I.Паспортные данные.

1.Ф.И.О.

2.Пол.

мужской

3.Возраст.

15 лет

4.Профессия, место работы.

5.Место постоянного жительства.

6. Время поступления:

7. ДЗ при пост.: Острый флегмонозный аппендицит. Местный неограниченный перитонит.

II.Жалобы.

На интенсивные боли в нижних отделах живота справа, схваткообразно усиливающиеся. Тошноту, озноб. Общую слабость, недомогание.

# III. Anamnesis morbi

Cчитает себя больным с 21.05.99, когда около 4 часов утра возникли боли в эпигастрии. Выпил таблетку спазмолитика(Но-шпы), боли несколько уменьшились, но не прошли. Постепенно боли из эпигастрия сместились в правую подвздошную область. Боли носили постоянный интенсивный характер, схваткообразно усиливаясь. Появились озноб, тошнота, общая слабость, чувство недомогания. 22.05.99г обратился за врачебной помощью. Был доставлен в БСМП и госпитализирован.

IV. Anamnesis vitae.

Родился третим ребёнком, от 4-ой беременности. Роды срочные, физиологичные. Вес при рождении 3400 г, рост=52 см. Физическое и умственное развитие соответствует возрасту. Успешно обучается в средней школе.

Перенесённые заболевания в детстве и последующей жизни: эпидемический паротит, корь.

За последние 3 недели нарушения стула не отмечает.

Венерические заболевания, вирусный гепатит, туберкулёз в анамнезе отрицает.

Наследственность не отягощена.

Аллергологический анамнез без особенностей.

Гемотрансфузий не производилось.

Не курит, выпивает редко.

V.Данные объективного исследования.

Общие данные:

Общее состояние больного средней тяжести. Выражение лица спокойное. Сознание ясное. Положение больного вынужденное.

Рост 185 см. Вес 80 кг, умеренной упитанности правильного телосложения.

Температура тела 37,2οС. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски, влажные. Кровоизлияния, сыпи и рубцы на коже и слизистых оболочках отсутствуют. Подкожно-жировая клетчатка умерено выражена

Осмотру и пальпации доступны сонные, подключичные, лучевые, височные, бедренные, тыльная артерия стопы. Стенки артерий эластичны. Пульс ритмичный, среднего наполнения, 84 удара в минуту, АД - 160/90 мм. рт. ст.

Из поверхностных вен осмотру и пальпации доступны большая подкожная вена ноги и медиальная подкожная вена руки. Вены безболезненны, с окружающими тканями не спаяны, без уплотнений. Варикозного расширения вен нет.

Лимфатические узлы не видны и не пальпируются.

Мускулатура развита средне. Атрофии мышц при осмотре не обнаружено

Деформаций, асимметричности, болезненности при пальпации лицевого, мозгового черепа нет.

Форма грудной клетки коническая. Деформаций, переломов нет.

Патологических искривлений позвоночника, деформаций костей таза нет.

Суставы безболезненны при активных и пассивных движениях, конфигурация их не изменена.

***Органы дыхания.***

Дыхание через нос не затруднено. Тип дыхания смешанный. ЧДД 16 в минуту. Форма грудной клетки нормостеническая, деформаций нет, при пальпации безболезненна, правая и левая половины равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторно - ясный легочной звук. Аускультативно выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.

***Сердечно-сосудистая система.***

Видимых выпячиваний и пульсации в области сердца нет.

*Пальпаторно.* Верхушечный толчок располагается в V межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии. Сердечный толчок не определяется. Эпигастральной пульсации нет.

*Перкуторно*. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости несколько расширены влево.

*Аускультативно*. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Частота сердечных сокращений 80 ударов в минуту, патологические шумы не выслушиваются.

Пульс ритмичный, среднего наполнения и напряжения. АД - 160/90 мм. рт. ст.

***Пищеварительная система.***

## ЖКТ

*Осмотр*. Язык сухой, у корня обложен белым налётом. Слизистая оболочка внутренних поверхностей губ, щёк, нёба, зев нормальной окраски. Миндалины не изменены. Запах изо рта обычный.

Форма живота обычная. Живот симметричен, не вздут. Видимая перистальтика и антиперистальтика желудка и кишечника отсутствует. Грыжевых выпячиваний нет. При дыхании правая половина живота отстаёт от левой. Венозные коллатерали отсутствуют.

*Пальпация.* При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется защитное напряжение мышц, положительный симптом Воскресенского. Расхождения мышц брюшного пресса, грыжи, поверхностно расположенные опухоли не определяются.

При методической, топографической, глубокой, скользящей пальпации по Образцову - Стражеско:

резкая болезненность в правой подвздошной области положительны симптомы Щёткина-Блюмберга, Раздольского, Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Образцова.

Инфильтратов, опухолей нет.

