**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

*ФИО*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Дата рождения*: 4 года (28.02.2009г.)

*Пол*: женский

*Домашний адрес*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Место учебы*: детский садик №3, группа №3.

*Место работы родителей*: мать – декрет, отец – КПД, транспортёрщик.

*Направившее учреждение*: поликлиника №5

 *Дата и время госпитализации*: 06.11.2013г. 19:20

*Диагноз при направлении:* Острый аппендицит - ?

*Диагноз при госпитализации:* Острый аппендицит.

*Клинический диагноз*: Острый гангренозный перфоративный аппендицит. Оментит. Местный неосложненный перитонит.

**ЖАЛОБЫ (со слов матери)**

При поступлении жалобы на сильную, постоянную боль в нижней части живота, больше справа, повышение температуры до 370 С, рвоту.

**ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)**

Со слов матери заболевание началось остро. Около 3 часов ночи с 5 на 6 ноября пациентку беспокоили боли в животе в околопупочной области. Мама дала линакс и смекту. Живот продолжал болеть. Ночью спала плохо. 6 ноября утром поднялась температура до 37,0 0С, боли в правой подвздошной области, была однократная рвота. Общее самочувствия плохое. В этот же день обратилась к участковому педиатру, была направлена в ВОДКБ.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)**

Родилась 28 февраля 2009 г, здоровым, доношенным ребёнком от I беременности. Растёт и развивается без отклонений соответственно возрасту.

Из перенесённых заболеваний мать отмечает простудные заболевания и ветряную корь.

Контакта с инфекционными больными не было.

Туберкулёз, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания у ребёнка и его родственников мать отрицает.

Привита по возрасту.

Аллергический и наследственный анамнезы не отягощены. Операций и гемотрансфузий не было.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

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

Температура тела – 370 С.

Вес − 16 кг, рост− 104 см.

Телосложение нормостеническое , питание удовлетворительное.

Кожные покровы чистые, теплые, сухие, тургор тканей хороший.

Видимые слизистые розовой окраски, чистые, без изъязвлений.

Состояние волос, ногтей удовлетворительное.

Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Лимфатические узлы доступные для пальпации не увеличены.

 В конфигурации скелета деформаций не выявлено, суставы правильной конфигурации, движения в них в полном объеме, безболезненны.

Степень развития мышц, сила и тонус их удовлетворительные.

Щитовидная железа не увеличена, подвижна, не спаяна с окружающими тканями, гладкая, при пальпации безболезненная.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.

*Осмотр грудной клетки*

Грудная клетка симметрична, подключичные ямки и межрёберные промежутки выражены. Лопатки контурируются, нижние углы на одном уровне. Надчревный угол около 90 градусов.

Дыхание через нос свободное. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно. Дыхание смешанного типа. Частота дыхания − 28 дыхательных движений в минуту. Дыхание ритмичное.

*Пальпация грудной клетки.*

Грудная клетка эластична. Болезненности кожи, мышц, костей, межрёберных нервов не выявлено.

*Аускультация лёгких.*

На симметричных участках лёгких по всем линиям выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов, крепитаций, шума трения плевры нет.

*Перкуссия*.

При сравнительной перкуссии над всей проекцией лёгких ясный легочной звук.

ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

*Осмотр области сердца и крупных сосудов.*

Выпячиваний в области сердца нет. Надчревная пульсация и сердечный толчок отсутствуют. Набухания вен шеи нет, патологических пульсаций вен и артерий нет.

*Пальпация сердца и сосудов.*

Пульс на правой руке – 110 ударов в минуту, пульс ритмичен, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 0,5 см кнутри от левой среднеключичной линии.

*Перкуссия сердца.*

Границы относительной сердечной тупости:

Правая: кнутри от правой парастернальной линии

Левая: 1см кнаружи от левой среднеключичной линии

 Верхняя: II межреберный промежуток

Поперечник сердца - 12 см.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая: Левая стернальная линия

Левая: На левой среднеключичной линии

Верхняя: III ребро

Поперечник сердца- 4см

 Границы сердца в пределах возрастной нормы.

