МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра госпитальной хирургии с курсами урологии и детской хирургии

 Зав. курсом: к.м.н., доцент Шмаков А.П.

 Преподаватель: ассистент Т.В. Кузьменко

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Основной диагноз:** Первичный перитонит

**Осложнение:** нет

**Сопутствующий**: нет.

Время курации:12-14.11.2018

Куратор: студент 5 курса 23 группы

Богнат Илья Максимович

**Витебск, 2018 год**

**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Пол: женский

3. Возраст: 16.04.2012г (6 лет 6 месяцев). Витебск ул Смоленская 2-1-92

5. Направившее учреждение: самообращение

6. Дата поступления: 11.11.2017 г. в 14 часов 30 минут

7. Диагноз при поступлении: Острый аппендицит

8. Диагноз клинический: Первичный перитонит

 Осложнение: нет

 Сопутствующий: нет.

**ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА**

На момент поступления жалобы на остро начавшуюся, интенсивную, постоянную, боль в правом подреберье без иррадиации. Рвота (около 4 раз) желудочным содержимым, без патологических изменений, жидкий стул (3 раза) без патологических примесей. Общую слабость, температуру (дома была 38,2), бледность кожи, сухость во рту.

На момент курации: определяется болезненность в области послеоперационных ран, без иррадиации. Общую слабость.

ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Со слов матери, 12.11.2017 пациентка в 9 часов утра внезапно начал болеть живот в области мезогастрия, ребенок стал капризен, так же была рвота (около 3-4 раз), жидкий стул (3 раза). Матерь дала смекту, которую пациентка сразу вырвала, через некоторое время уголь, который так же привел к рвоте пациентки. Измеряла температуру дома (37,4). Постепенно боли нарастали и сместили в правую подвздошную область.

В 14 час мама с пациенткой прибыли в приемное отделение ВОДКЦ для госпитализации (в 14.30 была заведена история).

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ**

 Ребенок от первой беременности, родился через естественные родовые пути. Беременность протекала хорошо. Растет и развивается по возрасту.

* Перенесенные заболевания: простудные, ветряная оспа.
* Аллергологический анамнез: не отягощен.
* Эпидемиологический анамнез: Контакта с инфекционными больными за последние 30 суток со слов матери не было.
* Семейный анамнез: не отягощен.
* Бытовой анамнез: жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные.
* Прививки: согласно календарю прививок.

**Настоящее состояние (при поступлении в отделение)**

 Сознание ребенка ясное, общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,7°C. Вес 27 г., рост 125 см (нормальный вес = 6\*2+10=22 кг). Кожный покров бледного цвета, без патологических изменений. Слизистые – суховатые, язык у корня обложен белым налетом, бледно цвета, без патологических изменений. изменений цвета. Тургор кожи нормальный, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, пастозности и отеков нет.

Лимфатические узлы при осмотре не пальпируются, кожа не гиперемирована, при пальпации безболезненна. Ногтевые пластинки правильной формы, нормального цвета. Изменений околоногтевого валика нет. Волосяной покров без особенностей.

**Костно-суставная и мышечная системы**

 Конституция нормостеническая.

Развитие мышечной системы удовлетворительное. Тонус мышц нормальный. Тургор тканей удовлетворительный.

Кости черепа, грудной клетки без патологических изменений. Суставы нормальной формы и конфигурации, не деформированы, при пальпации безболезненные, кожа над ними не изменена, активные и пассивные движения в полном объёме.

**Система органов дыхания**

 Осмотр грудной клетки:

 *статический:*

Форма грудной клетки нормостеническая, симметричная, без впадений и выпячивании. Над- и подключичные ямки умеренно выраженные, одинаковые с обеих сторон. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Ход ребер горизонтальный. Ассиметричных выпячивании или западении грудной клетки нет.

 *Динамический:*

Участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания равномерное. Тип дыхания – смешанный. Дыхание ритмичное, глубокое, частота дыхание 20 в минуту.

 *Пальпация грудной клетки:*

 Грудная клетка эластична. Болезненности при пальпации кожи, мышц, ребер, межреберных промежутков нет. Голосовое дрожание одинаково на симметричных участках.

 *Перкуссия грудной клетки:*

На симметричных участках легочных полей прослушивается ясный тимпанит.

