Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Оренбургская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию Российской Федерации»

Кафедра факультетской хирургии

История болезни

Фамилия, имя, отчество больного: \_\_\_\_

Диагноз

а) основное заболевание: Острый гангренозно-перфоративный аппендицит

б) осложнения основного заболевания: Перфорация червеобразного отростка. Местный перитонит

в) сопутствующие заболевания: АГ I ст., пупочная грыжа вправимая, вентральная

время курации с: 9.12.10 по: 13.12.10.

группа: 413

куратор-студент: М.Л. Калинина

г. Оренбург, 2010 г.

**I. Общие сведения о больном**

. Фамилия, имя, отчество: \_\_\_

. Возраст: 40 лет

. Профессия: \_\_\_\_

. Семейное положение: замужем, двое детей

. Адрес больного: г. Оренбург \_\_\_\_

. Дата и час поступления в стационар: 27.11.10 г. 1610

. Диагноз направившего учреждения: Острый аппендицит. Почечная колика справа

. Диагноз при поступлении: Острый аппендицит.

. Клинический диагноз основного заболевания: Острый гангренозный, перфоративный аппендицит. Диффузный перитонит.

. Сопутствующие заболевания: нет

. Дата и название операции: 27.11.10. Срединная лапаротомия. Аппендэктомия, дренирование брюшной полости.

. Послеоперационные осложнения: нет

. Дата выписки:

**II. Анамнез заболевания (Anamnesis morbi)**

. Жалобы больной к началу курации на боли во всех областях передней брюшной стенки, высокую температуру (390С), тошноту, рвоту, сухость во рту.

. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ считает себя больной с 26.11.10., когда впервые, без видимых причин, возникли боли в эпигастральной области. Больная, находясь на работе, приняла омепразол (антисекреторное средство-ингибитор Н+/К+-АТФазы), но-шпу (спазмолитическое средство), парацетамол (НПВС). Отмечала рвоту с желчью. В течение суток боли сместились из эпигастральной области в правую подвздошную область, затем боли стали локализоваться по всем областям передней брюшной стенки. Интенсивность болей усилилась. Утром 27.11.10. больная вызвала скорую медицинскую помощь. Бригада СМП выполнила инъекцию (но-шпа 2 мл - внутривенно) и госпитализировала больную в экстренном порядке в хирургическое отделение больницы им. Н.И.Пирогова с лечебной целью.

**III. Анамнез жизни (Anamnesis vitae)**

. Где родилась, как развивалась по возрастам: родилась в Свердловской обл. г. Полевской, развивалась в соответствии возрасту

. Когда пошла в школу, как успевала в годы учебы: в школу пошла с 7 лет, в школе успеваемость была хорошая

. Семейное положение: замужем, двое детей

. Условия труда и быта, материальные и жилищные условия: удовлетворительные

. Регулярность питания: питается регулярно

. Перенесенные травмы, заболевания, время их возникновения, обстоятельства, где лечился: не отмечает

. Вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания): отрицает

. Лекарственная непереносимость: не отмечает

. Наследственность: не отягощена

10. Гематологический анамнез: переливание крови ранее не производилось

. Физиология и патология половой сферы: менструации начались в 13 лет (регулярные, безболезненные), две беременности, двое родов.

**IV. Состояние больного в момент курации (Status praesens)**

**Общие данные**

1. Состояние больной: средней тяжести

. Положение больного в постели: вынужденое

. Температура тела: 390С

. Телосложение: рост 167 см, вес 82 кг, окружность груди 120 см

. Кожный покров и видимые слизистые оболочки: кожные покровы чистые, сухие, теплые, обычной окраски; язык сухой обложен темным налетом

6.Лимфатические узлы: подчелюстные, затылочные, шейные, подмышечные, подколенные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, эластичной консистенции, мало подвижны. Надключичные, подключичные, паховые лимфатические узлы не пальпируются.

**Опорно-двигательная система**

Субъективные данные:

Больная со стороны опорно-двигательной системы жалоб не предъявляет.

Объективные данные:

.Деформация, изменение длины и оси конечности: нет

2. Изменение артериальных и венозных сосудов конечностей: варикозное расширение вен нижних конечностей

. Состояние придатков кожи: ногтевые пластинки овальной формы, умеренно развит волосяной покров на голове и лице

. Язвы: нет

. Опухоли: нет

**Дыхательная система**

Субъективные данные:

Больная со стороны дыхательной системы жалоб не предъявляет.