*Аускультация сердца и сосудов.*

Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 120 в 1 мин.

АД на левой плечевой артерии – 110/65 мм.рт.ст

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Аппетит снижен. Губы бледно-розовые, сухие. Слизистая полости рта бледно-розовая, язык суховат, обложен белым налетом. Зев чистый. Высыпаний, кровоточащих изъязвлений нет.

Живот вздут. При поверхностной пальпации − мышечное напряжение, болезненность в правой подвздошной области. Симптомы Щёткина-Блюмберга, Раздольского положительны внизу живота, больше справа.

Над брюшной полостью определяется тимпанический перкуторный звук. Перкуссия в правой подвздошной области болезненна.

 Последний стул был 5 ноября.

Печень пальпируется у края реберной дуги: край острый, поверхность гладкая, болезненна. Размеры печени по Курлову 9 см – 8 см – 7 см. Желчный пузырь не пальпируется.

Селезенка не пальпируется. Перкуторно: длинник – 7 см, поперечник – 5 см.

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

 При осмотре поясничной области изменений не выявлено. В положении лежа и стоя почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Пальпация живота в проекции мочевого пузыря безболезненна. Половые органы развиты по женскому типу.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА

 Сознание ясное, память, речь не нарушены, идёт на контакт. Ребенок вялый. Выраженный симптом интоксикации.

Умственно развита хорошо. Обучается в детском саду №3. Успеваемость в саду хорошая.

Координация движений и чувствительность кожи не нарушена. Сухожильные рефлексы одинаковы с обеих сторон.

 **ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Общий анализ крови 6.11.2013 г.

Эритроциты - 3,8 х 1012/л

Гемоглобин- 112 г/л

ЦП- 0.96

Гематокрит 0,34

Тромбоциты- 279 х 1012/л

Лейкоциты – 19,5 х 109/л

Эозинофилы – 2%

Палочкоядерные 8%

Сегментоядерные - 71%

Лимфоциты - 17%

Моноциты - 2%

СОЭ - 10 мм/ч

*Заключение:* определяются признаки воспаления – выраженный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

В динамике:

9.11.лейкоциты – 8,7х109/л, палочкоядерные 3%, СОЭ – 41 мм/ч.

11.11. лейкоциты – 5,85х109/л, СОЭ – 24 мм/ч.

Заключение: отмечается количественное снижение признаков воспаления, что говорит о правильном лечении и подборе антибактериальных препаратов.

Общий анализ мочи 09.10.12

Цвет – светло-жёлтый

Прозрачность - прозрачная

Удельный вес – 1010

 Реакция − кислая

Белок - нет

Сахар - нет

Эпителий – плоский 0-1 в поле зрения

Лейкоциты – 0-1 в поле зрения

Эритроциты – 0-1 в поле зрения

*Заключение:* нарушений не выявлено.

Биохимический анализ крови 09.10.12.

Общий белок- 72,6 г/л

Альбумин- 43,0 г/л

Мочевина- 5,5 ммоль/л

Глюкоза- 8,1 ммоль/л

СРП - 60мг/л

*Заключение:*гликемия, повышение СРП – признак воспаления.

**ОБОСНОВАНИЕ ОСНОВНОГО ДИАГНОЗА**

На основании:

* *анамнеза:* Со слов матери заболевание началось остро около 3 часов ночи с 5 на 6 ноября. Пациентку беспокоили боли в животе в околопупочной области. Мама дала линакс и смекту. Живот продолжал болеть. Ночью спала плохо. 6 ноября утром поднялась температура до 37,0 0С, боли в правой подвздошной области, была однократная рвота. Общее самочувствия плохое.
* *данных объективного исследования:* у ребенка выраженный симптом интоксикации, повышенная температура тела, мышечное напряжение брюшной стенки, при пальпации боль в правой подвздошной области, положительные перитонеальные симптомы в правой подвздошной области.
* *данных лабораторно-инструментальных методов исследования*: лабораторно определяются признаки воспаления – выраженный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенный РСП.

