Паспортная часть

Ф.И.О.

Возраст: 9 лет

Поступил:

Диагноз (основной, сопутствующий, осложнения):Острый гангренозный перфоративный аппендицит. Разлитой гнойно-фибринозно-каловый перитонит. ДЦП.

Диагноз:

При направлении: Острый аппендицит, перитонит.

При поступлении: Острый аппендицит, перитонит.

Клинический: Острый гангренозный перфоративный аппендицит. Разлитой гнойно-перфоративно-каловый перитонит.

АНАМНЕЗ

АНАМНЕЗ НАСТОЯЩЕГОЗАБОЛЕВАНИЯ: Ребенок заболел остро, 30.01.2011 около 8.30 утра, когда у него появились боли в животе, тошнота, был однократный жидкий стул. Находились дома, никуда не обращались, пили Лопрамид, Парацетамол, эффекта не было. На следующее утро повысилась температура до 37 С, вызвали скорую помощь.

В больницу поступил в экстренном порядке 31.01.2011 г.

Акушерский анамнез. Ребенок от 2 беременности, 2 родов. Роды преждевременные, протекали нормально. Масса при рождении 1900 гр.

Анамнез жизни: Родился 22.06.2001 г. в полной семье, желаным ребенком. С рождения болеет ДЦП, в росте и развитии несколько отстает от сверстников.

Аллергологический анамнез не отягощен. Со слов отца непереносимость лекарственных препаратов и антибиотиков отсутствует.

Эпидемиологический анамнез не отягощен, не контактировал с больными туберкулезом и другими опасными инфекционными заболеваниями.

СОСТОЯНИЕ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ.

Состояние ребенка средней тяжести. Положение вынужденное. Сознание ясное, настроение спокойное, реакция на осмотр адекватная, ориентирована в пространстве и времени. В контакт входит быстро и легко.

Рост 123 см, масса тела 22 кг. Температура тела 36,8. При осмотре: кожа бледно-розовой окраски, рубцов нет. Волосы хорошей густоты, блестящие, не ломкие. Ногти ровные, розовые, блестящие. Брови и ресницы без особенностей. При пальпации: кожа умеренной влажности, эластична, чувствительность сохранена. ПОДКОЖНО-ЖИРОВАЯ КЛЕТЧАТКА слабо развита, распределена равномерно, видимых отеков на лице и голени нет. При пальпации: подкожно-жировой слой упругий, тургор ткани хороший.

МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА. При осмотре: мышцы развиты слабо. При пальпации: тонус мышц несколько повышен на нижних конечностях. Мышечный тонус в руках D>S, всгибателях. Гипотрофия проксимальных и дистальных групп мышц правой руки, правой ноги. Сила мышц ослаблена. Болезненности при пальпации мышц нет.