Объективные данные:

. Грудная клетка: конической формы, без деформации, тип дыхания - верхнереберный (грудной), ЧДД=17.

. Легкие: при пальпации грудная клетка безболезненна, эластичная, голосовое дрожание нормальное; перкуссия легких - границы легких и плевры в пределах физиологической нормы.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхняя граница | Правое легкое | Левое легкое |
| Высота стояния верхушек спереди | 4 см | 5см |
| Высота стояния верхушек сзади | на уровне VII шейного позвонка | |
| Поля Кренига | 4 см | 4см |
| Активная подвижность (экскурсия) нижнего края легких (по линиям) | | |
| Среднеключичная | 4 см | 4см |
| Средняя подмышечная | 5 см | 5см |
| Лопаточная | 4см | 4см |

При аускультации над областью легких на передней поверхности грудной клетки ниже II ребра, латеральнее окологрудинной линии, в аксилярной области ниже угла лопатки выслушивается везикулярное (альвеолярное) дыхание. Бронхиальное (ларинго-трахеальное) дыхание выслушивается над гортанью, трахеей и крупными бронхами (сзади в межлопаточном пространстве до уровня III-IV грудных позвонков).

Бронхофония отрицательная, т.е. аускультативно не различимы слова произносимые шепотной речью.

. Спирометрия: ЖЕЛ 2800 мл

ДЖЕЛ 3790 мл

**Сердечно - сосудистая система**

Субъективные данные:

Больная со стороны сердечно-сосудистой системы жалоб не предъявляет.

Объективные данные:

. Пульс: 75 ударов в мин., ритмичный, большой пульс (хорошее наполнение), твердый; АД 120/70 мм.рт.ст.

. Сердце: грудная клетка конической формы.

Пальпация: верхушечный толчок в V межреберье слева, на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии

Перкуссия сердца: границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах нормы.

Шумы сердца отсутствуют. Тоны сердца приглушены.

**Пищеварительная система**

Субъективные данные:

. Живот: боли во всех областях передней брюшной стенки; боли постоянные не зависят от приема пищи.

. Тошнота: постоянная, не связана с приемом пищи

. Рвота: с желчью (1 раз в день), не приносящая облегчения

Объективные данные:

. Полость рта, зев: язык сухой обложен темным налетом; зубы не требуют санации; десна розового цвета, не кровоточат; небные миндалины овальной формы, розового цвета, мягкой консистенции; слизистая мягкого неба, небных дужек розовая, влажная, чистая.

2. Живот: мягкий, округлой формы, вздут, равномерно участвует в акте дыхания, кожа живота подвижная.

. Поверхностная, ориентировочная пальпация передней брюшной стенки: живот при поверхностной пальпации мягкий, болезненный во всех областях.

Глубокая, скользящая, топографическая и методическая пальпация по Образцову-Стражеско:

сигмовидная кишка пальпируется в виде гладкого, плотного, не урчащего, болезненного, умеренно подвижного цилиндра толщиной 3 см;

слепая кишка не пальпируется;

восходящая и нисходящая части ободочной кишки не пальпируются;

поперечная ободочная кишка пальпируется в виде болезненного цилиндра толщиной 5 см.

. Свободная жидкость в брюшной полости определяется пальпаторно

. Определение контуров желудка: нижняя граница определена методами пальпации и перкуссии, расположена она на 3 см выше пупка. Большая кривизна пальпируется в виде дугообразного валика эластической консистенции, поверхность гладкая, болезненна. Малая кривизна не пальпируется. Привратник пальпируется в треугольнике, образованном нижним краем печени справа от средней линии, средней линии живота и поперечной линии, проведенной на 4 см выше пупка, в области правой прямой мышцы живота. Проецируется в виде тяжа, диаметром 2см, с ровной поверхностью, подвижного. Под пальцами слышно слабое урчание.

. Пальпация поджелудочной железы: поджелудочная железа не пальпируется.

. Печень не пальпируется. Размеры печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии 11 см (V, VI межреберье);

по средней линии тела 9 см (VIII, IX межреберье);

по краю левой реберной дуги 8 см.

Печеночная тупость сохранена.

Желчный пузырь не пальпируется.

