тон выслушивается сильнее первого, тоны ясные, ритмичные. В 3 точке над легочной артерией выслушивается систолический шум, не связанный с тонами, мало продолжительный, не иррадиирует, (физиологический шум: выслушивается у здоровых детей в здоровом сердце, обусловлены анатомо-физиологическими особенностями сердечно-сосудистой системы).

Исследование сосудов:

Исследование артерий: артерии (височные, сонные, лучевые, бедренные, подколенные, заднеберцовые и артерии тыла стопы) эластичные. Патологической пульсации не выявлено.

Артериальный пульс: пульс на обеих руках ритмичный,частота-100 уд. в мин., нормального наполнения и напряжения, синхронный, дефицита пульса нет.

Капиллярный пульс отсутствует.

Исследование вен: отсутствует видимая пульсация и набухание наружных яремных вен.

При аускультации артерий и вен, патологических шумы не выслушиваются.

*Органы пищеварения.*

Диспепсических расстройств на момент курации нет.

Аппетит снижен.

Слизистая полости рта влажная, бледно-розовой окраски, блестящая.

Язык бледно-розового цвета, влажный, умеренно обложен белым налетом, язв и трещин нет.

Десны бледно-розового цвета, без патологических изменений.

Зев спокоен.

Состояние зубов: количество-20 молочных зубов, кариеса и других дефектов нет.

Запаха изо рта нет.

 Живот при осмотре стоя и лежа обычной величины, форма правильная округлая, отделы живота симметричны. Брюшная стенка участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика отсутствует. Окружность живота на уровне пупка- 52 см.

Перкуссия живота.

При перкуссии симптом Менделя отрицательный, характер перкуторного звука - кишечный тимпанит. Признаки асцита методами перкуссии и флюктуации не выявлены.

Пальпация живота.

При поверхностной ориентировачной пальпации живот мягкий, болезненный в нижних отделах больше справа, умеренное пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины (Ситковского, Воскресенского, Ровзинга) положительные. Расхождение прямых мышц живота, грыжи белой линии живота, пупочного кольца, пахово-мошоночного кольца отсутствуют. Поверхностно расположенных опухолей и увеличенных органов нет. Глубокая медодическая пальпация по Образцову-Стражеско.

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка безболезненная, поверхность гладкая, ширина 1-2 см., подвижная урчания нет. Эпигастральная и пилоро - дуоденальная области при пальпации безболезненны.

При аускультации живота шум перистальтики не изменен

Печень и желчевыделительная система.

При осмотре область правого подреберья без изменений.

Перкуссия границ абсолютной тупости печени по методу В.П. Образцова.

|  |  |
| --- | --- |
| Топографические линии |  Границы печени |
| Правая парастернальная |  |  |
| Правая срединно-ключичная |  |  |
| Правая передняя подмышечная |  |  |
| Передняя срединная |  |  |
| По левой реберной дуге |  |  |

Пальпация живота в области проекции печени, в правом подреберье, в точке желчного пузыря и зоне Шоффара безболезненна. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы поражения печени (Ортнера, Керра, Мерфи, Мюсси, Боаса) отрицательные.

Глубокую пальпацию печени по методу Стражеско произвести не удалось из-за послеоперационной раны в правой подвздошной области.

Поджелудочная железа: не пальпируется. Пальпация безболезненна в области ее проекции на брюшную стенку, а также в точках Мейо-Робсона и Де-Жардена.

Стул: регулярный, оформленный, без патологических примесей, количество испражнений 1-2 раза в сутки.

Осмотр ануса: патологических изменений не выявлено.

*Органы кроветворения.*

Кожа бледно-розового цвета. Слизистая полости рта влажная, розовой окраски, блестящая. Зев спокоен. Геморрагическая сыпь, асимметрия живота, нарушение функций опрно-двигательного аппарата отсутствуют.

Лимфатические узлы: пальпируются подчелюстные, подмышечные, паховые- размером 0,5 см., подвижные, не спаянные с окружающей клетчаткой, эластичные, безболезненные. Температура кожи в месте пальпируемых узлов нормальная, внешний вид кожи в месте пальпирования не изменен.

 Заключение: патологии не выявлено.

