**I. Паспортные данные:**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 11 лет.

Дата рождения: 07.11.2002г.

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления: 10.02.13г.

Кем направлен: детская поликлиника №1 УЗ ВГЦП

Диагноз при поступлении: синдром острой мошонки.

Операции: 10.02.2014г. (удаление гидатиды).

Осложнения: нет

Сопутствующие заболевания: нет

**II. Жалобы.**

При поступлении: жалобы на боль, покраснение, отек правой ½ мошонки.

На момент курации жалоб не предъявлял.

**III. Анамнез заболевания:**

7.02.14 пациент почувствовал боль в правой мошонке. 9.02.14 появилась гиперемия и отек правой половины мошонки, температура не повышалась. 10.02.2014 г. обратился в детскую поликлинику №1, и хирургом был направлен в ВОКДБ, где был госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом: синдром острой мошонки.

**IV. Анамнез жизни:**

Ребенок от первой беременности, первых родов. Беременность протекала благоприятно. Развит в соответствии с возрастом. Условия жизни удовлетворительные, живет в квартире с матерью. Привит по календарю. Перенесенные заболевания: ОРЗ, ветряная оспа. Травм не было. Переливания крови не было. Операции: в 2011 году – искусственная барабанная перепонка. Аллергоанамнез не отягощен.

**V. Настоящее состояние (при поступлении в отделение):**

Общее состояние средней тяжести, положение активное, сознание ясное. Вес 56 кг. На вопросы реагирует адекватно. Кожный покров обычной окраски. Видимые слизистые и склеры чистые, нормальной окраски, без высыпаний, влажность сохранена, тургор хороший. Лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа в норме. Ширина глазных щелей одинакова. Косоглазие не выявляется. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно, распределена равномерно.

**Костно-суставная и мышечная системы:**

Мышечная система развита достаточно, равномерно, симметрично, без особенностей. Тонус мышц в норме.
Форма головы, грудной клетки, позвоночника и конечностей - нормальная.
Кости при пальпации и перкуссии безболезненны. Форма их не изменена.
Суставы нормальной конфигурации. Движения в суставах - в полном объеме, безболезненные. Кожа над суставами нормальной окраски и влажности.

**Сердечно-сосудистая система:**

PS – 80 уд/мин
АД – 105/65
Верхушечный толчок определяется в 5 межреберье, на среднеключичной линии. Патологической пульсации сосудов в области шеи и в эпигастрии не наблюдается. Видимой пульсации сердца нет.
Пульс - ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, одинаков на обеих руках. Дефицит пульса отсутствует.
Пульсация периферических артерий сохранена. Пульсация на a.tibialis posterior отчетливая, дефицита пульса нет.
Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на среднеключичной линии, средней силы, площадью 1 см.

Границы сердца:

 Относительная тупость:

Верхний край – 3 ребро

Левый наружный – по сосковой линии

Правый край – середина расстояния между правой парастернальной линей и правым краем грудины

Поперечник области притупления – 9 см

Абсолютная тупость:

Верхний край – 4 ребро

Левый наружный край – между левой сосковой и парастернальной линиями, ближе к парастернальной линии.

Правый внутренний – левый край грудины

Поперечник области притупления – 5 см.
Аускультация: Тоны ритмичные, ясные, звучные. Пропорции сохранены. Шумы не выслушиваются.

**Дыхательная система:**

ЧД – 21 /мин
Носовое дыхание не затруднено. Тип дыхания - смешанный. Одышка отсутствует.
Грудная клетка симметричная, при пальпации безболезненна.
Голосовое дрожание проводится одинаково над всей поверхностью легких.
При сравнительной перкуссии, перкуторный звук ясный легочный, неизмененный над всей поверхностью легких. При топографической перкуссии – границы лёгких в норме.

Аускультация легких: дыхание везикулярное. Хрипы отсутствуют. Шума трения плевры нет.

**Желудочно-кишечный тракт:**

Слизистая полости рта влажная, чистая, без высыпаний.
Язык влажный, чистый.
Десны без патологических изменений.
Живот симметричен, видимая перистальтика отсутствует.
Поверхностная пальпация: живот мягкий, безболезненный. Перистальтика кишечника не прослушивается.

Нижний край печени пальпируется по краю реберной дуги, гладкий, эластичный, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9\*8\*7 см.
Селезенка не пальпируется. Перкуторные размеры селезенки: 6\*4 см.
Стул ежедневный.

**Мочевыделительная система:**

Мочеиспускание регулярное, безболезненное.
Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по пояснице (Пастернацкого) отрицательный с обеих сторон. Мочеточниковые точки безболезненные.

**Эндокринная система:**

Пропорции туловища и конечностей соответствуют возрасту.
Половое развитие соответствуют возрасту. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно. Щитовидная железа не увеличена, уплотнения и новообразования не пальпируются.