Симптом Щеткина-Блюмберга положительный (боль при резком отдергивание руки после пальпации в правой подвздошной области);

Симптом Ровзинга положительный (боль в правой подвздошной области при толчкообразных движениях в левой подвздошной области, с прижатием сигмовидной кишки);

Симптом Бартомье-Михельсона положительный (боль при пальпации в правой подвздошной области в положении больного на левом боку);

Симптом Ситковского (усиление болей в правой подвздошной области в положении больной на левом боку);

Симптом Кохера (боль в эпигастральной области с первых часов заболевания);

Симптом Короваевой (боль в правой подвздошной области при кашле);

Симптом Кохера-Волковича (смещение болей из эпигастральной области в правую подвздошную область).

. Селезенка: не пальпируется. При перкуссии: - поперечник 6 см (IX-XI межреберье);

- длинник 8 см.

. Выслушивание перистальтических шумов кишечника: перистальтические шумы не выслушиваются.

**Мочевыделительная система**

Субъективные данные:

Больная со стороны мочевыделительной системы жалоб не предъявляет.

Объективные данные:

Симптом Пастернацкого (болезненность в области почек при пальпации и поколачивании) отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются (с обеих сторон) в положении больной лежа на спине. Выделения из мочеиспускательного канала и влагалища отсутствуют.

**Половая система**

Менструации начались в 13 лет (регулярные, безболезненные).

Были две беременности, которые закончились двумя родами.

Выделения из влагалища отсутствуют.

**Эндокринная система**

Признаки нарушения функции желез внутренней секреции (пучеглазие, увеличение конечностей, ожирение, жажда, полиурия) - отсутствуют. Щитовидная железа пальпаторно не определяется. Аускультативно - сосудистые шумы отсутствуют.

**Нервная система**

Субъективные данные:

Больная со стороны нервной системы жалоб не предъявляет.

Объективные данные:

а) состояние спокойное; внимание устойчивое, направленное; ориентировка, критика окружающих не нарушены; мимика обычная; умственное развитие соответствует возрасту; расстройство речи, письма - отсутствуют; эйфория - отсутствует.

б) симптомы Брудзинского, Кернига, менингиальные отрицательные.

в) активные и пассивные движения не нарушены; тонус мышц, трофика, объем движений, сила - незначительно снижены; движения соразмерные; походка свободная.

г) рефлексы: сухожильные, ахилловы, подошвенные - сохранены.

д) чувствительность: болевая, тактильная, температурная не нарушены.

**Органы чувств**

1. Зрение: нормальное

. Слух: хороший

. Обоняние: не изменено

. Вкус: не изменен

. Осязание: не изменено

**. Местные признаки заболевания (Status Localis)**

Живот округлой формы, вздут, равномерно участвует в акте дыхания, кожа живота подвижная.

При поверхностной пальпации передняя брюшная стенка мягкая, болезненна во всех областях.

Отмечаются положительные симптомы: Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Бартомье-Михельсона, Ситковского, Кохера, Кохера-Волковича, Короваевой.

**VI. Обоснование предварительного диагноза**

На основании жалоб больной (на боли во всех областях передней брюшной стенки, высокую температуру (390С), тошноту, рвоту, сухость во рту), анамнестических данных (считает себя больной с 26.11.10., когда впервые, без видимых причин, возникли боли в эпигастральной области. Больная, находясь на работе, приняла омепразол (антисекреторное средство-ингибитор Н+/К+-АТФазы), но-шпу (спазмолитическое средство), парацетамол (НПВС). Отмечала рвоту с желчью. В течение суток боли сместились из эпигастральной области в правую подвздошную область, затем боли стали локализоваться по всем областям передней брюшной стенки. Интенсивность болей усиливалась, результатов объективного исследования Живот округлой формы, вздут, равномерно участвует в акте дыхания, кожа живота подвижная. При поверхностной пальпации передняя брюшная стенка мягкая, болезненна во всех областях. Отмечаются положительные симптомы: Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Бартомье-Михельсона, Ситковского, Кохера, Кохера-Волковича, Короваевой.) позволяет выявить наиболее вероятное заболевание у данной больной - острый аппендицит.

**VII. Данные специальных методов исследования**

От 27.11.10. Группа крови Аβ (II) Rh+

От 27.11.10. Общий анализ крови

Hb=140 г/л Тромб.=270\*109/л Мон.=2%

Эрит.=4,2\*1012/л П/я=34% Метамиел.=1%

Лейк.=8,3\*109/л С/я=45%

СОЭ=30 мм/ч Лимф.=18%

Заключение: повышение СОЭ, лейкоцитоз.