*Можно поставить диагноз: острый аппендицит, перитонит.*

**ЛЕЧЕНИЕ**

Постановка диагноза острый аппендицит является абсолютным показанием к оперативному лечению. Хирургическая тактика у детей принципиально мало отличается от таковой у взрослых.

Обезболивание – общая анестезия, масочный наркоз; при запущенных формах аппендицита с признаками перитонита – переход на интубационный наркоз.

Обязательная предоперационная подготовка: соответствующая инфузионная терапия, премедикация.

В задачу предоперационной подготовки входит: уменьшение интоксикации, устранение нарушений гемодинамики, КОС и водно-электролитного обмена, борьба с гипертермией. Показаниями к предоперационной подготовке являются длительное обезвоживание организма (с рвотой, температурой, поносом), запущенные формы аппендицита, сопутствующая патология. Продолжительность предоперационной подготовки должна исходить из расчета 1 час на каждые сутки от начала заболевания, но не более 3 часов. При тенденции к нормализации t°, основных показателей гемодинамики и дыхания промедление с операцией недопустимо.

Наиболее распространенным доступом при неосложненном остром аппендиците является косо-переменный доступ Волковича-Дьяконова-Мак-Бурнея. Реже применяется разрез предложенный Леннандером (параректальный), Шпренгелем (поперечный), нижне-срединная лапаротомия. Выделение отростка может выполняться антеградным или ретроградным путем с лигированием и пересечением брыжейки отростка.

Отросток должен быть удален практически все­гда. Чаще применяется *ампутационный* метод удаления червеобразного отростка, реже - *экстирпационный*, известен также и *инвагинационный* метод аппендэктомии.

*Непогружной метод обработки культи*:

1) лигатурный (Кронлейн, 1886; Силиг, 1904; А.С.Кан-Коган, 1946; С.Д.Терновский, 1949);

*Погружные методы обработки культи*:

2) погружение перевязанной кетгутом культи в стенку слепой кишки (Тривс, 1889; А.А.Бобров, 1898 и др.);

3) погружение неперевязанной культи отростка в просвет слепой кишки (П.И.Дьяконов, 1902; Герман, 1901);

4) прикрытие неперевязанной культи отростка свободным трансплантатом или другие способы пластики местными тканями (Г.А.Колпаков, 1946; Болмен, Ллойд и Джонсон, 1957).

Более обоснованный лигатурный метод аппендэктомии: он ускоряет время операции и уменьшает опасность перфорации стенки слепой кишки при наложении кисетного шва.

Лапароскопическая аппендэктомия может быть обусловлена у детей в любой стадии аппендицита. Зачастую этот метод несёт диагностическую функцию.

**Обоснование лечения у данного пациента.**

Послеоперационное лечение. После аппендэктомии при не осложненных острых аппендицитах послеоперационный период обычно протекает гладко. Разрешается садиться в постельный на 2-й день и на 3-4 й день вставать при отсутствии осложнений.

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-х день - паровые котлеты, творог, простоквашу. В последующем больные получают общий стол.

Тампоны удаляют из брюшной полости постепенно: обычно из несколько разрыхляют и подтягивают на 4-5-й день после операции. Швы снимают на 6-7-й день.

Наличие у ребёнка клинической картины о. аппендицита является показанием к оперативному лечению.

Давность заболевания (около 20 ч. от появления первых симптомов до госпитализации), тяжесть общего состояния ребёнка, выраженный симптом интоксикации, высокий лейкоцитоз (Лейкоциты – 19,5 х 109/л) – говорят о деструктивных формах аппендицита и о возможном варианте местного перитонита. Поэтому ребёнок нуждается в хорошей предоперационной подготовке и проведении общей анестезии интубационным методом.

**Проведённое лечение.**

Предоперационная подготовка:

ИТ: Р-р Рингера 250 мл

 Р-р Глюкозы 5% 250 мл

Премедикация (за 30 мин): Sol. Atropini 0,1% - 0,5 ml п/к

 Sol. Dimidroli 1,0% - 1,0 ml в/м

Операция с 2210 по 2310 06.11.13: аппендэктомия, резекция участка большого сальника, дренирование брюшной полости.

