ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

## Ф.И.О. x

## Пол: женский

## Возраст: 16 лет

## Национальность: русская

## Место жительства: г. Владивосток,

## Образование: неоконченное среднее

## Профессия: учащаяся шк.№61 10 класс

## Дата госпитализации: 16 декабря 1998г. 2120

## ДИАГНОЗЫ:

## Диагноз направившего учреждения: Острый аппендицит.

## Диагноз при поступлении: Острый аппендицит.

## Диагноз клинический: Терминальный илеит. Вторичный простой аппендицит.

## ОПЕРАЦИЯ:

## Операция: Аппендоэктомия, микроирригатор. 17.12.98 030 - 200.Местный наркоз.

## Группа крови II,резус фактор положительный.

STATUS PRAESЕNS SUBJECTIVUS

## Больная предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли в области после операционной раны в правой подвздошной области, не иррадиирующие; отсутствие стула; тошноту; легкое головокружение.

ANAMNESIS MORBI

## Считает себя больной с 16 декабря 1998 г, когда без видимой причины около 16 часов появились тупые, схваткообразные боли в эпигастральной области, приняла таблетку но-шпы, боль уменьшилась. Ночью боль усилилась, сместилась в правую подвздошную область. Утром пошла в школу, но к вечеру боль стала интенсивнее, постоянного характера, повысилась температура до 380С. По СМП доставлена в приемное отделение ГКБ №2 в 2120. В 030 больной выполнена операция: Аппендоэктомия, микроирригатор. После операции назначены анальгетики, антибактериальные препараты через микроирригатор и внутримышечно. Послеоперационный период протекает без осложнений. Больная продолжает лечение в стационаре, на момент курации состояние удовлетворительное.

ANAMNESIS VITAE

## Родилась в 1982 году в городе Владивостоке в семье служащих 1-м ребенком. Физически и интеллектуально развивалась нормально, от сверстников не отставала. С 7-ти лет пошла в школу. Училась хорошо. Питание нерегулярное, жилищно–материальные условия удовлетворительные.

# НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

## Ближайшие родственники здоровы. Хронических заболеваний желудочно–кишечного тракта не имеют.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Инфекционный гепатит, венерические заболевания, малярию, тифы и туберкулез отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечилась, инъекции не производились, за пределы города не выезжала и контакта с инфекционными больными не имела.

# ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

##  Первые месячные начались с 13 лет; установились сразу. Заболевания половой сферы отрицает. Беременностей 0, родов 0, абортов 0.

# ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

## Перенесла все детские инфекции.

# ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

## Не курит, алкоголь и наркотики не употребляет.

# ГЕМОТРАНСФУЗИОННЫЙ АНАМНЕЗ

## Группа крови: II; резус фактор - положительный. Гемотрансфузии раньше не производились.

# АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты не отмечает.

STATUS PRAESENS OBJECTIVUS

# ОБЩИЙ ОСМОТР

## Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица спокойное. Нормостенического типа телосложения, удовлетворительного питания. Подкожно–жировая клетчатка выражена умеренно (толщина кожно–жировой складки 2 см). Внешний вид соответствует возрасту. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности, чистые. Кожа эластичная, тургор тканей сохранен. Дермагрофизм белый нестойкий. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые.

## Слизистая глаз розовая, влажная, чистая. Склеры не изменены. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за приделы небных дужек. Десны не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены.

## Пальпируются подчелюстные и заднешейные лимфоузлы овальной формы, размерами 1 на 0,5 см, эластической консистенции, с подлежащими тканями не спаяны, безболезненные.

## Осанка правильная, походка без особенностей. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц снижен. Рост 170 см, вес 62 кг.

## Щитовидная железа нормальных размеров, эластической консистенции, безболезненная. Симптомы Грефе, Мебиуса, Дерьлимпля, Штельвага отрицательны.

## Молочные железы расположены на одном уровне, обычных размеров, контур их ровный, мягкие, эластической консистенции, безболезненные. Соски и ареолярные области не изменены.

# ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания- грудной. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Форма грудной клетки правильная, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются.