**Органы чувств:**
Зрение в норме. Слух в норме. Видимых патологий и изменений не наблюдается. Обоняние и вкус не нарушены.

**Местный статус:** Правая ½ мошонки болезненна, отечна и гиперемирована, при пальпации боль усиливается.

**VI. Предварительный диагноз**

На основании вышеизложенных жалоб (жалобы на боль, покраснение, отек правой ½ мошонки.); резкое начало заболевания; данных объективного осмотра (правая половина мошонки болезненна, отечна и гиперемирована, при пальпации боль усиливается.)

Выставлен предварительный диагноз: синдром острой мошонки

**VII. План обследования больного.**

1.Общий анализ крови

2.Общий анализ мочи

3.Анализ кала на яйца глист.

4.Биохимический анализ крови(глюкоза).

*Общий анализ крови от 11.02.2014г.:*

Гемоглобин 152 г/л

Эритроциты 4,5x10¹²/л

Цветной показатель 1

СОЭ 12 мм/ч

Тромбоциты 296х109 /л

Лейкоциты 10,4х109 /л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Базо-филы | миело-циты | Метами-елоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | лимфо-циты | моно-циты |
| 1% | - | 0 | 0 | 1% (норма 3,5-5) | 76%(норма 40-50) | 16%(норма 36-50) | 6% |

Интерпретация: лейкоцитоз, повышено СОЭ.

*Общий клинический анализ мочи от 11.02.2014г*.:

Плотность: 1023 мг/л

Цвет: светло-желтый

Прозрачность: полная

Реакция: слабокислая

Белок: отрицательно

Сахар: отрицательно

Лейкоциты: 4-5в поле зрения

Эритроциты: 0 кл. в поле зрения

Эпителиальные клетки: ед. в поле зрения

Интерпретация: Общий анализ мочи без патологии.

*Анализ кала на яйца глист от 11.02.2014г.*

не обнаружены.

*Исследование крови ферментативным методом от 11.02.2014г.*

Глюкоза: 4,48 ммоль/л.

Интерпретация: норма.

**VIII.Обоснование клинического диагноза**

На основании вышеизложенных жалоб (жалобы на боль, покраснение, отек правой ½ мошонки.); резкое начало заболевания; данных объективного осмотра (правая половина мошонки болезненна, отечна и гиперемирована, при пальпации боль усиливается.)

Клинический диагноз - Синдром острой мошонки

Сопутствующее заболевание – нет

Осложнения – нет.

**IX. Этиология и патогенез.**

Мошонка мальчика или мужчины содержит различные органы и анатомические образования, практически каждое из которых может подвергаться травматическому или инфекционному воздействию. Для таких состояний характерны однотипные клинические проявления, и лечат эти заболевания по одним принципам, поэтому их объединяют в единый синдром - синдром "острой мошонки". Причины синдрома "острой мошонки" представлены в таблице:



Наиболее частой причиной развития синдрома "острой мошонки" у детей до года служит перекрут яичка (вследствие большого удельного веса в этой группе интранатальных перекрутов яичка в родах у новорождённых; обычно это дети из ягодичного предлежания). У детей старше года и взрослых самая распространённая причина развития этого синдрома - перекрут гидатиды. Гидатида (рудимент вольфова или мюллерова эмбрионального протока) - образование, не несущее функций. Она свободно лежит в полости оболочек яичка, легко может перекручиваться и некротизироваться. Чаще встречается гидатида верхнего полюса яичка (морганиева гидатида, рудимент вольфова протока). В клинической картине синдром "острой мошонки" проявляется классической триадой симптомов:

• увеличением половины мошонки;

• её гиперемией;

• болезненностью при пальпации.

**X. Дифференциальный диагноз.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Диагноз** |  **Начало** **заболевания** | **Возраст** | **Болезненность** | **Анализ мочи** | **Лечение** |
| Заворот яичка | Острое | Грудной, пре-и пубертатный | Диффузная | Норма | Оперативное |
| Заворот гидатид | Подострое | Пре- и пубертатный | Локализованная (чаще верхний полюс яичка) | Норма | Оперативное |
| Эпидидимит  | Постепенное | Пубертатный, юношеский | Соответствует придатку яичка | Патология | Консервативное |

**XI. Лечение**

 На современном этапе в большинстве стран мира тактика лечения синдрома "острой мошонки" однозначно активная оперативная.Под аппаратно-масочным наркозом выполняют экстренную скрототомию с одной стороны и ревизию полости оболочек яичка. Дальнейший ход операции зависит от типа обнаруженного повреждения. При диагностировании ушиба яичка или придатка проводят опорожнение гематомы. При гнойных орхитах и эпидидимитах - дренирование полости оболочек яичка латексным выпускником (+ назначение антибиотиков в послеоперационном периоде). Надрывы белочной оболочки, разрывы яичка и придатка, отрывы придатка от яичка ушивают узловыми швами. При размозжении яичка приходится выполнять орхэктомию. При перекруте гидатиды (она в этом случае выглядит отёчной, увеличенной, имеет тёмно-вишневую или чёрную окраску) её электрокоагулируют у основания и удаляют.