От 27.11.10. Общий анализ мочи

Эпителий 32

Заключение: повышенное количество эпителия

От 27.11.10. Осмотр гинеколога

Заключение: Перитонит. Убедительных данных за острую гинекологическую патологию не выявлено.

От 28.11.10. Биохимический анализ крови

Сахар 7,0 ммоль/л

Мочевина 3,6 ммоль/л

Билирубин прямой (ПБ) 10,8 ммоль/л

Общий билирубин (ОБ) 61,0 ммоль/л

Заключение: гипергликемия, повышение ОБ и ПБ.

От 28.11.10. Общий анализ мочи

Цвет - насыщенно желтый

Прозрачность - прозрачная

Белок - 0,066 ‰

Эпителий - 8-10 в поле зрения

Лейкоциты - 6-8

Эритроциты - 2-3

Бактерии, слизь

Заключение: протеинурия, повышенное количество эпителия, лейкоцитов; наличие слизи.

От 28.11.10. Электрокардиография

Заключение: синусовый ритм с ЧСС 83 в мин. ЭОС не отклонена. Диффузные нарушения процессов реполяризации миокарда (сглажены «+» з.Т).

От 1.12.10. УЗИ органов брюшной полости

Заключение: Камни желчного пузыря. Хронический калькулезный холецистит. Диффузные изменения печени, поджелудочной железы.

**. Дифференциальный диагноз**

Дифференциальную диагностику острого аппендицита необходимо проводить с перфоративной язвой желудка и 12-перстной кишки, острым холециститом.

От перфорации желудка острый аппендицит отличает само начало заболевания. При перфорации желудка оно внезапное, с появлением "кинжальных" болей в животе, в то время как при остром аппендиците всегда имеется более или менее продолжительный период нарастания болей, что мы и видим у больной - сначала боли локализовались в эпигастральной области, затем они сместились в правую подвздошную область; боли усилились и распространились по всем областям передней поверхности брюшной стенки. Рвота при перфорации бывает очень редко, а напряжение мышц брюшной стенки в первые часы выражено столь резко, что живот становится "доскообразным". У больной же в первые часы живот был мягким, но болезненным. Кардинальным признаком перфорации является исчезновение печеночной тупости в результате попадания воздуха в брюшную полость. При перкуссии у больной печеночная тупость была сохранена. Наличие свободного газа в брюшной полости может быть подтверждено при рентгенологическом исследовании (под правым куполом диафрагмы будет серповидное просветление - симптом Спижарного).

Острый холецистит от острого аппендицита отличается локализацией боли в правом подреберье (это, однако, может быть и при высоком подпеченочном расположении червеобразного отростка), неоднократной рвотой, не приносящей облегчения, иррадиацией болей в правую лопатку и плечо, наличием симптомов Грекова-Ортнера (боль при поколачивании по правой реберной дуге), Мерфи (задержка дыхания на вдохе при давлении на точку проекции желчного пузыря), Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом), Пикарского (болезненность при надавливании на мечевидный отросток), Захарьина (боль при пальпации в области проекции дна желчного пузыря). Нередко удается пальпировать увеличенный желчный пузырь или инфильтрат в правом подреберье. Для больных острым аппендицитом не характерны повторные рвоты желчью, иктеричность склер и желтушность кожных покровов, иррадиация в спину и в угол лопатки. Особенно трудно отличить эти два заболевания при высоком, подпечёночном расположении слепой кишки и червеобразного отростка или, наоборот, при низком расположении печени и желчного пузыря у больных с висцероптозом. Характерны высокий лейкоцитоз, до 15-20х109 л, ускорение СОЭ, биллирубинемия. Сомнения отпадают, если удаётся прощупать увеличенный, резко болезненный желчный пузырь. У больной все симптомы характерные для острого холецистита отсутствуют.

**. Этиология и патогенез**

В результате дисфункции нейро-регуляторного аппарата аппендикса в нем происходит нарушение кровообращения, что ведет к трофическим расстройствам. Дисфункцию нейро-регуляторного аппарата могут вызывать следующие факторы:

. Сенсибилизация

. Рефлекторный путь

. Непосредственное раздражение (инородные тела, каловые камни, паразиты)