КОСТНАЯ СТРРУКТУРА без деформаций, обнаруживаются изменения в суставах, активные и пассивные движения в некоторых суставах ограничены: локтевые, бедренные, коленные, суставы запястья.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ. Жалоб нет. ОСМОТР: Кожа лица бледно-розовая, видимые слизистые оболочки розовой окраски. Одышки нет. Дыхание через нос не затрудненное. Носовые ходы свободны. Голос не изменён. Кашля нет. Грудная клетка цилиндрической формы, правая и левая половины грудной клетки симметричны. Ключицы и лопатки расположены на одном уровне, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно; вспомогательные мышцы в акте дыхания участия не принимают. Тип дыхания брюшной. Над- и подключичные ямки обозначены достаточно, одинаково выражены справа и слева. Частота дыхания - 18/мин. Ритм дыхания правильный. Зев не гиперемирован, чистый ПАЛЬПАЦИЯ: При пальпации грудной клетки болезненности не отмечается, эластичность удовлетворительная. Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой.. ПЕРКУССИЯ: Сравнительная перкуссия. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук. Очаговых изменений перкуторного звука нет. Топографическая перкуссия. Высота стояния верхушек: справа спереди 2,5 см выше уровня ключицы слева спереди 2,5 см выше уровня ключицы справа сзади на уровне остистого отростка 7-го шейного позвонка слева сзади на 0,5 см выше уровня остистого отростка 7-го шейного позвонка Ширина полей Кернига: справа - 4 см, слева - 4 см. Нижние границы легких: топографическая линия справа слева среднеключичная 6 ребо/ 6 ребро. средняя подмышечная 8 ребро/8 ребро лопаточная 10 ребро/10 ребро паравертебральная остистый отросток 11грудного позвонка Подвижность нижнего края легких: на вдохе 3 см, на выдохе 2 см, сумма 5 см по лопаточной линии. АУСКУЛЬТАЦИЯ: Дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются. Бронхофония не изменена.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА. Жалоб нет. Осмотр: грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок визуально не определяется. Пульсации в эпигастральной области не выявлено. Форма пальцев не изменена. ПАЛЬПАЦИЯ: Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии. Он локализован, средней силы, нормальной резистентности. Сердечный толчок не пальпируется. Эпигастральная пульсация не выявляется. Симптома "кошачьего мурлыканья" не выявлено. Пульс на лучевых артериях одинаков на обеих руках. ЧСС - 90/мин. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, равномерный. ПЕРКУССИЯ: Границы относительной тупости сердца: правая у правого края грудины левая 0,5 см кнутри от среднеключичной линии на уровне 5-го межреберья верхняя на уровне 3 ребра, по парастернальной линии Поперечник относительной тупости сердца 5 см. Сердце имеет нормальную конфигурацию. Границы абсолютной тупости сердца: правая левый край грудины левая совпадает с левой границей относительной тупости верхняя на уровне 4 ребра, по парастернальной линии Поперечник абсолютной тупости сердца 5 см. Правая и левая границы сосудистого пучка расположены во 2-ом межреберье, по соответствующим краям грудины. Поперечник сосудистого пучка 3,5 см. АУСКУЛЬТАЦИЯ: Тоны сердца ясные, звучные. Шумов нет. ЧСС - 90/мин. Ритм правильный. АД - 100/60. При аускультации сосудов изменений не выявлено.

СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ. Жалобы на резкую боль в животе, особенно в правой подвздошной области, постоянного характера, тошноту. ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА И ЗЕВА: Слизистая губ розовой окраски, достаточной влажности, без трещин и герпетических высыпаний. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ и щек, десен розовой окраски, влажная, блестящая, высыпания и изъязвления отсутствуют. Язык нормальной величины и формы, розовой окраски, достаточно влажный, без трещин и язв, обложен белым, легко снимающимся налетом.

ОСМОТР ЖИВОТА: Форма живота в положении ребенка лежа и стоя обычная. Живот в объеме не увеличен. Живот симметричен. Мышцы передней брюшной стенки не участвуют в акте дыхания, напяжены. Расхождения прямых мыщц живота, грыжи и других поверхностных образований не обнаруживается.

ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА: При пальпации отмечается резкая болезненность по всей поверхности живота, усиливиающаяся в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга, Менделя) положительны. ПАЛЬПАЦИЯ ПЕЧЕНИ: нижний край печени пальпируется по среднеключичной линии на 1 см ниже правого края реберной дуги. Нижний край печени острый, мягко-эластичный, ровный, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. При поколачивании по реберной дуге болезненность отсутствует (симптом Ортнера отрицательный). ПЕРКУССИЯ ПЕЧЕНИ: Размеры печени по Курлову: По правой среднеключичной линии 8 см, По передней срединной линии 7 см, По левой реберной дуге 5 см,

АУСКУЛЬТАЦИЯ ЖИВОТА: При аускультации не выслушиваются перистальтика кишечника. Селезенка не пальпируется.