# Пальпация

## Грудная клетка ригидная, безболезненная. Голосовое дрожание проводится симметрично, не изменено.

# Перкуссия

## Топографическая перкуссия.

## Нижние границы правого легкого:по l. Parasternalis - верхний край 6-го ребрапо l. Medioclavicularis - нижний край 6-го ребрапо l. axillaris anterior - 7 ребропо l. axillaris media - 8 ребропо l. axillaris posterior - 9 ребропо l. Scapuiaris - 10 ребропо l. Paravertebralis - на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Нижние границы левого легкого:по l. parasternalis- -------по l. medioclavicularis- -------по l. axillaris anterior- 7 ребропо l. axillaris media- 8 ребропо l. axillaris posterior- 9 ребропо l. scapuiaris- 10 ребропо l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Верхние границы легких: Спереди на 3 см выше ключицы.Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

## Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксилярной линии:на вдохе 3 смна выдохе 3 см

## Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии:на вдохе 3 смна выдохе 3 см

## Сравнительная перкуссия:

## Над симметричными участками легочной ткани определяется ясный легочный звук.

# Аускультация

## Над всеми аускультативными точками выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет. При бронхофонии проведение голоса не изменено.

# СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Верхушечный толчок визуально не определяется.

# Пальпация

## Пульс симметричный, частотой 78 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Определяется пульсация височной, сонной, подключичной, подмышечной, плечевой, локтевой, лучевой, бедренной, подкаленной артерий; стенка их эластична.

##  Верхушечный толчок пальпируется на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, площадью 1,5 на 2 см, умеренной силы, резистентный.

# Перкуссия

## Границы относительной сердечной тупости:Правая - в 4-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудиныВерхняя - на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistraeЛевая - в 5-м межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии

## Границы абсолютной сердечной тупости:Правая - по левому краю грудиныВерхняя - на уровне 4-го ребраЛевая - на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости

## Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях.

# Аускультация

## Тоны сердца ритмичные, ясные, шумов нет. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст.

# ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Десны не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены.

## Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, пупок втянут. В правой подвздошной области наблюдается послеоперационная ушитая рана, линейной формы 10 Х 0,3 см, швы состоятельны, края не отечны, не гиперемированы, отделяемого нет. В ране микроирригатор. Повязка сухая чистая.

# Пальпация

## Поверхностная: Живот мягкий, умеренно болезненный и напряжен в правой подвздошной области (в области послеоперационной раны). Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

## Глубокая: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется. Прямая кишка: кожа вокруг ануса обычного цвета, без повреждений; исследование на глубину 5 см, болезненности при прохождении пальца нет; тонус сфинктера сохранен; болезненности и нависания стенок кишки нет.

## Нижний край печени острый, ровный, эластичный, безболезненный, не выходит из под края реберной дуги, поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус, Грекова - отрицательные. Поджелудочная железа не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

# Перкуссия

## Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 9 см, по передней срединной линии 8 см, по левой реберной дуге 7 см. Верхняя граница селезенки по левой среднеаксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре. Длинник – 8см, поперечник – 6 см.

# МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

## В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Пальпация по ходу мочеточников безболезненна.

# НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

## Сознание ясное, речь не изменена. Чувствительность не нарушена. Больная ориентирована во времени, пространстве, месте. Походка без особенностей. Глоточный, брюшной и сухожильно-периостальные рефлексы сохранены. Оболочечные симптомы отрицательные. Глазное яблоко, состояние зрачков и зрачковые рефлексы в норме. Сон и память сохранены.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

# Терминальный илеит. Вторичный простой аппендицит.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОЙ

## Лабораторные исследования:

1. Клинический анализ крови. Назначаем для выявления признаков острого воспаления (лейкоцитоза), так как идет воспаление червеобразного отростка. Также нас интересует, нет ли заболеваний крови - это также может ухудшить прогноз лечения.
2. Биохимический анализ крови. В нем нас интересуют показатели количества общего белка, белковых фракций, показатели белковых осадочных проб, активности аминотрансфераз, количества сахара, электролитов, для выявления сопутствующих заболеваний и предупреждения осложнений при общем обезболивании и в послеоперационном периоде.
3. Общий анализ мочи. Назначаем для выявления сопутствующих заболеваний мочевыделительной системы и симптомов воспаления.
4. Группа крови, резус фактор. Назначаем, так возможно интраоперационное переливание крови.
5. ЭДС крови.
6. САСС. Поможет сориентироваться в возможности кровотечения или тромбэмболических нарушений.
7. Кал на я/глист и энтеробиоз.