Селезенка в положении на спине и на правом боку не пальпируется.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| параметры | Топографические границы | Размер |
| Поперечник (по средней подмышечной линии) | Верхний край на IX ребреНижний край на X I ребре | 3 см |
| Длинник ( по X или XI ребру) |  | 4 см. |

При пальпации грудных лимфатических узлов на уровне I I грудного позвонка определяется притупление звука (симптом Кораньи отрицательный), симптом Аркавина, Философова, Филатова отрицательный.

*Мочевыделительная система.*

Осмотр: кожа бледно-розового цвета, отеков и пастозности нет. Поясничная и надлобковая область без патологии. Наружные половые органы сформированы правильно по мужскому типу.

Пальпация: почки в положении стоя и лежа не пальпируются. Мочевой пузырь не пальпируется, область проекции мочевого пузыря безболезненна. Верхние и средние мочеточниковые, реберно-позвоночные, реберно-поясничные точки безболезненны.

Перкуссия: симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При перкуссии мочевого пузыря притупления перкуторного звука не выявлено. Перкуторные признаки асцита отсутствуют.

Диурез-800 мл, соответствует возрасту. Ночное мочевыделение отсутствует. Мочеиспускания свободные, нормальной частоты. Моча светло-желтая, прозрачная, без примесей и осадка.

 *Локальный статус:* общее состояние средней степени тяжести. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. Живот правильной формы, не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный в нижних отделах живота, больше справа, умеренный defans мышц передней брюшной стенки. По этой причине глубокая пальпация невозможна. Симптомы раздражения брюшины (Ситковского, Воскресенского, Ровзинга) положительные. Печень по правой среднеключичной линии. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Область почек не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

*Предварительный диагноз:* острый аппендицит.

Поставлен на основании: 1. жалоб на боли в животе, тошноту.

2. анамнеза заболевания: заболел в 13.00 часов 28.01.2009 находясь в детском саду, появились боли, тошнота, отмечался подъем температуры до 37,5. рвоты не было. Весь день ребенок был капризным, вялым. В больницу был доставлен в 19.00 с жалобами на боль в животе, тошноту.

3. данных объективного обследования: общее состояние средней степени тяжести. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. Живот правильной формы, не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный в нижних отделах живота, больше справа, умеренный defans мышц передней брюшной стенки . По этой причине глубокая пальпация невозможна. Симптомы раздражения брюшины (Ситковского, Воскресенского, Ровзинга) положительные. Печень по правой среднеключичной линии. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Область почек не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

*План обследования:*

1. общий анализ крови
2. общий анализ мочи
3. УЗИ органов брюшной полости

*Результаты лабораторных и инструментальных исследований:*

1. общий анализ крови (28.01.09 19.15)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| показатели | У больного | норма |
| гемоглобин | 128 | 120-140 |
| эритроциты | 4,26 | 4,2-4,8 |
| лейкоциты | 14,1 | 6-8 |
| палочкоядерные | 0 | 3-5 |
| сегментоядерные | 80 | 39-42 |
| эозинофилы | 4 | 1-4 |
| моноциты | 0 | 6-10 |
| лимфоциты | 40 | 45 |
| СОЭ | 15 | 4-10 |
| Цветной показатель | 0,92 | 0,8-1 |
| тромбоциты | 250 | 150-300 |

Заключение: в общем анализе крови выявлен лейкоцитоз, повышено СОЭ, увеличено количество сегментоядерных, что свидетельствует о воспалительном процессе в организме.

2. общий анализ мочи(29.01.2009)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| показатели | У больного | норма |
| Количество | 100 мл |  |
| Удельный вес  | 1012 | 1010-1015 |
| Реакция  | кислая | Слабокислая -5-7 |
| Прозрачность  | прозрачная | прозрачная |
| Цвет  | светло-желтый | светло-желтый |
| Лейкоциты | 1-2 в п/зр | 1-3 в п/зр |
| Эпителий  | 1-2 в п/зр | 2-4 в п/зр |
| Белок | 0 | 0 или не более 0,033 |
| Сахар | 0 | 0 |

Заключение: общий анализ мочи без патологии

3.УЗИ органов брюшной полости(28.01.2009 19.30)

Толстый кишечник вздут, петли толстого кишечника сниженной возбудимости, перистальтика ослаблена. В правой подвздошной области визуализируется аппендикс с каловым конкрементом диаметром 10 мм., диаметр отростка-9мм.