При перекруте или завороте яичка после устранения перекрута (или заворота) оценивают жизнеспособность яичка. Жизнеспособное яичко имеет голубовато-белёсую окраску, блестит, сосуды семенного канатика пульсируют, диагностические насечки на белочной оболочке такого яичка кровоточат. При сомнениях в жизнеспособности яичка принимают меры по его реанимации: яичко увлажняют и согревают в течение 15-20 мин, в мягкие ткани к семенному канатику вводят тёплый 0,25% раствор прокаина с гепарином натрия. Если цвет и блеск яичка восстановятся, появится пульсация сосудов семенного канатика и закровят насечки на белочной оболочке, то яичко фиксируют к дну мошонки (в послеоперационном периоде оправданно лечение антибиотиками, назначение гепарина натрия, дезагрегантов и других препаратов, улучшающих микроциркуляцию). Если добросовестные усилия хирурга не привели к вышеописанным восстановительным результатам, то такое яичко следует удалить. Обычно у молодых хирургов много вопросов вызывает возможность выполнения тепловых процедур, направленных на яичко, в послеоперационном периоде. В принципе, возможно назначение на послеоперационную рану мошонки УВЧ-терапии, но не более 3 раз, кроме того, послеоперационное физиолечение при синдроме "острой мошонки" не так принципиально и не столь необходимо больному.

|  |
| --- |
|  |

Необоснованное консервативное лечение синдрома "острой мошонки" у детей и взрослых составляет около 25-30% всех причин мужского бесплодия, так как при нём полости оболочек яичка запаиваются и склерозируются, что неблагоприятно сказывается на функциях органа, из которых наиболее уязвима фертильная, сперматогенная.

|  |
| --- |
|  |

***Лечение данного больного***

1)Премедикация: Атропин 0,1%- 0,6мл в/м за 30 минут

 Димедрол 1%- 1,0мл до операции

2)Оперативное вмешательство.

 **Ход операции:**

10.02.2014г.(12:20-12:55) Операция- удаление гидатиды правого яичка.

Наркоз: Диазепам 0,5% - 2,0 в/в, Калипсол 5% - 5,0 в/в.

Поперечная скрототомия справа. В оболочках яичка мутновато – геморрагический выпот. Оболочки отёчны, инфильтрированы, кровоточат. На верхнем полюсе яичка обнаружена тёмно-вишнёвого цвета гидатида на ножке, удалена электрокоагулятором (гидатида 0,5\*0,3) Наложены швы на оболочку яичка и кожу, асептическая повязка с этанолом.

Заключительный диагноз: Перекрут гидатиды правого яичка

3) Послеоперационный период:

Стол Б. Режим постельный.

Анальгин 50% - 1,4 мл-в.м 1 раз в день.

Димедрол 1% - 2,0 мл-в.м. 1 раз в день.

Амоксициллин 0,75\*3 раза в день per os.

Обработка послеоперационных швов.

**XII. Дневник наблюдений за пациентом.**

*12.02.3014г.*

Стол Б. Анальгин 50% - 1,4 мл-в.м 1 раз в день. Димедрол 1% - 2,0 мл-в.м. 1 раз в день. Амоксициллин 0,75\*3 раза в день per os.

Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Кожный покров бледно-розовый. Тоны сердца ясные, пульс 80 в мин., дыхание везикулярное 20 в минуту.Живот мягкий, безболезненный. Повязка сухая, швы состоятельны, область операционных ран обработана. Стул и диурез в норме.

*13.02.2014г.*

Стол Б. Анальгин 50% - 1,4 мл-в.м 1 раз в день. Димедрол 1% - 2,0 мл-в.м. 1 раз в день. Амоксициллин 0,75\*3 раза в день per os.

Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Кожный покров бледно-розовый. Тоны сердца ясные, пульс 72 в мин., дыхание везикулярное 19 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Послеоперационная рана чистая, швы лежат хорошо, туалет раны, наложена повязка. Стул и диурез в норме.

**XIII.Эпикриз**

Пациент, Плешков А. А. (11 лет) поступил в хирургическое отделение 10.02.14 года с жалобами на боль, покраснение, отек правой половины мошонки. Начало заболевания – 7.02.14. Направлен поликлиникой №1. На основании жалоб, объективного и лабораторных методов исследования был поставлен диагноз: синдром острой мошонки. Было назначено хирургическое лечение. После проведённого оперативного вмешательства был выставлен заключительный диагноз – перекрут гидатиды правого яичка. Пациент находится в стационаре, продолжает лечение.

**Прогноз.** Прогноз для жизни и здоровья благоприятный.

**Литература.** Детская урология-андрология: Учеб. пособие.-Разин М.П., Галкин В.Н., Сухих Н.К. 2011.