 *Топографическая перкуссия:*

|  |
| --- |
| Нижняя граница |
| Линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная | V межреберье | IV ребро |
| Срединноключичная | VI ребро | 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 | На уровне остистого отростка XI грудного позвонка |

*Аускультация легких*

Везикулярное дыхание на симметричных участках – везикулярное.

Бронхиальное дыхание над легкими: нет.

Добавочные дыхательные шумы – нет.

 **Система органов кровообращения**

*Осмотр области сердца и сосудов*

Сердечный толчок и сердечный горб не определяются.

Надчревная пульсация отсутствует.

Пульсация сосудов шеи и других зон без видимых патологических изменений.

Частота сердечных сокращений 97 в минуту.

*Пальпация области сердца и сосудов*

Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 1,2 см кнутри от левой срединноключичной линии, S=1 cм2, умеренной высоты и резистентности. «Кошачье мурлыканье» отсутствует.
Пульс на лучевых артериях: одинаковый на обеих руках, ритмичный, 91 уд/мин, сосудистая стенка эластичная, удовлетворительного наполнения и напряжения.
Пульс на сонных и бедренных артериях симметричный, без особенностей.
Дефицита пульса нет.

*Перкуссия сердца и сосудистого пучка*

*Границы относительной тупости сердца:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| В 4 межреберье по правой окологрудинной линии. | В 5 межреберье на 1,2 см кнутри от левой срединноключичной линии. | 2 ребро. |

Конфигурация сердца – нормальная.
Размеры поперечника относительной тупости сердца 4,5 см.

*Граница абсолютной тупости сердца*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| Левый край грудины на уровне 4 межреберья | Около 1,5 см кнутри от среднеключичной линии в пятом межреберье | 2 межреберный промежуток |

*Аускультация сердца и сосудов*

Ритм сердца правильный, тоны сердца ясные, изменений 1 и 2 тонов нет. Добавочные тона не определяются. Шумов сердца нет. Экстракардиальных шумов нет. При аускультации крупных сосудов патологий не выявлено.

*Измерение артериального давления*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Положение пациента | Правая рука | Левая рука |
| Систолическое АД мм.рт.ст. | 105 | 65 |
| Диастолическое АД мм.рт.ст. | 100 | 60 |

**Система органов пищеварения**

Аппетит снижен. Боли со стороны желудочно-кишечного тракта в области правой подвздошной кишки, глотание свободное. Отрыжка, тошнота, рвота была, многократная. Тенезмы отсутствуют. Кал не оформлен, водянистый, многократный. Цвет испражнений сероватый. Патологических примесей нет. Боли при акте дефекации, со слов матери, отсутствуют.

*Общий осмотр*

Зев не гиперемирован. Слизистая оболочка ротовой полости бледноватого цвета, суховатая, пигментации отсутствуют, кровоизлияний нет. Миндалины не увеличены.

Десны нормальные, разрыхленности нет, кровоточивости нет.
Язык бледно-розового цвета, суховатый, на корне языка обнаружен белесоватый налет, трещин, изъязвлений нет.

*Исследование живота в горизонтальном положении*

*Общий осмотр*

Живот симметрично вздут. Видимых выбухании, выпячивании нет, пупок втянут. Венозные стволы не расширены. Видимой перистальтики нет. Кожный покров без цианотичных пятен и синяков. Обе половины живота не участвуют в акте дыхания.

*Перкуссия живота*

Выслушивается тимпанический звук на всем протяжении живота. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

*Аускультация живота*

При аускультации перистальтика тонкого и толстого кишечника в области точек аускультации отсутствует.

*Поверхностная ориентировочная пальпация*

При пальпации живот напряженный, болезненный, особенно в области правой подвздошной области. Мышцы передней брюшной стенки напряжены. Симптом Щеткина-Блюмберга, Менделя, Раздольского, Воскресенского положительные

Глубокая пальпация, пальпация края печени, селезенки недоступно из-за болезненности, напряжения мышц передней брюшной стенки.

**Мочеполовая система**

*Осмотр поясничной области*

Выпячивания поясничной области нет. Покраснений и отечности кожи нет.

*Перкуссия почек*

Симптом поколачивания отрицательный.

*Пальпация мочеточниковых точек*

Пальпация подреберных, верхних мочеточниковых, средних мочеточниковых, реберно-позвоночных, реберно-поясничных точек безболезненна.

*Аускультация почек*

Шум в реберно-позвоночном углу не выслушивается.