Наркоз: масочный наркоз изофлюраном.

Описание операции:

Разрезом Фовлера в правой подвздошной области послойно вскрыта брюшная полость. В рану выведена слепая кишка с червеобразным отростком. Верхушка отростка черного цвета с перфорацией. Аппендэктомия ампутационным способом с погружением культи отростка кисетным и Z- образным швами. При ревизии большого сальника обнаружен участок 2х3 см инфильтрации с фибрином, резекция участка сальника. Брюшная полость осушена, петли тонкой кишки с точечными кровоизлияниями. Поставлен резиновый дренаж. Рана послойно ушита. Наложена асептическая повязка.

Макропрепарат: отросток 10 см, верхушка черного цвета с перфорацией, участок большого сальника 2х3см инфильтрирован, утолщен.

Диагноз: Острый гангренозный перфоративный аппендицит. Оментит. Местный неосложненный перитонит.

Ребенок переведен в РАО.

**Послеоперационное лечение.**

* голод в течение первых суток, на вторые сутки стол Оа.
* ИТ: ребёнок массой 16 кг Р-р Рингера 550мл

ЖП 1340 1380 мл

ЖТПП (зонд в желудок) 40 мл Р-Р Глюкозы 5% 270 мл

 Р-р КСl 7,5% 15 мл

 Р-р Глюкозы 450 мл

 Р-р КСl 7,5% 20 мл

 1305 мл

* антибактериальная терапия:

 Cefotaxini 500mg в/в 2 раза в сутки, через каждые 8 ч.

 Amikacini 80 mg в/в 1 раз в сутки.

* Симптоматическое лечение: обезболивание + жаропонижающее, т.к. у ребёнка в первые сутки температура тела 38,0 0С

 Sol. Analgini 50% - 0,4ml

 Sol. Dimidroli 1% - 0,5ml в/м 3 раза в сутки

Демидрол так же оказывает противовоспалительный и седативный эффект.

* Осмотр п/операционной раны, отделяемое по дренажу, чистая перевязка.

**ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ДО ДНЯ КУРАЦИИ**

До дня курации наблюдалось положительная динамика лечения: улучшалось общее состояние организма, температура спала на 2 вторые после операции, на третий день после операции ребёнок был переведён из РАО в хирургическое отделение. Показатели ОАК, ОАМ на третьи сутки в пределах нормы. Рана не промокла, выделялось незначительное количество серозной жидкости. Швы лежали хорошо, не воспалялись.

**ДНЕВНИКИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Дата*  | *Содержание дневника* | *Назначения* |
| 14.11. 2013 г |  Состояние ближе к удовлетворительному, температура тела 36,60С. Жалобы на умеренную боль в области п/операционной раны. Язык влажный, не обложен. Слизистые розовые, влажные, чистые. АД – 90/55 мм.рт.ст, Cor: пульс 92 уд/мин, хорошего наполнения и напряжения, ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные. Pulmon: Дыхание везикулярное, ЧД – 24 в мин.  Живот мягкий, болезненный в области операционной раны.  | Стол: П Режим: палатныйCefotaxini 500mg в/в 2 раза в сутки, через каждые 8 ч. УВЧ на область послеоперационной раны |
| 15.11.2013 г | Состояние ближе к удовлетворительному, температура тела 36,80С. Жалобы на умеренную боль в области п/операционной раны. Язык влажный, не обложен. Слизистые розовые, влажные, чистые. АД – 90/55 мм.рт.ст, Cor: пульс 86 уд/мин, хорошего наполнения и напряжения, ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные. Pulmon: Дыхание везикулярное, ЧД – 24 в мин.  Живот мягкий, безболезненный.Рана спокойна, обработана брилиантовой зеленью. | Стол: П  Режим: палатный Cefotaxini 500mg в/в 2 раза в сутки, через каждые 8 ч.УВЧ на область послеоперационной раны |
| 18.11. 2013 г | Состояние ближе к удовлетворительному, температура тела 36,80С. Жалобы на умеренную боль в области п/операционной раны. Язык влажный, не обложен. Слизистые розовые, влажные, чистые. АД – 90/55 мм.рт.ст, Cor: пульс 80 уд/мин, хорошего наполнения и напряжения, ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные. Pulmon: Дыхание везикулярное, ЧД – 22 в мин.  Живот мягкий, безболезненный.Рана спокойна, обработана брилиантовой зеленью. | Стол: П, Режим: палатныйCefotaxini 500mg в/в 2 раза в сутки, через каждые 8 ч.УВЧ на область послеоперационной раны |