ОРГАНЫ МОЧЕОБРАЗОВАНИЯ И МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ. Жалоб не предъявляет. ОСМОТР: Отеков лица не отмечено. Форма и размеры живота не изменены. При осмотре поясничной области отечности и гиперемии кожи нет. АД - 100/60. Специфический запаха изо рта ацетона. ПАЛЬПАЦИЯ: Наличия отеков в области поясницы, крестца, нижних конечностей не выявлено. Асцита нет. Почки не пальпируются, пальпация болезненна. Мочевой пузырь не пальпируется, пальпация безболезненна. Пальпация по ходу мочеточников безболезненна. ПЕРКУССИЯ: Мочевой пузырь над лонным сочленением не выступает. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. СИСТЕМА КРОВИ И ОРГАНОВ КРОВЕТВОРЕНИЯ. Жалоб нет. ОСМОТР: Кожные покровы бледные, видимые слизистые оболочки бледно- розовой окраски. Геморрагической сыпи не выявлено. Лимфоузлы визуально не увеличены. Увеличения и асимметрии живота нет. НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС: Сознание ясное. Больной правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен. Восприятие не нарушено, внимание не ослаблено, память сохранена. Мышление не нарушено. Речь связанная, словарный запас достаточный. Настроение ровное, эмоции адекватные. Головных болей, головокружений нет. Сон глубокий, ровный, продолжительностью 8 - 10 часов. Зрение и слух в норме. Менингиальных симптомов нет.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА Рост 123 см, ниже нормы. Щитовидная железа сформирована правильно, имеет 2 дольки и перешеек, не увеличена. Вторичные половые признаки отсутствуют.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС: Живот в объеме не увеличен,симметричен. Мышцы передней брюшной стенки не участвуют в акте дыхания, напяжены. При пальпации отмечается болезненность по всей поверхности живота, усиливающаяся в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины положительны (Щеткина-Блюмберга, Менделя).

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: Острый аппендицит. Перитонит.

Диагноз обоснован на:

- жалобах больного на боль в животе, особенно в правой подвздошной области, постоянного характера, тошноту. -на анамнезе заболевания: заболел остро, 30.01.2011 около 8.30 утра, когда у него появились боли в животе, тошнота, был однократный жидкий стул. Находились дома, никуда не обращались, пили Лопрамид, Парацетамол, эффекта не было. На следуюющее утро повысилась температура до 37 ̊, вызвали скорую помощь.

-на результатах клинического исследования: Живот в объеме не увеличен, симметричен. Мышцы передней брюшной стенки не участвуют в акте дыхания, напяжены.

При пальпации отмечается болезненность по всей поверхности живота, симптомы раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга, Менделя) положительны.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1. Общий анализ крови,
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови.
4. УЗИ
5. Лапороскопия.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ И КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ (1.02.2011г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель |  | Норма |
| Эритроциты (х )Гемоглобин (г/л)Цветной показательГематокрит (%)СОЭ (мм/ч)Лейкоциты (х )палочкоядерные (%)сегментоядерные (%)лимфоциты (%)моноциты (%) | 3,41101,034198,668347 | 3,5-4,7110-1450,8-1,1До 45%4-124,5-100,5-535-6524-542-10 |

Заключение: повышено СОЭ, низкое сдержание гемоглобина.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ (7.02.2011г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель |  | Норма |
| Эритроциты (х )Гемоглобин (г/л)Цветной показательГематокрит (%)СОЭ (мм/ч)Лейкоциты (х )палочкоядерные (%)сегментоядерные (%)лимфоциты (%)моноциты (%) | 4,31211,033,9512,576221\_ | 3,5-4,7110-1450,8-1,14-124,5-100,5-535-6524-542-10 |

Заключение: повышено содержание лейкоцитов.

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ (01.02.2011 г.)

Белок 57 (62-82 г/л)

Биллирубин 8,8 (3,4-20,7 мкмоль/л)

Мочевина 3,0 (4,3-7,3 ммоль/л)

Амилаза 19 (до 120 ед/л)

АЛТ 20 (до 40 ед/л)

АСТ 25 (до 40 ед/л)

Заключение: показатели в норме.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ (01.02.2011 г.)

Цвет соломенно-желтый;

Прозрачность – прозрачная;

Удельный вес 1014 (1012-1020);

Белок 0,033 г/л (до 0,036 г/л)

Реакция кислая;

Лейкоциты 3-2-3;

Эритроциты единичные.

Заключение: нормальные показатели.

ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ (07.02.2011 г.)

Цвет соломенно-желтый;

Прозрачность – прозрачная;

Удельный вес 1012 (1012-1020);

Белок отрицательный;

Реакция нейтральная;

Лейкоциты 2-2-4;

Эритроциты – ;

Эпителий плоский 1-1-3.

Заключение: лейкоциты и эритроциты выше нормы.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (07.02.2011)

Печень – у края реберной дуги, структура однородная, средней эхогенности. Усилен рисунок периферических портальных трактов.

Желчный пузырь – 52х16 мм, овальной формы, стенки не утолщены, просвет свободен.

