#### ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

##### Фамилия: \_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пол: мужской

Возраст: 6 л., 26. 07.96 г.

Домашний адрес: Байганина.

Дата поступления: 9.01.2003 г.

Порядок поступления: направлен врачом «Бобек»

Диагноз при поступлении: гидроцеле

Клинический диагноз: Сообщающаяся водянка оболочек правого яичка.

Сопутствующее заболевание: Дефицитная анемия легкой степени.

###### ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

**При поступлении:**

- на опухолевидное образование в правой паховой области

- на слабость, быструю утомляемость, головную боль

**На момент курации:**

- на опухолевидное образование в правой паховой области

#### АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ

Болен с 6 месяцев, когда впервые появилось

опухолевидное образование в правой паховой области. Выпячивание сначала

имело небольшие размеры и проходило при отдыхе в положении лёжа, постепенно увеличивалось. Стало появляться чувство тяжести. В

последнее время (около 1 месяца) образование не стало полностью

проходить во время отдыха, участились случаи появления тяжести в паховой области.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Родился в городе Актобе. Ребенок от нормальной 2 беременности, 2 срочных родов. Беременность протекала благополучно, роды без патологии. Вес при рождении составил 3100 гр., рост - 51 см. Ребенок в течение первого года жизни находился на естественном вскармливании. Первый прикорм был введен в 5 месяцев, в 12 месяцев был отлучен от груди. После года питание ребенка было калорийное, разнообразное.

Перенесенные заболевания: ОРВИ.

Ребенок привит по календарю. Аллергологический анамнез не отягощен.

Туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит отрицается. Наследственность не отягощена. Родители алкоголем не злоупотребляют, в семье курит отец.

 **ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

Рост : 105 см

Вес : 22 кг

Общее состояние: удовлетворительное

Сознание : ясное

Положение**:** активное

Тип телосложения **:**  нормостенический

Кожные покровы бледные, умеренной влажности, чистые, тургор, эластичность не изменены. Дермографизм белый. Зев спокоен. Миндалины не гипертрофированы, налетов нет. Язык влажный, не обложен. Подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы не увеличены, эластичные, не спаянные с кожей и окружающими тканями, безболезненные. Подкожная клетчатка выражена достаточно, толщина кожной складки на животе ­ 2 см. Отеков нет. Щитовидная железа не увеличена.

Деформации костей и суставов не обнаружено, объём пассивных и активных движений сохранён.

#  *СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.*

 При осмотре грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок визуально не определяется.

 При пальпации верхушечный толчок определяется в V межреберье, на 1см кнутри от l.medioclavicularis sinistra. Толчок локализованный, нормальной высоты и силы. Втяжение грудной клетки на месте верхушечного толчка, систолическое и диастолическое дрожание, симптом "кошачьего мурлыканья" у верхушки сердца, над аортой отсутствуют. Сердечный толчок не определяется.

 Границы относительной тупости сердца:

 Правая--- IV межреберье на 1см кнаружи от правого края грудины.

 Левая--- V межреберье на 1см кнутри от l.medioclavicularis sinistra.

 Верхняя--- нижний край III ребра по l. parasternalis sinistra.

 Поперечник относительной тупости сердца - 11 см., длинник - 14см.

 Поперечник сосудистого пучка во II межреберье составляет 6 см.

 Границы абсолютной тупости сердца:

 Правая--- IV межреберье по левому краю грудины.

 Левая--- V межреберье на 2 см кнутри от l. medioclavicularis sinistra.

 Верхняя--- IV межреберье по l. parasternalis sinistra.

 При аускультации тоны сердца чистые, ясные, ритм правильный.

 ЧСС --- 120 ударов минуту.

 АД --- 100\70.

 Видимых пульсаций сонных, подключичных и других периферических артерий нет. Пульсация яремных вен не обнаруживается. Надчревная пульсация отсутствует. При пальпации: артерии и вены эластичные, упругие, безболезненные. Величина пульса на обеих руках одинакова, пульс нормального напряжения и наполнения, ритм правильный.

# *Система органов дыхания.*

 Дыхание осуществляется через нос, в спокойном состоянии без напряжения. Отделяемого из носа нет. Обоняние не нарушено.

 Грудная клетка формы усечённого конуса, симметричная, без видимых деформаций.