В трети случаев острый аппендицит возникает вследствие обструкции просвета отростка. Фекалиты обнаруживаются у 40% больных простым аппендицитом, у 65% больных с деструктивным аппендицитом и у 99% больных перфоративным аппендицитом. При обструкции проксимального отдела червеобразного отростка в его дистальной части продолжается секреция слизи, что приводит к повышению внутрипросветного давления и еще большему нарушению кровообращения в стенке отростка. Дисфункция нейро-регуляторного аппарата приводит к спазму мышц и сосудов аппендикса. В результате этих изменений появляется отек стенки червеобразного отростка. Набухшая слизистая закрывает его устье, и содержимое давя на стенку еще больше нарушает трофику. Слизистая терят устойчивость к нормальной микрофлоре аппендикса, которая внедряется в стенку и вызывает неспецифическое инфекционное воспаление. Когда воспалительный процесс захватывает всю толщу стенки аппендикса, в процесс вовлекаются окружающие ткани, появляется серозный выпот, который становится гнойным. При благоприятном течении из экссудата выпадает фибрин который склеивает петли кишок и сальник, отграничивая воспаление, то есть образуется - аппендикулярный инфильтрат. Он может рассосаться или нагноиться с образованием периаппендикулярного абсцесса, который может прорваться в свободную брюшную полость - перитонит (как у данной больной), в кишку, в забрюшинное пространство, наружу, через переднюю брюшную стенку. Редко возможно такое осложнение как пилефлебит - тромбофлебит воротной вены.

**. Перечень осложнений**

У данной больной осложнение основного заболевания является диффузный перитонит.

Осложнения сопутствующих заболеваний отсутствуют.

Послеоперационные осложнения отсутствуют.

**. Окончательный развернутый клинический диагноз**

На основании жалоб больной (на боли во всех областях передней брюшной стенки, высокую температуру (390С), тошноту, рвоту, сухость во рту), анамнестических данных (считает себя больной с 26.11.10., когда впервые, без видимых причин, возникли боли в эпигастральной области. Больная, находясь на работе, приняла омепразол (антисекреторное средство-ингибитор Н+/К+-АТФазы), но-шпу (спазмолитическое средство), парацетамол (НПВС). Отмечала рвоту с желчью. В течение суток боли сместились из эпигастральной области в правую подвздошную область, затем боли стали локализоваться по всем областям передней брюшной стенки. Интенсивность болей усиливалась.), результатов объективного исследования (Живот округлой формы, вздут, равномерно участвует в акте дыхания, кожа живота подвижная. При поверхностной пальпации передняя брюшная стенка мягкая, болезненна во всех областях. Отмечаются положительные симптомы: Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Бартомье-Михельсона, Ситковского, Кохера, Кохера-Волковича, Короваевой.), лабораторных данных (От 27.11.10. Общий анализ крови; Заключение: повышение СОЭ, лейкоцитоз.

От 27.11.10. Общий анализ мочи

Заключение: повышенное количество эпителия

От 27.11.10. Осмотр гинеколога

Заключение: Перитонит. Убедительных данных за острую гинекологическую патологию не выявлено.

От 28.11.10. Биохимический анализ крови

Заключение: гипергликемия, повышение ОБ и ПБ.

От 28.11.10. Общий анализ мочи

Заключение: протеинурия, повышенное количество эпителия, лейкоцитов; наличие слизи.) - позволяет поставить окончательный клинический диагноз у данной больной:

а) диагноз основного заболевания: Острый гангренозный, перфоративный аппендицит.

б) осложнение основного заболевания: Диффузный перитонит.

в) сопутствующие заболевания: нет

**. Лечение**

Единственным методом лечения больных при ясном диагнозе острого аппендицита является ранняя экстренная операция. Исключением являются больные с отграниченным аппендикулярным инфильтратом, не подлежащие экстренному оперативному вмешательству, и больные осложненным аппендицитом, требующие проведения предоперационной подготовки.

Показания к операции курируемой больной:

. Острый гангренозный аппендицит;

. Осложнения острого аппендицита - перфорация червеобразного отростка, диффузный перитонит. жалоба аппендицит операция

В комплексе лечебных мероприятий при остром аппендиците важное значение имеет предоперационная подготовка, которая должна предшествовать операции. Предоперационная подготовка, как правило, не должна занимать более 1-2 ч.

В процессе подготовки к операции больному с осложненной формой острого аппендицита необходимо с помощью толстого зонда опорожнить желудок, а при выраженном парезе кишечника наладить постоянную аспирацию содержимого из желудка, верхних отделов тонкого кишечника с помощью тонкого зонда и аспирирующей системы.

Важное значение в успехе хирургического лечения больных острым аппендицитом имеет правильно выбранное обезболивание. В настоящее время метод обезболивания, учитывая особенности заболевания и состояния больного, определяют совместно хирург и анестезиолог. Премедикация:

R.p.: Sol. Аtropini sulfatis 0,1 % - 1 ml

D.t.d.N. 1 in amp.