**Нервно-эндокринная система**

Сознание ясное. Настроение плаксивое. Головной боли, головокружения не отмечает. Патологических нарушений со стороны нервной системы при осмотре не выявлено. Сон сохранен.

Череп округлой формы, без видимых повреждений, деформаций.

Зрачки реагируют на свет, симметричной формы. Уши: из слухового прохода выделений нет, болезненности при пальпации околоушной области нет. Нарушения слуха нет.

Щитовидная железа: видимых увеличений нет, при пальпации: мягкой консистенции, размерами не превышающими 1/3 дистальной фаланги пальца пациентки.

Объемных образований и свищей на шее нет.

**Настоящее состояние**

На передней брюшной стенке в области мезогастрия, правой подвздошной области обнаружены послеоперационные раны в количестве 2. Размерами 5 на 5 мм. Края раны ровные. Кожа в месте послеоперационной раны не гиперемирована, не отечна. При пальпации болезненная, мышцы умеренно напряжены, перитонеальных симптомов нет. Дренажей нет. Повязки сухие.

**Лабораторные, специальные и дополнительные методы исследования**

1. **Общий анализ крови (11.11.2018г.):**

Эритроциты 3,7х10 12/л

Гемоглобин 114 г/л

ЦП 0,93

Лейкоциты 22,4 х10 9/л

Палочки – 8 %

Эозинофилы 4 %

Сегментоядерные 78 %

Лимфоциты 8 %

Моноциты 2 %

СОЭ 25 мм/ч

Заключение: повышены показатели СОЭ, лейкоцитов, смещений лейкоцитарной формулы влево,

1. **Общий анализ мочи** **(11.11.2018г.):**
Физические свойства:
цвет – светло-желтая

мутность - неполная
реакция – кислая
относительная плотность – 1020
Химические свойства:
белок – нет
глюкоза – нет
Микроскопическое исследование:
лейкоциты 1-2 в п/з
эпителий плоский 0-1 в п/з
слизь – нет

соли – ураты
Заключение: Уратурия.

1. Анализ кала на яйца гельминтов

Заключение: яйца остриц не обнаружены.

1. Анализ крови на сахар – 3,09 ммоль/л

**Обоснование диагноза**

На основании жалоб: (На момент поступления жалобы на остро начавшуюся, интенсивную, постоянную, боль в правом подреберье без иррадиации. Рвота (около 4 раз) желудочным содержимым, без патологических изменений, жидкий стул (3 раза) без патологических примесей. Общую слабость, температуру (дома была 38,2), бледность кожи, сухость во рту.

На момент курации: определяется болезненность в области послеоперационных ран, без иррадиации. Общую слабость.), истории заболевания (Со слов матери, 12.11.2017 пациентка в 9 часов утра внезапно начал болеть живот в области мезогастрия, ребенок стал капризен, так же была рвота (около 3-4 раз), жидкий стул (3 раза). Матерь дала смекту, которую пациентка сразу вырвала, через некоторое время уголь, который так же привел к рвоте пациентки. Измеряла температуру дома (37,4). Постепенно боли нарастали и сместили в правую подвздошную область.

В 14 час мама с пациенткой прибыли в приемное отделение ВОДКЦ для госпитализации ( в 14.30 была заведена история)), истории жизни (Ребенок от первой беременности, родился через естественные родовые пути. Беременность протекала хорошо. Растет и развивается по возрасту), объективных данных (Сознание ребенка ясное, общее состояние средней степени тяжести, Температура тела 37,7°C. Частота дыхания – 20/мин, ЧСС – 97 уд/мин, цвет кожи бледноватый, слизистые суховатые, бледноватого цвета, язык с сероватым налетом на корне языка, при осмотре живот вздут, симметричен, в акте дыхания обе половины живота не участвуют, патологических выпячивание, при перкуссии выслушивается тимпанический звук, при пальпации мышцы передней брюшной стенки напряжены, перитонеальные симптомы положительные, при аускультации перистальтика не выслушивается ), местный статус (На передней брюшной стенке в области мезогастрия, правой подвздошной области обнаружены послеоперационные раны в количестве 2. Размерами 5 на 5 мм. Края раны ровные. Кожа в месте послеоперационной раны не гиперемирована, не отечна. При пальпации болезная, мышцы умеренно напряжены, перитонеальных симптомов нет. Дренажей нет. Повязки сухие.). Данных лабораторных и инструментальных методов исследования (Общий анализ крови (11.11.2018г.): повышены показатели СОЭ, лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево), можно выставить следующий диагноз:

Основной: Первичный перитонит

Осложнение: нет

Сопутствующий: нет.