 Над- и подключичные ямки выражены умеренно. Ребра направлены косо, сверху вниз. Эпигастральный угол приблизительно 90 град. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, преимущественно брюшного типа, средней глубины. Число дыхательных движений в 1мин - 21, вдох в 2 раза короче выдоха. При пальпации грудная клетка безболезненна, поперечная и продольная нагрузка болевыми ощущениями не сопровождается.

*Данные топографической перкуссии.*

 Верхняя граница легких.

1. спереди:

а) справа --- выше ключицы на 2 см.

б) слева --- 2 см над ключицей.

1. сзади --- уровень остистого отростка VII шейного позвонка.

Ширина полей Кренига:

* слева --- 5см.
* справа --- 5см.

*Нижние границы легких.*

Правое легкое Левое легкое

L.sternalis V м\р

L.parasternalis V ребро

L.medioclavicularis VI ребро

L.axillaris anter. VII р. VII р.

L.axillaris med. VIII р. VIII р.

L.axillaris poster. IX р. IX р.

L.scapularis X р. X р.

L.paravertebralis остистый отросток XI

 При сравнительной перкуссии над обоими легкими ясный легочной звук.

 *Подвижность легочного края по l. Axillaris mediana*

 Левого легкого:

* на вдохе --- 3см.
* на выдохе --- 3см.
* суммарная --- 6см.

Правого легкого:

* на вдохе --- 3см.
* на выдохе --- 3см.
* суммарная --- 6см.

 При аускультации над легочной тканью определяется везикулярное дыхание. Бронхофония и голосовое дрожание в симметричных участках грудной клетки проводятся с одинаковой силой.

#  *Система пищеварения.*

 Аппетит хороший, жажда, сухость во рту не беспокоят. Жевание, глотание, и прохождение пищи по пищеводу свободное. Изжога, отрыжка, тошнота и рвота не отмечаются. Стул регулярный, акт дефекации безболезненный, отхождение газов свободное.

 Живот правильной округлой формы, симметричен, передняя брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания. Расхождения прямых мышц живота не наблюдается, видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствуют. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный; напряжения нет. Симптомы Щёткина-Блюмберга, Менделя, Ровзинга отрицательные.

 При глубокой методической пальпации по методу Образцова-Стражеско в левой подвздошной области обнаруживается

 сигмовидная кишка в виде гладкого плотноватого тяжа длиной около 20см. и диаметром - 1,5см., очень вяло и редко перистальтирующего; в правой подвздошной области слепая кишка пальпируется в виде умеренно напряженного несколько расширяющегося книзу цилиндра с закругленным дном диаметром - 3см.

 Большая кривизна желудка определяется методом суккусии на 3 см над пупком.

 Другие органы брюшной полости (печень, селезенка, тонкая кишка) пальпаторно не определяются.

*Граница абсолютной тупости печени.*

*Верхняя:*

* по l.parasternalis dexra - верхний край VI ребра.
* по l.medioclavicularis dextra - VI ребро.
* по l.axillaris ant. dextra - VII ребро.
* по l.scapularis dextra - IX ребро.
* по l.paravertebralis dextra - X

*Нижняя:*

* по l.parasternalis sinistra - край ребрной дуги.
* по l.medialis anterior - на границе 1\3 расстояния от мечевидного отростка до пупка.
* по l.parasternalis dextra - на 2см ниже реберной дуги.
* по l.medioclavicularis dextra - реберная дуга.
* по l.axillaris anterior dextra - X ребро.

*Высота печеночной тупости:*

l.axillaris anterior dextra --- 10см.

l.medioclavicularis dextra --- 9см.

l.parasternalis dextra --- 8см.

По Курлову – 8-9-10.

В точке желчного пузыря болезненность не определяется.

Симптомы Ортнера, Кэра, Георгиевского отрицательные.

*Границы селезенки:*

Верхняя --- по l.axillaris anterior sinistra - верхний край IX ребра.

Нижняя --- по l.axillaris anterior sinistra - нижний край XI ребра.

Передняя --- на 1,5см. влево от l.axillaris anterior sinistra X м\р.

Ширина селезёночной тупости 6см.

# *Мочеполовая система.*

 Мочеиспускание свободное, безболезненное, преимущественно в дневное время суток. Имеется опухолевидное образование в паховой области. Поясничная область без особенностей. Пальпаторно почки не определяются, болезненность при пальпации отсутствует. Симптом поколачивания отрицательный. Почечные (реберно-мышечные и реберно-позвоночные) и мочеточниковые (верхние и нижние) точки безболезненны.