S. Вводить по 1 мл. подкожно

R.p.: Sol. Dimedroli 2% - 1,0 ml

D.t.d.N. 1 in amp.

S. Вводить по 1 мл. подкожно

R.p.: Sol. Promedoli 2% - 1ml

D.t.d.N. 1 in amp.

S. Вводить по 1 мл. подкожно

Курируемой больной показан интубационный наркоз с применением мышечных релаксантов (реланиум).

Оперативный доступ: наиболее распространенным доступом при неосложненных формах острого аппендицита является косой переменный разрез Волковича-Дьяконова в правой подвздошной области. При осложненном остром аппендиците с клинической картиной разлитого перитонита показана срединная лапаротомия. Этот разрез дает возможность провести ревизию брюшной полости и правильно оценить имеющуюся патологию, хорошо удалить экссудат, что важно для дальнейшего благоприятного течения.

В момент мобилизации отростка важно правильно лигировать сосуды его брыжейки. При отечной брыжейке целесообразно прошивание ее с последующей перевязкой.

Обработка культи червеобразного отростка (2 основных способа): удаление отростка с оставлением неперитонизированной культи (лигатурный метод) и удаление отростка с последующей перитонизацией культи.

По окончании обработки культи червеобразного отростка необходимо тщательно проверить гемостаз. При прободном аппендиците, осложненном разлитым гнойным перитонитом, после удаления отростка целесообразно произвести тщательную обработку брюшной полости.

Протокол операции.

Срединная лапаротомия. Аппендэктомия, дренирование брюшной полости. 1830 - 1950. Опер. Строков А.В., асс. Козельский А.В., о/с Александрова Е.И., анест. Барбашин Д.А. После обработки кожи йодопироном и спиртом, под наркозом с ИВЛ срединным доступом послойно вскрыта брюшная полость. При вскрытии выделилось до 150 мл. мутного, гноевидного выпота, осушен, взят на посев. Брюшная полость дробно санирована растворами антисептиков, осушена. При ревизии в правой подвздошной области выявлен червеобразный отросток до 9 см. длиной с участком темного цвета в средней ⅓ с перфоративным отверстием. Основание выделено, взято на лигатуру, перевязано. Брыжейка пересечена на зажиме Федорова, прошита, лигирована капроном №4. Отросток отсечен, культя его после обработки йодом перитонизирована кисетным и Z-образным швами. Осуществлен гемостаз. Из контраппертуры в правой подвздошной области к ложу отростка подведена трубка, перчаточный-марлевый тампон. Трубка в малый таз. Рана послойно ушита. Швы на кожу. Асептическая повязка.

Макропрепарат: червеобразный отросток 9\*0,8 см., стенка темно-багрового цвета, с перфорацией в средней ⅓ - гангренозно изменен.

Послеоперационный период.

R.p.: Sol. Promedoli 2% - 1,0 ml

D.t.d.N. 5 in amp.

S. Вводить по 1 мл. внутримышечно при болях.

Наркотический анальгетик.

Rp: Cefasolini 2,0

Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 400 ml

D. t. d. N. 10

S. Внутривенно-капельно 1раз в день.

Антибактериальная (антибиотик цефалоспоринового ряда) и дезинтоксикационная терапия.

Rp: Sol. Platifillini 3 ml. Natrii Chloridi 0,9% - 400 ml

D.S. Внутривенно-капельно.

Спазмолитическая терапия.

Rp: Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 400 ml

D.S. Внутривенно-капельно.

Дезинтоксикационная терапия.

Rp: Sol. Analgini 4 ml

Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 400 ml

D.S. Внутривенно-капельно.

Обезболивание: ненаркотический анальгетик.

Rp: Sol. Glucosae 5% - 400 ml. Kalii Chloridi 4% - 60 ml. Magnii Sulfatis 10% - 10 ml. Insulini 5 ED

D.S. Внутривенно-капельно медленно.

Возмещение потерянной жидкости, улучшение углеводного питания, нормализация усвоения глюкозы в крови, дезинтоксикационная терапия.

Местно. Влажно высыхающие повязки с фурацилином.