Поджелудочная железа – размеры в норме, контуры ровные, структура несколько неоднородная, средней эхогенности.

Почки – размеры в норме, топика обычная, структурные.

Мочевой пузырь – просвет свободен.

В межпетельном пространстве – незначительное количество свободной жидкости.

Консультации

Терапевт

Жалобы на кашель, температуру до 38 ̊

Обективно: из носа слизистые выделения, зев гиперемирован. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Диагноз: ОРЗ.

Лор.

Жалобы на насморк. Диагноз: Острый риннит.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Дифференциальный диагноз в токсической и терминальной стадиях перитонита, как правило, не представляет серьезных затруднений, но именно в этих стадиях лечение перитонита часто оказывается малоэффективным.

При остром панкреатите можно выявить ряд характерных симптомов. Вместе с тем при панкреатите могут отсутствовать симптомы раздражения брюшины, температура тела в начале заболевания остается нормальной. Отмечаются неукротимая рвота, опоясывающая боль, кишечные шумы выслушиваются во всем животе. Содержание диастазы в крови и моче значительно увеличивается.

Острая механическая кишечная непроходимость клинически отличается от перитонита только в ранней стадии. При развитии перитонита дифференциальная диагностика указанных заболеваний затруднительна. Следует отметить, что при кишечной непроходимости боль носит довольно интенсивный приступообразный характер, а при перитоните она постоянная. Кишечные шумы при кишечной непроходимости вначале резко усилены, иногда определяется видимая на глаз перистальтика.

Для печеночной колики характерны приступообразная боль в правом подреберье, которая обычно иррадиирует в правую лопатку, рвота небольшим количеством желудочного содержимого с примесью желчи. При введении спазмолитиков приступ печеночной колики купируется.

При обострении язвенной болезни, особенно при пенетрации язвы в поджелудочную железу, отмечается довольно интенсивная боль в животе постоянного характера, но защитное напряжение мышц живота и симптом Щеткина-Блюмберга отсутствуют, кишечные шумы обычные. Температура тела остается нормальной, тахикардия отсутствует, язык влажный.

Почечная колика может сопровождаться болевыми ощущениями в животе, его вздутием, запором, задержкой отхождения газов и симулировать "острый" живот. Однако локализация боли преимущественно в поясничной области, ее приступообразный характер, иррадиация в бедро, половые органы, отсутствие связи боли с переменой положения тела больного, беспокойное поведение больного, отсутствие гипертермии, симптомов раздражения брюшины, лейкоцитоза, а также характерные изменения в моче позволяют отдифференцировать почечную колику от перитонита.

Дифференциальную диагностику проводят и с некоторыми заболеваниями, которые не связаны с поражением органов брюшной полости (пневмония, острый инфаркт миокарда, базальный плеврит, множественные переломы ребер, опоясывающий лишай) и могут сопровождаться симптомами, характерными для перитонита. В этих случаях помогает тщательное исследование органов грудной полости с использованием инструментальных методов, прежде всего рентгенологического.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ. Острый гангренозный перфоративный аппендицит. Разлитой гнойно-перфоративно-каловый перитонит.

Сопутствующий: ДЦП, ОРВИ.

Диагнорз обоснован на:

- жалобах больного на боль в животе, особенно в правой подвздошной области, постоянного характера, тошноту. -на анамнезе заболевания: заболел остро, 30.01.2011 около 8.30 утра, когда у него появились боли в животе, тошнота, был однократный жидкий стул. Находились дома, никуда не обращались, пили Лопрамид, Парацетамол, эффекта не было. На следующее утро повысилась температура до 37 ̊, вызвали скорую помощь.

-на результатах клинического исследования: Живот в объеме не увеличен, симметричен. Мышцы передней брюшной стенки не участвуют в акте дыхания, напяжены.

При пальпации отмечается болезненность по всей поверхности живота, симптомы раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга, Менделя) положительны.

- на данных лабототорных исследований:

Общий анализ крови (1.02.2011г.): Эритроциты 3,4  , гемоглобин 110 г/л, Цветной показатель 1.0, гематокрит 34%, СОЭ 19мм/ч, лейкоциты 8,6х 

Биохимический анализ крови (01.02.2011 г.)