**ЭПИКРИЗ**

 Николаева Виолетта Александровна, 4 года поступила 6.11.13 с жалобами на сильную, постоянную боль в нижней части живота, больше справа, повышение температуры до 370 С, рвота. На основании объективного обследования (у ребенка выраженный симптом интоксикации, повышенная температура тела, мышечное напряжение брюшной стенки, при пальпации боль в правой подвздошной области, положительные перитонеальные симптомы в правой подвздошной области.); на основании данных лабораторных и инструментальных исследований: выраженный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенный РСП.

 Был выставлен диагноз: Острый аппендицит. Выполнена аппендэктомия 6.11.13. Получала следующее лечение: Sol. Glucosae 5%-270,0, KCl 7,5 %-15,0 внутривенно капельно, Sol. Ringeri-550,0, KCl 7,5 %-20,0 внутривенно капельно.

Cefotaxini 500mg в/в 2 раза в сутки, через каждые 8 ч.

Amikacini 80 mg в/в 1 раз в сутки.

 Sol. Analgini 50% - 0,4ml

 Sol. Dimidroli 1% - 0,5ml в/м 3 раза в сутки

 В результате лечения состояние больной улучшилось. Продолжает лечение.

**ПРОГНОЗ**

В отношении жизни и здоровья − прогноз благоприятный.

**ПРОФИЛАКТИКА**

Правильно организованное разнообразное питание вполне способно играть роль эффективной профилактики аппендицита. Избежать этого опасного заболевания помогут следующие рекомендации:

- питание должно быть регулярным

- в меню не должны преобладать трудно перевариваемые мясные блюда

- в рацион следует включать больше фруктов и овощей, являющихся источниками клетчатки

- мясные блюда рекомендуется сочетать с источниками клетчатки (клетчатка раздражает слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, рефлекторно повышается отделение пищеварительных соков, и процесс пищеварения интенсифицируется, животные белки перевариваются быстрее, не возникают запоры). Овощи - лучший гарнир к мясу и рыбе

- при хроническом аппендиците рекомендуется выпивать в день не менее литра цельного коровьего молока

- прекрасное профилактическое средство против аппендицита - непросеянная пшеница она содержит отруби. Регулярное потребление отрубного хлеба поможет избежать аппендицита

- профилактику аппендицита можно проводить овощными соками. Наиболее подходят для этой цели морковный, свекольный и огуречный соки. Их можно пить как по отдельности, так и в виде смеси (на три части морковного сока - по одной части свекольного и огуречного соков)

- чай из семян пажитника, выпиваемый регулярно, поможет своевременному очищению червеобразного отростка от гниющих остатков пищи. Приготовление чая: одну столовую ложку семян залить литром холодной воды и кипятить на слабом огне не менее получаса.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДАННОГО БОЛЬНОГО**

Особенностями течения заболевания у данной больной являются:

* Выраженная интоксикация
* Осложненное течение аппендицита (оментит, Местный неоcложнённый перитонит)

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Шмаков А. П. Практикум по детской хирургии, Витебск, издательство ВГМУ,2001-290с.
2. Ю.Ф Исаков, Э.А. Степанов Хирургические болезни у детей-2-е издание 1998-704
3. Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми. Капитан Т.В.\_2006