## Инструментальные исследования:

1. Обзорная рентгенография брюшной полости для дифференциальной диагностики острого аппендицита, перфорации желудка и острой кишечной непроходимости.
2. ЭКГ. Для оценки риска использования наркоза.
3. Диагностическая лапароскопия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО - ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

## Результаты лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови.
Лейкоциты- 8х109/л
 эозинофилы- 1%
 палочкоядерные- 5%
 сегментоядерные- 61%
 Лимфоцитов- 30%
 Моноцитов- 2%
2. Анализ мочи.
Цвет светло-желтый Белок 0 г/л
Прозрачная Сахар 0
Реакция кислая Уробилин (-)
Уд. вес 1,025 Желч. пигменты (-)
Лейкоциты 4 -5 в поле зрения
Эритроциты 10 – 12 в поле зрения
Эпителий плоский 6 - 7 в поле зрения
3. ЭДС отрицательна.
4. HBsAg отрицательна.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Болезнь Крона (терминальный илеит) чаще всего приходится дифференцировать с дивертикулом Меккеля, кишечным иерсиниозом, острым гастроэнтеритом.

Дивертикул Меккеля имеется у 2-х % населения, его клинические проявления неспецифичны, развиваются при появлении осложнений - воспаления, перфорации, кровотечении. При дивертикулите появляются боли в животе, повышение температуры тела, озноб, симптомы раздражения брюшины, то есть клинические проявления схожи с клиникой острого аппендицита. Изъязвление дивертикула может сопровождаться кровотечением, при перфорации развивается клиника разлитого перитонита, хронический дивертикулит ведет к спаечной непроходимости. Как видно, клинически дифференцировать проявления дивертикула Меккеля от терминального илеита довольно сложно. Основным методом диагностики дивертикула является рентгенологическое исследование с контрастированием кишки барием, что даст на рентгенограмме симптом округлой тени.

Абдоминальную форму кишечного иерсиниоза довольно трудно дифференцировать с болезнью Крона. При данной форме иерсиниоза преобладает поражение терминального отдела тонкой кишки, что проявляется болью в животе, тошнотой, рвотой, дисфункцией кишечника, могут наблюдаться симптомы раздражения брюшины (то есть симптоматика острого аппендицита). Для постановки диагноза учитывают эпидемиологический анамнез: употребление капусты и др. Основную роль в постановке диагноза играют серологические реакции: РНГА к 15-му дню (1:776), ИФА, реакция бактериального лизиса.

Гастроэнтериты протекают остро, с симптомами интоксикации, болями в животе, диареей, многократной рвотой, симптомами обезвоживания, имеется указание на употребление недоброкачественных продуктов. Диагноз подтверждается бактериальным посевом кала.

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Терминальный илеит. Вторичный простой аппендицит.

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

## Данные, полученные во время оперативного вмешательства: подвздошная кишка на протяжении 30 см от илеоцекального угла отечна, инфильтрирована, гиперемирована, просвет сужен по сравнению другими отделами толстой кишки в 2 раза – позволяют оставить диагноз терминальный илеит (болезнь Крона).

## Болезнь Крона явилась первопричиной простого аппендицита. Об аппендиците говорит клиника заболевания: болевой синдром (симптом Кохера – Волковича), повышение температуры до 380С, положительные аппендикулярные симптомы – Ровзинга, Воскресенского, Ситковского, Образцова, Коупа.

## Данные, полученные во время операции: червеобразный отросток 12,0 х 0,5, сосуды инъецированы, подтверждают диагноз простой аппендицит.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ КУРИРУЕМОГО БОЛЬНОГО

## Показана срочная аппендэктомия- предотвращение угрожающего жизни состояния.

## Премедикация: Sol. Promedoli 2% - 1 ml

## ОПЕРАЦИЯ:

## Аппендоэктомия. Микроирригатор.

## Под местной анестезией Sol. Novocaini 0,25% - 400,0 + нейролептоанальгезия. Разрезом Волковича – Дьяконова в правой подвздошной области послойно вскрыта брюшная полость. Выпота нет. Слепая кишка в рану не выводиться, червеобразный отросток не определяется. Подвздошная кишка на протяжении 30 см от илеоцекального угла отечна, гиперемирована, по отношению к другим отделам увеличена в диаметре в 2 раза. Рана расширена вверх с иссечением мышц.