Rp: Furacilini 1% - 500 ml

D. S. Перевязка 2 раза в день.

Правильное ведение послеоперационного периода в значительной степени определяет результаты операции, особенно при осложненных формах острого аппендицита. Активное поведение больных после операции предупреждает развитие многих осложнений: пневмоний, тромбоза, эмболии, задержки мочеиспускания. Сразу же после операции больному можно разрешить поворачиваться на бок, менять положение тела, глубоко дышать, откашливаться, К концу 1-х суток больной может вставать около кровати, на 2-е сутки ходить. Больному назначают легкоусваемую пищу в небольших количествах, чтобы не перегружать ЖКТ. С 6-го дня его переводят на общий стол. Активный метод послеоперационного ведения больных хорошо дополняет лечебная физкультура, которая показана всем больным.

Исход болезни: выздоровление.

**. Дневник курации**

Стол 0. Режим III.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больной | Назначения |
| 27.11.10 tу = 380С tв = 390С | Состояние тяжелое. Жалобы на боли во всех областях передней брюшной стенки, высокую температуру (390С), тошноту, рвоту, сухость во рту. Кожа обычной окраски. Язык сухой, обложен темным налетом. Пульс 71 уд/мин. АД 100/60 мм.рт.ст. ЧДД 21/мин. Живот вздут, мягкий, болезненный во всех областях передней брюшной стенки. Положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Бартомье-Михельсона, Ситковского, Кохера, Кохера-Волковича, Короваевой Стул, мочеиспускание в норме. Показана операция: срединная лапаротомия. Аппендэктомия, дренирование брюшной полости. | Премедикация: R.p.: Sol. Аtropini sulfatis 0,1 % - 1 ml D.t.d.N. 1 in amp. S. Вводить по 1 мл. подкожно R.p.: Sol. Dimedroli 2% - 1,0 ml D.t.d.N. 1 in amp. S. Вводить по 1 мл. подкожно R.p.: Sol. Promedoli 2% - 1ml D.t.d.N. 1 in amp. S. Вводить по 1 мл. подкожно |
| 28.11.10 tу=36,70С tв=36,80С | Состояние тяжелое стабильное. Жалобы на боли в области послеоперационных ранах. Кожа обычной окраски. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс 72 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст. ЧДД 19/мин. Живот мягкий, вздут, болезненный в области послеоперационных ранах. Отеков нет. Тоны сердца ритмичные приглушенные. Дыхание жесткое. Хрипов нет. Стул и мочеиспускание в норме. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Газы не отходят. Повязки у контрапертур промокли мутной серозной жидкостью; на дренаже следы серозной жидкости. Перевязка: удалены повязки; послеоперационные раны без острых воспалительных явлений; наложены асептические повязки. | Rp: Furacilini 1% - 500 ml D. S. Перевязка 2 раза в день. R.p.: Sol. Promedoli 2% - 1,0 ml D.t.d.N. 5 in amp. S. Вводить по 1 мл. внутримышечно при болях. Rp: Cefasolini 2,0 Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 400 ml D. t. d. N. 10 S. Внутривенно-капельно 1раз в день. Rp: Sol. Glucosae 5% - 400 ml Sol. Kalii Chloridi 4% - 60 ml Sol. Magnii Sulfatis 10% - 10 ml Sol. Insulini 5 ED D.S. Внутривенно-капельно медленно. |
| 29.11.10 tу=36,60С tв=36,70С | Состояние средней тяжести. Жалобы на незначительные боли в области послеоперационных ранах. Кожа обычной окраски. Язык розовый, влажный. Пульс 74 уд/мин. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧДД 17/мин. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области послеопарационных ранах, участвует в акте дыхания.. Тоны сердца ритмичные приглушенные. Дыхание жесткое, без хрипов. Стул и мочеиспускание в норме. Газы отходят. Повязки сухие. На дренажах следы серозной жидкости. Перевязка: удалены повязки; послеоперационные раны без воспалительных явлений; наложены чистые асептические повязки. | Rp: Furacilini 1% - 500 ml D. S. Перевязка 2 раза в день. R.p.: Sol. Promedoli 2% - 1,0 ml D.t.d.N. 5 in amp. S. Вводить по 1 мл. внутримышечно при болях. Rp: Cefasolini 2,0 Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 400 ml D. t. d. N. 10 S. Внутривенно-капельно 1раз в день. Rp: Sol. Analgini 4 ml Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 400 ml D.S. Внутривенно-капельно. |
| 30.11.10 tу=36,70С tв=36,60С | Состояние стабильное. Жалобы на незначительные боли в области послеоперационных ранах. Кожа обычной окраски. Язык розовый, влажный. Пульс 78 уд/мин. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧДД 17/мин. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в области послеопарационных ранах, участвует в акте дыхания.. Тоны сердца ритмичные приглушенные. Дыхание везикулярное, без хрипов. Стул и мочеиспускание в норме. Газы отходят. Повязки сухие. Перевязка: удалены повязки; удалены дренажи; послеоперационные раны без воспалительных явлений; наложены чистые асептические повязки. | Rp: Furacilini 1% - 500 ml D. S. Перевязка 2 раза в день. Rp: Cefasolini 2,0 Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 400 ml D. t. d. N. 10 S. Внутривенно-капельно 1раз в день. Rp: Sol. Platifillini 3 ml Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 400 ml D.S. Внутривенно-капельно. |
| 1.12.10 tу=36,80С tв=37,40С | Состояние стабильное. Жалобы на диарею. Кожа обычной окраски. Язык розовый, влажный. Пульс 88 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст. ЧДД 17/мин. Живот не вздут, мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Тоны сердца ритмичные приглушенные. Дыхание везикулярное, без хрипов. Газы отходят. Повязки сухие. Перевязка: удалены повязки; послеоперационные раны без воспалительных явлений; наложены чистые асептические повязки. | Rp: Furacilini 1% - 500 ml D. S. Перевязка 2 раза в день. Rp: Cefasolini 2,0 Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 400 ml D. t. d. N. 10 S. Внутривенно-капельно 1раз в день. Для исключения местных абсцессов и абсцесса Дугласова пространства показано УЗИ. Rp: Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 400 ml D.S. Внутривенно-капельно. |
| 2.12.10 tу=36,60С tв=36,80С | Состояние стабильное. Жалоб нет. Кожа обычной окраски. Язык розовый, влажный. Пульс 73 уд/мин. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧДД 16/мин. Живот не вздут, мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания.. Тоны сердца ритмичные приглушенные. Дыхание везикулярное, без хрипов. Стул и мочеиспускание в норме. Газы отходят. Повязки сухие. Перевязка: удалены повязки; послеоперационные раны без воспалительных явлений; наложены чистые асептические повязки. | Rp: Furacilini 1% - 500 ml D. S. Перевязка 2 раза в день. Rp: Cefasolini 2,0 Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 400 ml D. t. d. N. 10 S. Внутривенно-капельно 1раз в день. |
| 3.12.10 tу=36,40С tв=36,60С | Состояние стабильное. Жалоб нет. Кожа обычной окраски. Язык розовый, влажный. Пульс 76 уд/мин. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧДД 16/мин. Живот не вздут, мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания.. Тоны сердца ритмичные приглушенные. Дыхание везикулярное, без хрипов. Стул и мочеиспускание в норме. Газы отходят. Повязки сухие. Перевязка: удалены повязки; послеоперационные раны без воспалительных явлений; наложены чистые асептические повязки. | Rp: Furacilini 1% - 500 ml D. S. Перевязка 2 раза в день. Rp: Cefasolini 2,0 Sol. Natrii Chloridi 0,9% - 400 ml D. t. d. N. 10 S. Внутривенно-капельно 1раз в день. |