*Лечение:* оперативное

*Показаниями к операции* **я**вляются выявленные при объективном осмотре болезненность и напряжение мышц передней брюшной области в правой подвздошной области, симптомы острого аппендицита, при лабораторном исследовании лейкоцитоз 14\*109 /л и данных УЗИ брюшной полости. Данные показания являются абсолютными для проведения срочной аппендэктомии. Согласие родителей на оперцию получено, с возможными осложнениями ознакомлены.

Премедикация:Промедол 2%- 1,0 в/м, Димедрол 1%-2,0 в/ м, Атропин 0,1%-1,0 в/м

Операция: аппендэктомия.

* + 1. время: 21.00-21.40

После трехкратной обработки операционного поля по Филончикову под общим обезболиванием разрез Волковича-Дьяконова в правой подвздошной области послойно вскрыта брюшная полость. В рану выделилось до 10 мл мутного серозного выпота. Купол слепой кишки с червеобразным отростком выведен в рану . Отросток расположен типично, флегмонозно изменен, окутан сальником . Брыжейка отростка взята на зажим, отсечена поэтапно, прошита и перевязана. Выполнена типичная аппендэктомия с погружением культи отростка в кисетный и Z-образный шов. Производится ревизия подвздошной кишки на протяжении 60-70 см. другой патологии не обнаружено. В малом тазу сухо, контроль на гемостаз и инородные тела, крови в брюшной полости нет. Брюшная полость послойно ушита. Швы на кожу. Спиртовая накладка . Асептическая наклейка.

 Макропрепарат: червеобразный отросток длиной 10 см, утолщен, гиперемирован, покрыт фибрином.

Оператор: Дружинин В.Р. Медсестра: Скворцова Л.А.

Ассистент: Никонов О.А. Анестезиолог: Сидоров Д.В.

Послеоперационный диагноз: острый флегмонозный аппендицит.

*Назначения:*

1.в первые сутки после операции стол послеоперационный, режим постельный.

1. медацеф 0,5 2 раза в день.
2. анальгин 50% -0,7

димедрол 1%-0,7 в/м при болях

4.на второй день стол №5, режим палатный

5. туалет швов бриллиантовым зеленым.

ДНЕВНИК

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| дата | Данные о состоянии больного | назначения |
| 30.01.2009Т-36,8Пульс – 97 в мин.АД -110/70 мм.рт.ст. | Жалобы на боль в области послеоперационной раны. Общее состояние удовлетворительное. Дыхание в легких пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык умеренно обложен белым налетом. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий. Послеоперационные швы чистые, сухие, обработаны анестетиком, наложена повязка. Стул оформленный , диурез адекватный. Лечение получает. | 1.режим палатный.2.стол №53. Медоцеф, анальгин,димедрол – отменить.4. туалет швов бриллиантовым зеленым |
| 2.02.2009. Т-36,8Пульс – 97 в мин.АД -110/70 мм.рт.ст. | Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Дыхание в легких пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, Послеоперационные швы чистые, сухие, обработаны анестетиком, наложена повязка. Стул оформленный, диурез адекватный. Лечение получает. | 1.режим палатный.2.стол №53.туалет швов бриллиантовым зеленым |
| 4.02.2009 Т-36,8Пульс – 97 в мин.АД -110/70 мм.рт.ст. | Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Дыхание в легких пуэрильное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот правильной формы, учавствует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий. Швы сняты. Послеоперационный рубец состоятельный . Обработан бриллиантовым зеленым. Наложена повязка.  | 1.режим палатный.2.стол №53. туалет послеоперационного рубца бриллиантовым зеленым |

*Клинический диагноз:* острый флегмонозный аппендицит.

Диагноз поставлен на основании:

1. жалоб на боль в животе, тошноту.

2.анамнеза заболевания: заболел в 13.00 часов 28.01.2009 находясь в детском саду, появились боли, тошнота, отмечался подъем температуры до 37,5. рвоты не было. Весь день ребенок был капризным, вялым. В больницу был доставлен в 19.00 с жалобами на боль в животе, тошноту.