**Лечение**

Реферат «Лечение первичного паеритонита»

**Предоперационное лечение**

1. **Восстановление ОЦК + Электролитов + КЩО**

Растворы кристалойдов и коллойдов ( NaCl 0,9% + 5% р-ра глюкозы + раствор Рингера) в/в капельно, до востановления нормального значения гематогрита, цвд (в условиях реангимации), АД

1. **Дезинтоксикационная терапия**

Достигается при помощи форсированного диуреза ( в/в введением фуросемида. Возможно добавить методы экстракорпоральной детоксикации (гемосорбцию, гемодиализ и тд) .

1. **Антибиотикотерапия**
В/в введением раствора цефтриаксона 1,0
2. **Оксигенотерапия**

 Кислородом при помощи назального катетера для нормализации ЧД и SpO2. При несостоятельности работы органов дыхания – ИВЛ.

1. **Симптоматическая терапия**При повышении температуры выше 38,5 – таблетку Парацетамола / в/м укол анальгина + димидрола.
При болезненности – НПВС (кеторолак, диклофенак), при неэффективности – наркотические анальгетики (трамадол, фентанил).
2. **Режим**Постельный режим, парентеральное питание. При возможности сразу при поступлении зондируют желудок, ставят газоотводную трубку.

Оценивают результаты ( 3-4 часа, максимум до 12 часов), если улучшение не происходит, тогда производят операционно вмешательства:

**Премедикация:**Sol. Atropini 0,1% - 0,3 в/м + Sol. Dimidroli 1,0% - 1,0 + Sol. Diazepami 5% - 2.0

Далее проводят

**Оперативное лечение**

При распространенном (разлитом) перитоните предусматривает выполнение следующих основных задач:

• устранение или надежную изоляцию источника перитонита;

• интраоперационную санацию и рациональное дренирование брюшной полости;

• создание условий для пролонгированной санации полости брюшины в послеоперационном периоде;

• дренирование кишечника, находящегося в состоянии пареза;

• создание благоприятных условий для воздействия на основные пути резорбции и транспорта токсинов (по специальным показаниям);

• ушивание лапаротомной раны.

Наиболее рациональный доступ при распространенном перитоните — срединная лапаротомия, обеспечивающая возможность полноценной ревизии и санации всех отделов брюшной полости. Если распространенный перитонит выявлен в процессе операции, выполняемой из иного разреза, то следует перейти на срединную лапаротомию. После вскрытия брюшины по возможности полно удаляется патологическое содержимое: гной, кровь, желчь, каловые массы и т. д. Наиболее полноценно и менее травматично это можно выполнить с помощью электроотсоса. Особое внимание обращается на места скопления экссудата: поддиафрагмальные пространства, боковые каналы, полость мало. Затем производится тщательная ревизия органов брюшной полости для выявления источника перитонита. Этому этапу может предшествовать введение в область чревного ствола, корня брыжейки поперечноободочной, тонкой и сигмовидной кишок и под париетальную брюшину 150–200 мл 0,25 % раствора новокаина, чем обеспечивается снижение потребности в наркотических анальгетиках, устраняется рефлекторный сосудистый спазм, чем создаются условия для более раннего восстановления перистальтики.

Для устранения источника перитонита используется наиболее простой и быстрый способ.

 В реактивной фазе возможно проведение радикальных операций (резекции желудка, гемиколэктомии), так как вероятность несостоятельности анастомозов незначительна.

 В токсической и терминальной объем операции должен быть минимальным: аппендэктомия, ушивание перфоративного отверстия, резекция некротизированного участка ЖКТ с наложением энтеро- или колостомы, или отграничение очага от свободной брюшной полости. Все реконструктивные операции переносят на второй этап и выполняют в более благоприятных для пациента условиях.