## Червеобразный отросток гиперимирован, расположен ретроцекально вверх, сложен вдвое. С большими техническими трудностями выполнена ретроградная аппендоэктомия.

## Культя отростка погружена в кисетный и Z образный швы. Брыжейка отростка порционно на зажимах отсечена, прошита и перевязана.

## Брюшная полость обработана раствором хлоргексидина, Sol. Novocaini 0,25% - 150,0; Sol.Canamicini 2,0 в брыжейку подвздошной кишки.

## Проверка гемостаза, через рану выведен микроирригатор. Послойный шов операционной раны. Асептическая повязка.

## Препарат: Червеобразный отросток 12,0 х 0,5 см, сосуды инъецированы.

## Послеоперационная этиопатогенитическая терапия:

## Режим палатный первые сутки, затем общий.

## Диета голод в первые двое суток, затем стол №15.

## Антибактериальная терапия для профилактики гнойных послеоперационных осложнений: Sol. Gentamicini sulfatis 4% - 2ml в/м 2 раза в день, Canamicini monosulfatis 1 – 2 г через микроирригатор.

## Анальгетики Sol.Baralgini 5,0ml – в/м

ДНЕВНИКИ

## 21.12.98.

## Предъявляет жалобы на умеренные тупые постоянные боли в области послеоперационной раны. Температура вечером 37,2; утром 36,7. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные. Частота сердечных сокращений 78 в минуту. Артериальное давление 120/70 мм рт ст. При поверхностной пальпации отмечается болезненность в области послеоперационной раны. При глубокой пальпации сигмовидная кишка безболезненна, ровная, плотноэластичная. Стул оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное, диурез адекватен выпитой жидкости.

## Перевязка: рана чистая, отделяемого нет, послеоперационные швы состоятельны. Удален микроирригатор. Спирт, йод. Асептическая повязка.

## 22.12.98

## Предъявляет жалобы на умеренные тупые постоянные боли в области послеоперационной раны. Температура вечером 36,8; утром 36,5. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные. Частота сердечных сокращений 78 в минуту. Артериальное давление 120/70 мм рт ст. При поверхностной пальпации отмечается болезненность в области послеоперационной раны. При глубокой пальпации сигмовидная кишка безболезненна, ровная, плотноэластичная. Перитониальные симптомы отсутствуют. Стул оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное, диурез адекватен выпитой жидкости.

## 23.12.98

## Жалоб не предъявляет. Температура вечером 36,6; утром 36,4. Состояние удовлетворительное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ясные ритмичные. Частота сердечных сокращений 78 в минуту. Пульс 78 удовлетворительных качеств. Артериальное давление 120/70 мм рт ст. При поверхностной пальпации отмечается болезненность в области послеоперационной раны. При глубокой пальпации сигмовидная кишка безболезненна, ровная, плотноэластичная. Стул оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное, диурез адекватен выпитой жидкости.

## Перевязка: рана чистая, швы сняты. Спирт, йод. Асептическая повязка.

ВЫПИСНОЙ ЭПИРИЗ

## Больная x, 16 лет поступила в клинику 16.12.98 с жалобами на интенсивные постоянные боли в правой подвздошной области, температуру 380С. В клинике проведено обследование: клинический анализ крови (16.12.98) L 8,0 Г/л, п-5,с-64,э-1, лимфоцитов-30, моноцитов-2; общий анализ мочи (норма). Был выставлен диагноз: острый аппендицит. 17.12.98 030 – 200 выполнена операция: Аппендоэктомия, микроирригатор. На основании данных полученных в ходе операции выставлен окончательный клинический диагноз: Терминальный илеит, вторичный простой аппендицит. В послеоперационном периоде получала анальгетики, антибактериальную терапию. Послеоперационный период протекал без осложнений.

ПРОГНОЗ

## Прогноз для жизни благоприятный. Необходимо избегать тяжелого физического труда в среднем в течение 3-4 месяцев. Пребывание на больничном листе составит 4-6 недель. После этого трудоспособность восстанавливается.

ЛИТЕРАТУРА

## Б. В. Киркин «Новое в изучении болезни Крона», «Русский медицинский журнал».

## М.А.Трунин. Острый аппендицит. (Методические указания)

## М. Х. Левитан «Болезнь Крона» М.; 1985г.