Белок 57 (62-82 г/л)

Биллирубин 8,8 (3,4-20,7 мкмоль/л)

Мочевина 3,0 (4,3-7,3 ммоль/л)

Амилаза 19 (до 120 ед/л)

АЛТ 20 (до 40 ед/л)

АСТ 25 (до 40 ед/л)

Общий анализ мочи (01.02.2011 г.)

Цвет соломенно-желтый;

Прозрачность – прозрачная;

Удельный вес 1014

Белок 0,033 г/л (до 0,036 г/л)

Реакция кислая;

Лейкоциты 3-2-3;

Эритроциты единичные.

-на данных лапороскопии 31.01.2011 г. Петли тонкого кишечника покрыты фибрином, определяется выраженный слипчевый процесс. В правой подвздошной области имеется инфильтрат при разьединении которого так-же выделился гной. В инфильтрате находился червеобразный отросток багрово-синюшного цвета, плотно спаянный с окружающими тканями. И опускающийся в малый таз. Червеобразный отросток резко был мобилизирован длина до 4 см. Аппендикс отечен, напряжен, покрыт фибрином в дистальной трети имеется перфоративное отверстие с каловым отделяемым. Решено произвести лапоротомию.

Заключение: Гангренозно-перфоративный аппендицит. Разлитой гнойный перитонит.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ.

1. Подготовка к операции.
2. Оперативное лечение: аппендектомия и санация брюшной полости.
3. Консервативная терапия: антибиотикотерапия, восполнения электролитов, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, противоспаечная терапия.

1. Предоперационная подготовка, направлена на восполнение ОЦК, и улучшения показателей гнематокрита. С этой целью применяется 5% рарствор глюкозы 400,0 мл; КСl 20,0 мл, сульфат магния 3,0.

2. Оперативное лечение:

Протокол операции. Лапороскопия. 31.01.2011 г.

Операционное поле обработано спиртовым раствором хлоргексидина. В нижней параумбаликарной точке в брюшную полость введен 10-мм троакарс электронным инсуфлятором наложен карбоксиперитонеум. Брюшная полость осмотрена 10-мм оптической системой OES.

Дополнительно: 5-мм троакар в т. MсBurney и 5-мм в правой подреберной области.

В брюшной полости во всех отделах: правой боковой канал, левый боковой канал, малый таз в области печени и селезенки определяется большое количество гноя.

Произведено санация брюшной полости эвакуировано 150 мл гноя. Петли тонкого кишечника покрыты фибрином, определяется выраженный слипчевый процесс.

В правой подвздошной области имеется инфильтрат при разьединении которого также выделился гной. В инфильтрате находился червеобразный отросток багрово-синюшного цвета, плотно спаянный с окружающими тканями. И опускающийся в малый таз. Червеобразный отросток резко был мобилизирован длина до 4 см. Аппендикс отечен, напряжен, покрыт фибрином в дистальной трети имеется перфоративное отверстие с каловым отделяемым. Решено произвести лапоротомию.

Заключение: Гангренозно-перфоративный аппендицит. Разлитой гнойный перитонит.

Протокол операции. Лапоротомическая аппендектомия. 31.01.2011г.

Переход от лапороскопии. Под интубационным наркозом после обработки операционного поля произведена среднесрединная лапоротомия. В брюшной полости: в правом и левом боковых каналах, в правой подвздошной области, малом тазу, под диафрагмой, под печенью, в межпетельных пространствах серо-коричневый гной в количестве 200 мл. петли тонкого кишечника отечны иньецированы, покрыты гнойным фибрином. В правой подвздошной области остаточная полость периапендикулярного абсцесса, обнаружен гангренозно измененый червеобразный отросток с пероративным отверствием в середине диаметром 5мм. произведена аппендектомия погружным способом с дополнительной перитонизацией Z-образным швом. Санация брюшной полости 4000 мл водного раствора хлорексидина до чистых вод.

Протокол операции. Санация брюшной полости (2.02.2011 г.)