*Перкуссия*. Над брюшной полостью определяется тимпанический перкуторный звук, более высокий над кишечником и более низкий над желудком. Перкуссия в правой подвздошной области болезненна.

Газы отходят. Перистальтика выслушивается. Последний стул 10. 02. 99. около 18.40. кашицеобразный, обычного цвета.

**Печень, селезёнка**

Печень пальпируется у края рёберной дуги: край острый, поверхность гладкая, безболезненна. Размеры печени по Курлову 9см-8см-7см.

Желчный пузырь не пальпируется.

Селезёнка не пальпируется. Перкуторно: длинник - 7 см, поперечник - 5 см.

***Мочеполовые органы.***

При осмотре поясничной области покраснения, припухлости, болезненности не выявленно. Напряжения поясничных мышц нет. Симптом покалачивания отрицателен с обеих сторон. Почки, мочевой пузырь не пальпируются. Дизурических расстройств нет.

***Эндокринная система.***

Первичные и вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Нарушения роста нет. Части тела пропорциональны. Щитовидная железа не видна и не пальпируется.

Первичной патологии со стороны ***нервной системы и органов чувств*** не выявленно.

St. lokalis.

При пальпации определяется резкая болезненность в правой подвздошной области, там же имеется защитное напряжение мышц живота, положительные симптомы Щёткина- Блюмберга, Воскресенского, Раздольского, Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Образцова.

VI.Предварительный диагноз.

На основании анамнеза (приступы болей в правой подвздошной области в течение 1,5 лет), жалоб больного (на интенсивную схваткообразную боль вправой подвздошной области, общую слабость, чувство недомогания,тошноту, озноб), объективного исследования (при пальпации резкая болезненность в правой подвздошной области, защитное напряжение мышц живота, положительные симптомы Щёткина-Блюмберга в правой подвздошной области, Воскресенского, Бартомье-Михельсона,Раздольского, Ровзинга, Ситковского, Образцова)

можно поставить предварительный диагноз: острый флегмонозный аппендицит, местный перитонит.

VII.Дополнительные методы исследования.

**1.** Лабораторно-клинические исследования.

22.05.99. **МОР** отрицательна.

22.05.99. **ОАК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hb | Эритроциты | Лейкоциты |
| 150 | 5,0 | 12,0 Г/л |

22.05.99. **сахар крови** 4,5 ммоль/л

22.05.99г. **ОАМ**

1. цвет светло жёлтый
2. реакция кислая
3. удельный вес 102
4. прозрачность нет
5. белок нет

**Микроскопия осадка.**

1. Эпителиальные клетки
2. Плоские 1-1-2
3. Лейкоциты 2-3-3
4. Эритроциты 0-1-0
5. Слизь отр.
6. Бактерин отр.
7. Плоские 2-1-2
8. Лейкоциты 1-1-0
9. Эритроциты 0-0-1
10. Соли + ураты

СОЭ 30 мм/час

Две операции: диагностическая лапороскопия и аппендеэктомия.

22.05.99.

Комбинированная лапороскопия.

Под внутривенным наркозом над пупком произведён разрез до 40 см., введён лапароскоп и манипулятор. При осмотре брюшной полости: париетальная брюшина гладкая, в правой подвздошной области сосуды её инъецированы. Здесь же мутноватый с хлопьями фибринозный выпот. Петли кишечника умеренно раздуты. Выделен червеобразный отросток- напряжён, серозная оболочка его инъецирована с наложениями фибрина. Здесь же подпаян сальник. Печень красно-коричневого цвета. Поверхность ровная.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** признаки деструктивного аппендицита, местного перитонита.

**УЗИ почек.**

ПРАВАЯ:

Размеры - длина, толщина, ширина- N.

Положение обычное. Контуры ровные, дифференциация на слои сохранена. Толщина паренхимы в среднем сегменте обычная. Дыхательная экскурсия свободная. Состояние почечного синуса без особенностей: единичные чашки до 8 мм, лоханки 17 мм.

ЛЕВАЯ то же.

Мочевой пузырь объём- 700 мл., овальной формы, просвет гомогенный.

**ЭКГ.**

Отклонение электрической оси влево.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** ритм синусовый, ЧСС 80 в мин. нормальное положение электрической оси.

Анализ крови и мочи нормальные.

VIII. Дифференциальный диагноз.

Дифференциальная диагностика острого аппендецита 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 перкуссииживота 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 пальпациине 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.

IX. Клинический диагноз.

На основании анамнеза (приступы болей в правой подвздошной области в течение 1,5 лет), жалоб больного (на интенсивную схваткообразную боль в правой подвздошной области, общую слабость, чувство недомогания, тошноту, озноб), объективного исследования (при пальпации резкая болезненность в правой подвздошной области, защитное напряжение мышц живота, положительные симптомы Щёткина-Блюмберга в правой подвздошной области, Воскресенского, Бартомье-Михельсона,Раздольского, Ровзинга, Ситковского, Образцова), лабораторного исследования (диагностическая лапороскопия), проведённого дифференциального диагноза можно поставить окончательный диагноз: **острый** **флегмонозный аппендицит, ограниченный перитонит.**

X.Лечение.