# *Нейропсихическое состояние и органы чувств.*

 Сознание ясное, настроение хорошее, сон спокойный. Сухожильные и кожные рефлексы вызываются легко, живые, без особенностей. Патологических рефлексов не выявлено. Симптомы Кернига, Бабинского отрицательные. Кожная чувствительность сохранена в полном объеме.

 Шепотную речь слышит на расстоянии 6м. Зрение не снижено. Зрачковая реакция на свет содружественная, прямая, живая.

Status Localis.

Правая половина мошонки увеличена в 1,5 раза. Отмечается положительный симптом диафаноскопии. Кожа мошонки не изменена. Яичко не увеличено, конфигурация его не нарушена. Пальпация безболезненна.

Предварительный диагноз.

На основании жалоб: на опухолевидное образование в правой паховой области; анамнеза: болен с 6 месяцев, когда впервые появилось опухолевидное образование; локального статуса: правая половина мошонки увеличена в 1,5 раза. Отмечается положительный симптом диафаноскопии. Кожа мошонки не изменена. Яичко не увеличено, конфигурация его не нарушена. Пальпация безболезненна. Выставляется предварительный диагноз: водянка оболочек яичка.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

* Общий анализ крови.
* общий анализ мочи.
* кал на я/г, соскоб на энтеробиоз.
* ЭКГ

**ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

**Общий анализ крови.**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Значение |
| Эриторциты | 3.9х1012/л |
| Гемоглобин | 98 г/л |
| Лейкоциты | 10х109/л |
| Эозинофилы | 2% |
| Сегментоядерные | 67% |
| Палочкоядерные | 5% |
| Лимфоциты | 26% |
| Моноциты | - |
| СОЭ | 5 мм/ч |
| ЦП | 0.7 |

**Заключение:**

Имеется анемия легкой степени, гипохромная. Нейтрофильный лейкоцитоз.

**Общий анализ мочи.**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Значение |
| Цвет | Золотисто-желтая |
| Прозрачность | Прозрачная |
| Относительная плотность | 1011 |
| Белок | Отрицательно |
| Сахар | Отрицательно |
| Лейкоциты |  2-3 в поле зрения |
| Плоский эпителий | 0-2 в поле зрения |

**Копроцитограмма.**

Лейкоциты 2-3 в поле зрения

Эритроцитов нет.

Слизь.

Яйца глист не обнаружены.

**ЭКГ.**

RR – 0,72 Ps – 84 \ мин

PQ – 0,1 QRS – 0,08

QT – 0,3 – 0,32 P – 0,08

ST на изолинии.

Rv6>Rv4

Заключение: ритм синусовый, нормально расположенная ось сердца, признаки гипертрофии левого желудочка.

#### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

Дифференциальный диагноз прежде всего проводится с паховыми грыжами, паховым лимфаденитом, новообразованиями мягких тканей. Чаще приходится дифференцировать от паховой грыжи. При вправлении грыжевого содержимого слышно характерное урчание, сразу после вправления припухлость в паховой области исчезает. При несообщающейся водянке попытка вправления не приносит успеха. В случае сообщения, как у курируемого больного, размеры образования в горизонтальном положении уменьшаются, но более постепенно, чем при вправлении грыжи, и без характерного звука. Для пахового лимфаденита характерно появление общих симптомов в виде недомогания, озноба, повышения температуры тела до 38-390 С, учащения пульса, потери аппетита, головной боли, нарушения сна. Поражённые лимфоузлы плотные, увеличенные, резко болезненные при пальпации. Отмечается отрицательный симптом диафаноскопии. Для новообразований мягких тканей (саркома) в паховой области первым симптомом заболевания является наличие опухоли, расположенной в толще мышц, плотной, чаще округлой, с чёткими контурами, смещаемой в поперечном направлении и малоподвижной в продольном. Кожа над опухолью обычно не изменена, отмечается локальное повышение температуры. Редко – боль, тупого характера, ноющая, возникает при давлении на опухоль или при пальпации. Отмечается отрицательный симптом диафаноскопии.

Если имеется передвигающееся под кожей по направлению к паховому каналу невправимая, напряжённая эластическая припухлость, безболезненная и вообще не причиняющая ребёнку расстройств, то это водянка яичка или семенного канатика.

#### ОБОСНОВАНИЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

На основании жалоб: на опухолевидное образование в правой паховой области; анамнеза: болен с 6 месяцев, когда впервые появилось опухолевидное образование; локального статуса: правая половина мошонки увеличена в 1,5 раза. Отмечается положительный симптом диафаноскопии. Кожа мошонки не изменена. Яичко не увеличено, конфигурация его не нарушена. Пальпация безболезненна; дополнительных методов исследования и проведённой дифференциальной диагностики выставляется окончательный клинический диагноз: Сообщающаяся водянка оболочек правого яичка. Дефицитная анемия I степени.

Прогноз.

Для жизни – благоприятный.

Для выздоровления – благоприятный.

***Гидроцеле.***

Существует три варианта гидроцеле: сообщающееся, несообщающееся и реактивное. Сообщающееся гидроцеле – это следствие открытого processus vaginalis, в результате которого возникает открытый канал между брюшной полостью и tunica vaginalis. В результате возможно перемещение жидкости между мошонкой и брюшной полостью, при этом отмечаются ритмические изменения размеров мошонки и характерное набухание в паховой области. Несообщающееся (простое) гидроцеле, которое у детей встречается редко, представляет собой облитерированный участок processus vaginalis, который выглядит как мешочек с жидкостью, окружающий яичко, но без какой-либо связи с брюшной полостью. Размер гидроцеле этого типа не изменяется. Реактивное гидроцеле является вторичным по отношению к инфекции, травме или перекруту яичка. Оно также не связано с брюшной полостью.

        Естественное течение гидроцеле у ребенка на первом году жизни динамично. Более чем в половине случаев гидроцеле исчезает из-за продолжающейся облитерации processus vaginalis и реабсорбции жидкости из несообщающегося гидроцеле. Поэтому на первом году показано только наблюдение. Показанием для раннего оперативного вмешательства является сообщающееся гидроцеле с выраженными изменениями его размеров. Сообщающееся гидроцеле является эквивалентом грыжи и должно быть быстро устранено для предотвращения ущемления кишки. Реактивное гидроцеле исчезает спонтанно и не требует особого лечения. Необходимо лечить лишь причину, вызвавшую его.

        В целом хирургический доступ к патологическому образованию, располагающемуся в мошонке, осуществляется через паховую область. Подавляющее большинство гидроцеле, которые сохраняются в возрасте старше 1 года – сообщающиеся. Доступ к гидроцеле через паховую область позволяет идентифицировать processus vaginalis и перевязать его. Сама оболочка мешочка с жидкостью, окружающего яичко, удалению не подлежит, поскольку прерывается сообщение патологической полости с брюшиной.

Вмешательства при водянке оболочек яичка.

При оперативном вмешательстве по поводу водянки оболочек яичка разрез кожи производится так, чтобы он явился продолжением дистальной части косого пахового разреза и проходил над семенным канатиком до верхнего края мошонки. Рассечённая кожа разводится крючками, затем разыскивается и извлекается вместе с его оболочками семенной канатик.

Потягивая за элементы канатика, яичко и водяночный мешок с оболочками яичка извлекают на поверхность. Водяночный мешок имеет вид сильно раздутого шаровидного образования. Эта манипуляция осуществляется лучше, когда снизу мошонка надавливается по направлению пахового канала. Содержимое водяночного мешка отсасывается, после чего легко вывести яичко с его оболочками из мошонки. Затем двумя пинцетами захватывается сверху и продольно рассекается между ними наружная оболочка яичка. Нужно следить за тем, чтобы при расщеплении оболочек не повредить идущие к верхнему полюсу яичка сосуды. Наружный листок оболочки влагалища рассекается ножницами по всей его длине.

Winkelmann.

Оболочки, образующие мешок водянки, расщепляют, вывёртывают наружу и позади придатка яичка опять пришивают друг с другом узловатыми швами. При большой дряблой оболочке перед сшиванием резецируют лишнюю часть. Тщательно останавливать кровотечение, иначе в рыхлой ткани мошонки может возникнуть гематома. Оболочку позади придатка яичка не следует стягивать очень узко, иначе можно сдавить сосуды, идущие к яичку и к его придатку.

Bergmann.

Вскрытая стенка водяночного мешка просто отсекается до переходной складки у придатка яичка. После операции из длинного раневого края может просачиваться кровь, что может привести к образованию гематомы, во избежание этого следует остановить кровотечение при помощи непрерывного шва вдоль всей линии раны.