Под интубационным наркозом после обработки операционного поля, распущены провизорные швы. В брюшной полости 100 мл мутного серозного выпота. Петли тонкого кишечника отечны, иньецированы, количество фибрина на петлях значительно меньше. При ревизии брюшной полости новых абсцессов нет, культя червеобразного отростка состоятельна. Санация брюшной полости 3000 мл водного раствора хлоргексидина до чистых вод. Послойные швы на рану. Асептическая повязка.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ:

ЦЕФОБИД 1гр в сутки. Цефалоспориновый антибиотик III поколения для парентерального введения. Действует бактерицидно, нарушая синтез клеточной стенки микроорганизмов. Обладает широким спектром действия. Активен в отношении грамположительных микроорганизмов

МЕТРОГИЛ 40,0 гр, 1 раз в день, используется в качестве противомикробного препарата.

Инфузионная терапия 5% раствор глюкозы 400,0 мл; КСl 20,0 мл, сульфат магния 3,0, с целью детоксикации и активации кишечной перистальтики.

Противоспаечная терапия: ПРОЗЕРИН 0,75 мл 0,5% раствор, активирует перистальтику кишечника.

КАБИВЕН 700,0мл в сутки, средство для парентерального введения содержит: Глюкоза 11%, Вамин 18, Новум - 400 мл,Интралипид 20% - 340 мл. Энергетическая ценность - 1400 ккал

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ

10.02.2011 г.

Жалобы на умеренные боли в местах операционного доступа при движении.

Состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, бледно-розового цвета, слизистые влажные, язык обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 20 в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 80 в минуту.

Живот обычной формы, в акте дыхания участвует симметрично. При пальпации живот безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Аускультативно шум перистальтики кишечника прослушиваются умеренно. Аппетит не нарушен. Стул неоформленный, регулярный, мочеиспускание не нарушено.

12.02.2011 г.

Жалобы на боли в местах операционного доступа при движении.

Состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розового цвета, влажные, язык обложен белым налетом. Температура тела 37,0, насморк. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 20 в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 78 в минуту.

Живот обычной формы, в акте дыхания участвует симметрично. При пальпации живот безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Аускультативно шум перистальтики кишечника прослушиваются умеренно. Печень не увеличена. Аппетит не нарушен. Стул и мочеиспускание не нарушено.

12.02.2011 г.

Жалобы на боли в области операционного доступа при движении.

Состояние удовлетварительное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розового цвета, влажные, язык обложен белым налетом. Температура тела 37,0, насморк. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 84 в минуту.

Живот обычной формы, в акте дыхания участвует симметрично. При пальпации живот безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Аускультативно шум перистальтики кишечника прослушиваются умеренно. Печень не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушено.

ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ.

В больницу поступил в экстренном порядке 31.01.2011 г. с жалобами на резкую боль в животе, особенно в правой подвздошной области, постоянного характера, тошноту, с предварительным диагнозом острый аппендицит, перитонит.

Ребенок заболел остро, 30.01.2011 около 8.30 утра, когда у него появились боли в животе, тошнота, был однократный жидкий стул. Находились дома, никуда не обращались, пили Лопрамид, Парацетамол, эффекта не было. На следующее утро повысилась температура до 37С вызвали скорую помощь. Аллергологический анамнез не отягощен. Непереносимости лекарственных препаратов и антибиотиков нет.

Состояние при поступлении: средней тяжести. Положение вынужденное. Сознание ясное, настроение спокойное, реакция на осмотр адекватная, ориентирована в пространстве и времени. В контакт входит быстро и легко. Температура тела 36,8. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, звучные. Шумов нет. ЧСС - 90/мин. Ритм правильный. АД - 100/60. При аускультации сосудов изменений не выявлено.

Форма живота в положении ребенка лежа и стоя обычная. Живот в объеме не увеличен. Живот симметричен. Мышцы передней брюшной стенки не участвуют в акте дыхания, напряжены. При пальпации отмечается болезненность по всей поверхности живота, симптомы раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга, Менделя) положительны. Общий анализ крови (1.02.2011г.): Эритроциты 3,4  , гемоглобин 110 г/л, Цветной показатель 1.0, гематокрит 34%, СОЭ 19мм/ч, лейкоциты 8,6х  Заключение: повышено СОЭ, низкое содержаниие гемоглобина.

Общий анализ крови (7.02.2011г.): Эритроциты 4,3  , гемоглобин 121 г/л, Цветной показатель 1.0, гематокрит 33,9%, СОЭ 5 мм/ч, лейкоциты 12,5х  Заключение: повышено содержание лейкоцитов.