Лечение хирургическое.

Предоперационнный эпикриз:

У больного ФИО, 15 лет, эндоскопически признаки острого деструктивного аппендицита. Показана операция- аппендэктомия. Согласие получено. Наркоз внутривенно.

Премедикация:

Промедол 2%- 1,0 в/м

Димедрол 1%-2,0 в/ м

Атропин 0,1%-1,0 в/м

Аппендэктомия.

Под местной анестезией Sol. novocaini 0,25% внутривенный наркоз в правой подвздошной области разрезом Волковича - Дъяконова послойно вскрыта брюшная полость. Выделилось до 10 мл. мутного выпота без запаха. К ране прилежит купол слепой кишки. В рану выведен купол слепой кишки с фибринозно изменённым червеобразным отростком длиной 8,0 см. Фибрин есть. Явлений тифлита нет.

Произведена антеградная аппендэктомия с погружением культи отростка в кисетный и Z- образный швы и поэтапной обработкой брыжейки отростка с прошиванием. Контроль гемостаза.

Произведён осмотр терминального отдела подвздошной кишки. Около 1 м – без патологии.

В малом тазу выпот есть до 30,0 мл.

Послойные швы на рану. Дренирование подкожной жировой клетчатки, йод, асептическая повязка.

МАКРОПРЕПАРАТ: аппендикса 8,0- 0,8 гиперемирован, утолщён, с налётом фибрина в просвете нет.

После операции:

Промедол 2%- 1,0 в/м

Димедрол 1%- 2,0 в/м

Ампицилин по 1,0 г 4 раза в день в/м в течение 5 дней.

Груз на рану на 6 часов.

Реланиум 2,0 в/м 1 раз в день.

XI.Дневник.

ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ: 7.00**. 22.05. 99.**

Состояние соответствует тяжести перенесённой операции. В сознании. Язык сухой обложен белым налётом. Кожные покровы бледные чистые. В лёгких дыхание везикулярное хрипов нет. Тоны сердца ритмичные АД 140 / 80,. Ps 88 в мин. удовлетворительного наполнения, напряжения. Жалобы на боли в области операционного шва. Язык сухой обложен белым налётом. Аускультативно перистальтика не выслушивается. Живот умеренно напряжён, болезнен в зоне операции. Повязка сухая.

**24.05.99.**

Состояние больного средней тяжести. Язык сухой у корня обложен белым налётом. Кожные покровы чистые, бледные. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные АД 150/80. Ps.80 уд. в мин. ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный в области операционной раны. Симптомов воспаления брюшины нет. Перистальтические шумы кишечника прослушиваются. Газы отходят самостоятельно.

**26.05.99.**

Состояние больного удовлетворительное. Язык влажный у корня обложен белым налётом.

Кожные покровы матовые, чистые. В лёгких дыхание везикулярное хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. АД 140 / 80, Ps 80 уд в мин. удовлетворительного наполнения и напряжения.

Жалобы на боли в области послеоперационного шва. Симптомов воспаления брюшины нет. Аускультативно выслушивается нормальная перистальтика. Газы отходят самостоятельно. Живот мягкий болезненный в области послеоперационной раны. Диурез без патологии. Повязка сухая.

XII.Этапный эпикриз.

Больной ФИО, поступил в БСМП, 22.05.99. В экстренное хирургическое отделение, с жалобами на интенсивные боли в нижних отделах живота справа, схваткообразно усиливающиеся. Тошноту,озноб, общую слабость, недомогание. Был поставлен диагноз острый флегмонозный аппендицит. Местный ограниченный перитонит. Произведено хирургическое лечение: операция – аппендэктомия. Проводится антибиотикотерапия для борьбы с осложнениями. В процессе лечения наблюдается положительная динамика. В настоящее время состояние больного удовлетворительное. Наблюдение за больным прекращено в связи с окончанием курации.

Прогноз для жизни и здоровья благоприятный.

Рекомендации: в течение 6 месяцев избегать тяжёлых физических нагрузок.

XIII.Литература.

**1. Комаров Ф.И.**

**ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ**

М. Медицина 1991 г. стр. 202 - 249

1. **Старкова Н.Т.**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ**

М. Медицина 1991 г.

1. **Шелагуров А.А.**

**ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

М. Медицина 1975 г.

1. **Чазов Е.И.**

**БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СОСУДОВ**

М. Медицина 1992 г. том 3 стр. 280 - 442

1. **Ефимов А.С.**

**ДИАБЕТИЧЕСКИЕ АНГИОПАТИИ**

Киев « ЗДОРОВЬЕ » 1973 г. стр. 81 - 93

1. **Кукес В.Г.**

**КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ**

М. Медицина 1991 г.