3. данных объективного осмотра: общее состояние средней степени тяжести. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. Живот правильной формы, не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный в нижних отделах живота, больше справа, умеренный defans мышц передней брюшной стенки . По этой причине глубокая пальпация невозможна. Симптомы раздражения брюшины (Ситковского, Воскресенского, Ровзинга) положительные. Печень по правой среднеключичной линии. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Область почек не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

4. проведенных лабораторных и инструментальных исследований: в общем анализе крови выявлен лейкоцитоз, повышено СОЭ, увеличено количество сегментоядерных, что свидетельствует о воспалительном процессе в организме.УЗИ органов брюшной полости:

Толстый кишечник вздут, петли толстого кишечника сниженной возбудимости, перистальтика ослаблена. В правой подвздошной области визуализируется аппендикс с каловым конкрементом диаметром 10 мм., диаметр отростка-9мм.

5. проведенного оперативного лечения

*Дифференциальный диагноз:*

1.ОРВИ: в отличие от острого аппендицита клинические проявления при ОРВИ более острые в самом начале заболевания. Повышается температура, появляется кашель, слизистое отделяемое из носа, гиперемия щек, некоторая одуловатость лица и коньюктивит; отмечается отечность и гиперемия зева.

Болевой абдоминальный синдром имеет свои особенности. При ОРВИ боль в животе появляется несколько позже и локализуется чаще в области пупка. Пассивное мышечное напряжение и симптомы раздражения брюшины не выявляются.

1. желудочно-кишечные заболевания: в отличие от острого аппендицита из первых признаков заболевания на передний план выходят диспептические расстройства и только потом или одновременно с ними появляются болевые ощущения. Из-за многократной рвоты и частого жидкого стула быстро нарастают явления токсикоза и эксикоза. Объективные абдоминальные симптомы незначительны: живот остается мягким, умеренно болезненным, в основном по ходу брыжейки тонкой кишки, защитное мышечное напряжение не определяется.
2. При пневмонии состояние ребенка обычно тяжелое, выражена одышка, цианоз носогубного треугольника, раз­дувание нрыльев носа. При исследова­нии живота можно отметить, что мы­шечное напряжение непостоянно и носит активный характер, исчезая на вдохе или при отвлечении внимания ре­бенка. Чаще всего правильный диагноз удается поставить при динамическом наблюдении.

При малейшем подозрении на пнев­монию следует срочно провести рентге­нологическое исследование, которое не­редко оказывается решающим в уточ­нении диагноза.

*Этиология и патогенез:*

В данном случае причиной развития острого флегмонозного аппендицита является закупорка червеобразного отростка каловым камнем, что подтверждается проведенным ультразвуковым исследованием от 28.01.09 (В правой подвздошной области визуализируется аппендикс с каловым конкрементом диаметром 10 мм., диаметр отростка-9мм).

Механизмразвития: закупорка просвета отростка и образование замкнутой полости, заполненной фекалоидными массами, содержащими токсины с высоко химически активными ферментами, постепенно приводит к нагноению, повреждению слизистой оболочки и проникновению инфекции в толщу стенки червеобразного отростка. Развитие экссудативного воспаления неминуемо сопровождается нарушениями микроциркуляции и дегенеративными изменениями интрамурального

 нервного аппарата. А нейродистрофические нарушения в совокупности с сосудистым фактором постоянно приводит к углублению и прогрессированию воспаления.

*Обоснование лечения:* Лечебная тактика при остром аппендиците заключается в возможно более раннем удалении червеобразного отростка. При диагнозе "острый аппендицит" экстренную операцию выполняют у всех больных, поскольку частота осложнений и летальность напрямую зависят от времени, прошедшего от начала заболевания до операции. Чем длительнее этот период, тем чаще встречаются осложнения и тем выше послеоперационная летальность.