Биохимический анализ крови (01.02.2011 г.)

Белок 57 (62-82 г/л)

Биллирубин 8,8 (3,4-20,7 мкмоль/л)

Мочевина 3,0 (4,3-7,3 ммоль/л)

Амилаза 19 (до 120 ед/л)

АЛТ 20 (до 40 ед/л)

АСТ 25 (до 40 ед/л)

Общий анализ мочи (01.02.2011 г.)

Цвет соломенно-желтый;

Прозрачность – прозрачная;

Удельный вес 1014

Белок 0,033 г/л (до 0,036 г/л)

Реакция кислая;

Лейкоциты 3-2-3;

Эритроциты единичные.

Ультразвуковое исследование (07.02.2011)

Печень – у края реберной дуги, структура однородная, средней эхогенности. Усилен рисунок периферических портальных трактов.

Желчный пузырь – 52х16 мм, овальной формы, стенки не утолщены, просвет свободен.

Поджелудочная железа – размеры в норме, контуры ровные, структура несколько неоднородная, средней эхогенности.

Почки – размеры в норме, топика обычная, структурные.

Мочевой пузырь – просвет свободен.

В межпетельном пространстве – незначительное количество свободной жидкости.

Было проведена диагнозтическая лапороскопия 31.01.2011 г.

Во время чего обнаружено в брюшной полости во всех отделах: правой боковой канал, левый боковой канал, малый таз в области печени и селезенки определяется большое количество гноя.

Произведено санация брюшной полости эвакуировано 150 мл. гноя. Петли тонкого кишечника покрыты фибрином, определяется выраженный слипчевый процесс.

В правой подвздошной области имеется инфильтрат при разъединении которого также выделился гной. В инфильтрате находился червеобразный отросток багрово-синюшного цвета, плотно спаянный с окружающими тканями. И опускающийся в малый таз. Червеобразный отросток резко был мобилизирован длина до 4 см. Аппендикс отечен, напряжен, покрыт фибрином в дистальной трети имеется перфоративное отверстие с каловым отделяемым. Решено произвести лапоротомию.

Заключение: Гангренозно-перфоративный аппендицит. Разлитой гнойный перитонит.

Было проведено хирургическое лечение: Лапоротомическая аппендектомия. 31.01.2011г.

Переход от лапороскопии. Под интубационным наркозом после обработки операционного поля произведена среднесрединная лапоротомия. В брюшной полости: в правом и левом боковых каналах, в правой подвздошной области, малом тазу, под диафрагмой, под печенью, в межпетельных пространствах серо-коричневый гной в количестве 200 мл. петли тонкого кишечника отечны иньецированы, покрыты гнойным фибрином. В правой подвздошной области остаточная полость периапендикулярного абсцесса, обнаружен гангренозно измененый червеобразный отросток с пероративным отверствием в середине диаметром 5мм. произведена аппендектомия погружным способом с дополнительной перитонизацией Z-образным швом. Санация бршной полости 4000 мл водного раствора хлорексидина до чистых вод. Заметного улучшения состояния не наступило связи с чем принято было провести санацию брюшной полости (2.02.2011 г.)

Под интубационным наркозом после обработки операционного поля, распущены провизорные швы. В брюшной полости 100 мл мутного серозного выпота. Петли тонкого кишечника отечны, иньецированы, количество фибрина на петлях значительно меньше. При ревизии брюшной полости новых абсцессов нет, культя червеобразного отростка состоятельна. Санация брюшной полости 3000 мл водного раствора хлоргексидина до чистых вод. Послойные швы на рану. Асептическая повязка.

Консервативная терапия: антибиотикотерапия, восполнения электролитов, дезинтоксикационная, противоспаечная терапия.

В результате проведенного лечения наблюдается улучшение состояния, исчезли симптомы раздражения брюшины.

К настоящему моменту пациент не предъявляет жалоб.

Состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розового цвета, влажные, язык обложен белым налетом. Температура тела 36,8. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 84 в минуту. Живот обычной формы, в акте дыхания участвует симметрично. При пальпации живот безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Аускультативно шум перистальтики кишечника прослушиваются умеренно. Печень не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушено.

РЕКОМЕНДОВАНО: ПРОДОЛЖИТЬ ЛЕЧЕНИЕ.