**XV. Прогноз, рекомендации**

Прогноз для жизни: благоприятный.

Прогноз для здоровья: благоприятный при соблюдении режима.

Прогноз для труда: благоприятный, трудоспособность восстанавливается в течение 4-6 месяцев.

Диспансерное наблюдение у участкового терапевта и хирурга поликлиники.

**Использованная литература**

1. Петров С. В. Общая Хирургия: учебник (2-е издание). - СПб: Питер, 2002. - 768 с.

2. Кузин М. И. Хирургические болезни. - М.: Медицина, 1986. - 704 с.

. Машковский М. Д. Лекарственные средства (15-е издание). М.: ООО “Издательство Новая Волна”, 2006. - 1200 с.

. Чиркин А. А. Диагностический справочник терапевта:Клиническиесимптомы, программы обследования больных, интеграция данных - Минск: Беларусь, 1993

. Гельцер Б. И., Семисотова Е. Ф. Пропедевтика внутреннних болезней. Общеклиническое исследование и семиотика: Лекции для студентов и начинающих врачей. Владивосток: Дальнаука, 2001 г.

. Схема академической истории болезни (Методическое пособие для студентов IV курса), Кафедра факультетской хирургии - Оренбург 2005 г.

. Лекционный материал (Кафедра факультетской хирургии, 2010)