 В первые часы после операции необходимо исключить прием пищи и даже питье, так как у больных может возникнуть рефлекторная рвота, связанная с перенесенным наркозом и операционной травмой. Через 3-5 часов после операции можно разрешить несколько глотков воды, несладкого чая. Через 12 часов допустимо 100 мл. бульона, кефира, йогурта. Через сутки разрешается есть легкоусваиваемую пищу не приводящую к повышенному газообразованию (бульоны, кисломолочные продукты, сухари, нежирное мясо). После того как у больного был стул, нормально отходят газы диету постепенно расширяют приближая к нормальному питанию. Все больные нуждаются в эффективном обезболивании. Первые сутки после операции требуется введение ненаркотических анальгетиков. На вторые сутки у многих больных необходимости в обезболивании нет, хотя может потребоваться введение ненаркотических анальгетиков. Антибактериальная терапия носит профилактический характер. При строгом соблюдении правил асептики по ходу операции, достаточно продолжить начатую антибактериальную терапию до операции до 24 часов.

*Прогноз:* для жизни - благоприятный.

.

*Выписной эпикриз:*

 Больной ФИО 3 года находился на лечении в хирургическом отделении ГУЗ УОДКБ с 28.01.2009 г. по 4.04.2009 г. с диагнозом острый флегмонозный аппендицит. При поступлении жалобы на боль в животе, тошноту. Из анамнеза известно, что ребенок заболел в 13.00 часов 28.01.2009 находясь в детском саду, появились боли, тошнота, отмечался подъем температуры до 37,5. рвоты не было. В больницу был доставлен в 19.00. При поступлении хирургический статус: общее состояние средней степени тяжести. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. Живот симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный в нижних отделах живота, больше справа, умеренный defans мышц передней брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины (Ситковского, Воскресенского, Ровзинга) положительные. Печень по правой среднеключичной линии. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Область почек не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. В отделении было проведено обследование: УЗИ органов брюшной полости (28.01.09 19.30): толстый кишечник вздут, петли толстой кишки сниженной возбудимости, перистальтика ослаблена. В правой подвздошной области визуализируется аппендикс с каловым конкрементом диаметром 10 мм., диаметр отростка-9мм. Общий анализ крови (28.01 19.00): лейкоциты- 14,1, СОЭ-15 мм/ч гемоглобин – 128 г/л, эритроциты – 4,26, цветной показатель – 0,92,тромбоциты – 250 г/л, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 80 %, эозинофилы – 4 %, лимфоциты – 40%, моноциты – 0 %. Общий анализ мочи (29.01.2009), количество-100 мл, удельный вес- 1012,реакция – кислая, прозрачность – прозрачная, цвет - светло-желтый, лейкоциты-1-2, эпителий 1-2, белок- 0, сахар-0. Общий анализ крови (2.02.2009): гемоглобин – 128 г/л, эритроциты – 4,5, цветной показатель – 0,9,тромбоциты – 240 г/л, лейкоциты – 7 г/л, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 33 %, эозинофилы – 4 %, лимфоциты – 45%, моноциты – 4 %, СОЭ – 8 мм/час. Произведена аппендэктомия 28.01.2009. получал лечение: стол послеоперационный, режим палатный, медоцеф 0,5 2 раза в день, анальгин 50%-0,7, димедрол 1%-0,7 в/м 3 раза в день (при болях), туалет швов бриллиантовым зеленым, УВЧ на правую подвздошную область. В настоящее время состояние больного удовлетворительное, швы сняты на 7е сутки. Рана заживает первичным натяжением. Больной выписывается домой в удовлетворительном состоянии под наблюдением врача по месту жительства.

*Литература:*

1. Юдин Я.Б. Прокопенко Ю.Д. «Острый аппендицит у детей»

Москва , «Медицина», 1998 г

2. А.Ф. Дронов И.В. Поддубный «Эндоскопическая хирургия у детей»

 Москва, «ГОЭТАР-Медиа», 2002 г.

3. Ю.Ф Исаков З.А. Степанов «Абдоминальная хирургия у детей»

 Москва, «Медицина», 1988 г.

4. А.Г. Кригер А.В. Федоров «Острый аппендицит»

 Москва, «Медпрактика», 2002 г.

1. «Хирургические болезни детского возраста» под ред. Ю.Ф. Исакова

 Москва, «ГОЭТАР-Медиа», 2006 г.

1. Т.В. Капитан «Пропедевтика детских болезней»

МЕДпресс-информ, 2006 г.

\