При этом необходимо соизмерять объем вмешательства с тяжестью состояния больного и не расширять операцию, стремясь во всех случаях к радикальному устранению основного заболевания, вызвавшего перитонит. Следующий этап операции — санация брюшной полости. Необходимо обратить особое внимание на этот момент вмешательства. Неполноценность его не может быть восполнена никакими усилиями в послеоперационном периоде. Санация состоит в дополнительной ревизии после устранения источника инфекции и тщательном удалении экссудата и патологического содержимого из брюшной полости, а при распространении процесса на все ее отделы. Наилучшим методом интраоперационной санации является многократное промывание брюшной полости стерильными растворами. Используются обычно физиологический раствор, раствор хлоргексидина. Промывание снижает содержание микроорганизмов в экссудате ниже критического уровня (105 микробных тел в 1 мл), создавая благоприятные условия для ликвидации инфекции. Санацию осуществляют щадящим способом, без эвентрации кишечных петель. Подогретый до температуры 35–38 °С раствор заливают в брюшную полость в таком количестве, чтобы петли кишок плавали в нем. После промывания брюшной полости раствор удаляется с помощью электроотсоса. Промывание производится до «чистой воды». Твердые частички пищевых масс, кала, пленки фибрина и т. д. осторожно удаляют пинцетом или смоченным в растворе новокаина тупфером. Плотно фиксированные отложения фибрина не удаляют из-за опасности десерозирования. Для санации брюшной полости обычно используется от 4 до 8 л раствора.

Затем решается вопрос о дренировании тонкой кишки. Оно показано при выраженных признаках паралитической непроходимости кишечника. Выявление во время операций резко растянутых содержимым петель тонкой кишки, с дряблыми синюшными стенками, покрытыми фибрином, с темными пятнами субсерозных кровоизлияний следует считать основанием для дренирования кишечной трубки.

Декомпрессия тонкой кишки вполне эффективно может быть осуществлена путем назогастроэнтерального дренирования зондом Мюллера-Эботта. При этом особую важность представляет опорожнение и пролонгированное дренирование начального отдела тощей кишки (50–70 см от связки Трейтца), где содержимое представляет наибольшую угрозу развития эндотоксикоза. Важно убедиться в полноценном дренировании собственно желудка. Дренаж удерживается в тощей кишке 3–4 суток и удаляется после прекращения поступления через него кишечного содержимого (с обязательным контролем проходимости зонда!) и появления кишечных шумов при аускультации. В послеоперационном периоде проводится зондовая коррекция энтеральной среды, включающая декомпрессию, кишечный лаваж, энтеросорбцию и раннее энтеральное питание. Это снижает проницаемость кишечного барьера для микрофлоры и токсинов, приводит к раннему восстановлению функциональной активности ЖКТ. Толстую кишку при необходимости дренируют через заднепроходное отверстие. В том случае, если дренирование кишечной трубки сопряжено с рассечением сращений, обусловленных перенесенными ранее операциями, тонкая кишка дренируется на всем протяжении, а зонд сохраняется в течение 7–8 суток. Только при этом условии он может выполнить каркасную функцию и устранить опасность развития спаечной кишечной непроходимости в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Заключительный этап хирургического вмешательства — рациональное дренирование брюшной полости 

## Завершается первичная операция при перитоните и полноценно выполненной санации брюшной полости ушиванием раны брюшной стенки. При наличии выраженного кишечного пареза или выраженных признаков воспаления висцеральной и париетальной брюшины осуществляется ушивание только кожи с подкожной клетчаткой. Это, во-первых, предотвращает вредные последствия повышения внутрибрюшного давления в первые дни после операции, а во-вторых, обеспечивает возможность выполнения повторной программируемой санации брюшной полости через сутки–двое в случае неудовлетворенности хирурга санирующими мероприятиями в ходе первой операции. Иногда с этой целью на брюшную стенку накладывают провизорные швы или фиксируют на ней замыкающее устройство с «молнией», что не совсем точно обозначается как наложение «лапаростомы»

**Лечение данного пациента**

***Консервативное лечение***

**11.12.2018**

Режим постельный. Стол Б

1. Цефотаксим 900 мг 3 /д
2. В/В Sol. NaCl 0.9% - 400ml. + Glucose 5% - 400 ml

**Оперативное лечение**

Операция 11.11.2017г.

Премедикация
1.  Sol. Analgini 50% - 0,3 в/м (11.11.18г.)

2. Sol. Dimedroli 1% - 0,6 в/м (11.11.18 г.)

ЗА 30 минут до наркоза

**Протокол анестезии**

Исходные данные: АД 100/55. ЧСС – 132/мин. SpO2 – 99%. Tтела -37,2

Индукция в наркоз: пропофол 140 мг

Миоплегия: дитилин 80 мг + тракриум 5 мг

Интубация: ЭТТ № 5,5 оро/назотрахеальная поставлена без особенностей.