В завершении операции яичко опускается в мошонку. В результате утолщения перевёрнутых оболочек яичка репозиция не всегда легко удаётся, поэтому перед репозицией нужно тупо пальцем создать ложе.

При сообщающейся водянке применяют операцию Росса, цель которой - прекращение сообщения с брюшной полостью и создание оттока для водяночной жидкости. Вагинальный отросток перевязывают у наружного пахового кольца и частично удаляют с оставлением в собственных оболочках яичка отверстия, через которое водяночная жидкость выходит и рассасывается в окружающих тканях. Эта операция не сопровождается травматизацией яичка и даёт хороший эффект.

Лечение курируемого больного.

Оперативное.

Обезболивание.

В\в комбинированный наркоз

Калипсол, тиопентал-натрия.

Риск анестезии II степени.

В\м за 30 мин: Sol. Atropini sulfatis – 0,1 % - 0,4 ml

 Sol. Calypsoli 50 mg

 Sol. Dimedroli 1 % - 1,0 ml

Операция удаление влагалищного отростка справа.

 После обработки операционного поля разрез кожи, подкожно-жировой клетчатки в проекции пахового канала, найден влагалищный отросток брюшины, выделен от элементов семенного канатика до шейки, прошит, перевязан, отсечён. Дистальный конец вдоль рассечён, выделилась водяночная жидкость. Пластика пахового канала. Гемостаз. По ходу операции – сухо. Послойные швы на рану. Асептическая наклейка.

Лечение сопутствующего заболевания – дефицитной анемии I ст.

   Включает организацию правильного режима дня и рационального сбалансированного питания, нормализацию секреции желудочно-кишечного тракта, а также лекарственное восполнение имеющегося дефицита железа и применение средств, способствующих его устранению. Режим активный, с достаточным пребыванием на свежем воздухе. Умеренные занятия спортом, имеющие целью улучшить всасыванием утилизацию пищевых продуктов, стимулировать обменные процессы. Диета показана в зависимости от степени тяжести анемии: при легкой и среднетяжелой степенях и удовлетворительном аппетите - разнообразное, соответствующее возрасту ребенка питание с включением в рацион продуктов, богатых железом, белком, витаминами, микроэлементами. Ограничивают злаковые продукты и коровье молоко, так как при их употреблении образуются нерастворимые фитаты и фосфаты железа.
    Патогенетическую терапию осуществляют лекарственными препаратами железа (ферроцерон, резоферон, [конферон](http://anaemia.narod.ru/preparats/konferon.htm), актиферрин, [ферроплекс](http://anaemia.narod.ru/preparats/ferropleks.htm), орферон) и витаминов. Железо чаще всего назначают внутрь в виде закисных солей, преимущественно сульфата железа, который всасывается и усваивается наиболее полно. Применяют также хлорид, лактат, аскорбинат, глюконат и сахарат железа. Лекарственные препараты изготавливают из солей железа в сочетании с органическими веществами (аминокислотами, яблочной, янтарной, аскорбиновой, лимонной кислотами, диоктилсульфосукцинатом натрия и т.д.), которые в кислой среде желудка способствуют образованию легкорастворимых комплексных соединений железа - хелатов и более полному его усвоению. Принимать железо рекомендуется между кормлениями или за 1 час до еды, так как некоторые ингредиенты пищи могут образовывать с ним нерастворимые соединения. Заливают препараты фруктовыми и овощными соками, особенно полезны соки цитрусовых. Индивидуальную дозу на курс лечения рассчитывают в миллиграммах по следующей формуле:

Fe = Р х (78 - 0,35 х Hb),

где Р - масса тела, кг; Hb - фактический уровень гемоглобина у ребенка, г/л. Курс лечения обычно длительный, полная доза назначается до достижения стабильного нормального содержания гемоглобина, а в течение последующих 2 - 4 месяцев дается профилактическая доза (1/2 лечебной 1 раз в день) для накопления железа в депо и предупреждения рецидивов заболевания. При плохой переносимости железа лечение начинают с малых доз, постепенно увеличивая их, сменяют препараты. Эффективность лечения определяется по нарастанию гемоглобина (на 10 г/л, или 4 - 6 ед. в неделю), уменьшению микроцитоза, ретикулоцитарному кризу на 7 - 10 день применения препаратов железа, повышению содержания железа в сыворотке до 17 мкмоль/л и более, а коэффициента насыщения трансферрина - до 30 %. Курсовую дозу рассчитывают по следующим формулам:

Fe (мг) = (масса тела (кг) х [1000 - Fe (мкг/л)]) / 20

или

Fe (мг) = Рх (78 - 0,35 Hb),

где Fe (мкг/л) - содержание железа в сыворотке больного; Hb - уровень гемоглобина периферической крови. Максимальная ежедневная разовая доза препаратов парентерального железа после 1 года - 2 мл, взрослым - 4 мл. Наиболее часто употребляют сахарат железа, эффективно лечение фербитолом (сорбитол железа), ферковеном (2 % сахарат железа с глюконатом кобальта в растворе углеводов). Препараты железа внутрь назначают одновременно с пищеварительными ферментами с целью нормализации кислотности внутренней среды, ее стабилизации. Для лучшего усвоения и всасывания назначают соляную кислоту с пепсином панкреатин с кальцием, фестал. Кроме того, показаны большие дозы аскорбиновой кислоты и другие витамины в возрастной дозировке внутрь. Переливание цельной крови и эритроцитной массы производится только по витальным показаниям (содержание гемоглобина ниже 60 г/л), так как оно лишь на короткое время создает иллюзию выздоровления.

Rp.: Tab. Ac. ascorbinici 0,05

 D.t.d. N. 20

 S. По 1 таблетке 2 раза в день.

Rp.: Sol. Ac. ascorbinici 5% - 1,0

 D.t.d. N. 10 in amp.

 S. По 1,0 мл внутримышечно 2 раза в день.

Rp.: Pentoxili 0.025

 D.t.d. N. 20 in tab. оbd.

 S. По 1 таблетке в день.

Дневники.

**16.01.03**

Больной предъявляет жалобы на умеренную болезненность в области послеоперационной раны.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледно-розовые, умеренной влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца чистые, ясные, ритм правильный. Живот мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационной раны, где имеется шов линейной формы, без признаков воспаления. Стул, диурез в норме.

Пульс - 118 /мин

ЧДД -21 в минуту

Температура тела 36.8°С

АД -100/70 мм рт. ст.

**17.01.03**

Жалоб больной не предъявляет.

Объективно: состояние больного удовлетворительное. При исследовании дыхательной и сердечно-сосудистой системы отрицательной динамики не выявлено. При исследовании органов брюшной полости отмечено уменьшение болезненности в области послеоперационной раны при пальпации. Послеоперационный шов без признаков воспаления. Стул, диурез в норме.

Пульс -115 /мин

ЧДД- 20 в минуту

Температура тела 36.5°С

АД - 110/70 мм рт ст

#### ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

Больной Абекенов Дауренбек поступил в ХО ОДКБ 9.01.03 года со следующими жалобами: на опухолевидное образование в правой паховой области, слабость, быструю утомляемость, головную боль.

Из анамнеза: болен с 6 месяцев, когда впервые появилось опухолевидное образование в правой паховой области. Выпячивание сначала имело небольшие размеры и проходило при отдыхе в положении лёжа, постепенно увеличивалось. Стало появляться чувство тяжести. В последнее время (около 1 месяца) образование не стало полностью проходить во время отдыха, участились случаи появления тяжести в паховой области.

На основании жалоб больного, данных анамнеза, клинического и параклинического исследований был поставлен диагноз:

Основной: Сообщающаяся водянка оболочек яичка справа.

Сопутствующее заболевание: дефицитная анемия легкой степени.

 Больному 15.01.03 г. была проведена операция – удаление влагалищного отростка справа.

После проведенного лечения состояние больного улучшилось, при выписке состояние удовлетворительное.

Рекомендации при выписке:

Проведение обследования в амбулаторных условиях по поводу сопутствующего заболевания, проведение коррекции анемии препаратами железа в соответствующих дозировках, соблюдение диеты, занятие ЛФК.

**Литература:**

1. Ю.Ф. Исаков «Хирургические заболевания у детей» 1993
2. С.Я. Долецкий, Ю.Ф. Исаков «Руководство по детской хирургии» М 1970
3. Г.А. Баиров «Неотложная хирургия» Л 1993
4. Рокицкий М.Р. «Неотложная диагностика важнейших хирургических заболеваний детского возраста»
5. Справочник педиатра.