ИВЛ: Dragu Primus, контур – полуоткрытый, режим PCV

ЧД – 18/мин, ДО – 3,8 л. Pin/es 14/2 Flow = 2

Поддержание анастезии: N2O:O2=2:1 + Севофлюран 2,5 – 2,0

Течение анестезии: кожа, видимые слизистые бледноватые. Гемодинамика стабильная, ЧСС 144/мин, SpO2 – 99%, АД 100/57 мм. Рт. Ст.
Тоны сердца ритмичны. Вентиляция адекватна, везикулярное дыхание проводится по всем полям легких одинаково. CO2% 38-41 мм

Инфузия: общий объем 200 мл, кристаллоиды 200 мл раствором Рингера.

**Операция**

Дата: 11.11.2018

Продолжительность: 17/30-18/00

Оператор: Зуев Н.Н.

Ассистент: Питкевич А.Э.

Анестезиолог: Вавенец А.Э

Операционная медсестра: Васильева Е.С.

М/С Анестезист: Беляева К.А.

**Название операции: Диагностическая лапароскопия**

Слева от пупка и в левой подвздошной области поставлена два 5 мм отверстия троакаром для оптики и манипулятора. Наложен карбоперитонеум.

При ревизии установлено, что червеобразный отросток не изменен. В брюшной полости умеренное количество липкого, мутного выпота. Сделан посев.

Воспаление придатков матки и подвздошной кишки не выявлено. Швы обработаны спиртом.

Диагноз: Первичный перитонит

**Послеоперационный осмотр**

Время: 18/00

Состояние: удовлетворительное. Ребенок проснулся. Адекватен

Послеоперационная депрессия не выявлена.

Дыхание спонтанное, адекватное. ЧД 18/мин.
Тоны сердца : ритмичные. ЧСС: 93/мин

Для наблюдения и лечения переведена в Х/О

**ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата 12.11.2018г.*Время* 10.30*T0С* 36,7 | Общее состояние удовлетворительное.Жалобы: на боли в области послеоперационной раны .Объективно: кожные покровы и слизистые бледно-розового цвета без патологических изменений. Сердечные тоны: ясные, ритмичны, без шумов, чсс – 75/мин, Ад – 110/75 мм рт стДыхание: через нос свободное, при аускультации везикулярное дыхание проводится по всем легочным полям, патологических шумов нет, Чд – 15/минЯзык влажный, без налетов. Живот мягкий, болезненный в области послеоперационных ран, перитонеальных симптомов нет.Перистальтика редкаяМочеиспускание: свободное безболезненное, без патологических примесей. Диурез достаточный.Стул был.Куратор – студент Богнат И.М. |  Режим постельный.Лечение: в/в, болюсно цефотаксим 900 мг 3 р/д  |

**Эпикриз**

Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 16.04.2012 г.р. (6 лет 7 месяцев месяцев). Обратилась в ВОДКЦ 11.11.2018 года с жалобами на остро начавшуюся, интенсивную, постоянную, боль в правом подреберье без иррадиации. Рвота (около 4 раз) желудочным содержимым, без патологических изменений, жидкий стул (3 раза) без патологических примесей. Общую слабость, температуру (дома была 38,2), бледность кожи, сухость во рту. Была госпитализирована с предварительным диагнозом – острый аппендицит?

После проведенного обследования было обнаружено: ОАК – лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ. ОАМ – оскалатурия. Было проведено консервативное лечение (11.12.2018), которая не дала эффекта. Была проведена премедикация и диагностическая лапароскопия в ходе которой был поставлен диагноз: первичный перитонит. Проводится дальнейшее лечение (Цефотаксим 900 мг 3 /д и В/В Sol. NaCl 0.9% - 400ml. + Glucose 5% - 400 ml

в/в). Динамика положительная.

Прогноз для жизни благоприятный.

**Рекомендации:**

1. Осмотр у педиатра амбулаторно
2. Ходьба с дозированной нагрузкой под контролем родителей.
3. Массаж.
4. Физиолечение.
5. Витаминотерапия.

**Список использованной литературы:**

1. Т.В.Капитан/ Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми/ Москва: 2006.
2. Ю. Ф. Исаков. Хирургические болезни у детей: учебник. – 1998.
3. Шмаков А.П. Практикум по детской хирургии: уч. Пособие 92-е издание, (переработанное и дополненное). Витебск, ВГМУ, 2016 – 309 с.