ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ОРЕНБУРГСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»

Кафедра факультетской хирургии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Зав. кафедрой: д.м.н. Демин Д. Б.

Преподаватель: ассистент, к.м.н. Солдатов Ю. Н.

Диагноз:) Основное заболевание: острый катаральный аппендицит) Осложнения основного заболевания: местный серозный перитонит) Сопутствующие заболевания: нет

Время курации с: 17.09.2013г по:21.09.2013г

Группа: 40мп

Куратор-студент: Юнг Р.И.

Оренбург 2013 год

Общие сведения о больном

ФИО: А.З.К.

Возраст: 08.12.1995 г- 17 лет

Профессия: студентка

Семейное положение: не замужем

Адрес: с. Советское Акбулакского района Оренбургской области

Дата и час поступления: 14.09.2013 15:30

Диагноз направившего учреждения: острый аппендицит

Диагноз при поступлении: острый аппендицит

Клинический диагноз основного заболевания: острый катаральный аппендицит, местный серозный перитонит

Сопутствующие заболевания: нет

Дата и название операции: аппендэктомия, 14.09.2013 , 20:30-21:35

Послеоперационные осложнения:

Дата выписки:

Анамнез заболевания (Anamnesis morbi)

Жалобы при поступлении: на боль в правой подвздошной области, повышение температуры до 37,5 0С, тошноту, однократную рвоту, общую слабость.

Жалобы на момент курации: боли в области операционной раны при движении, купируемые анальгетиками. Тупая боль появилась 14.09.2013г неожиданно сначала в эпигастральной области около 10:00, а затем в течении 2-3 часов боль усилилась, приняла постоянный характер и переместилась в правую подвздошную область. Пациентка обратилась в медпункт колледжа, а от туда дежурной медсестрой на скорой помощи, поступила в приемное отделение и была госпитализирована в хирургическое отделение МАУЗ ГКБ им. Н. И. Пирогова.

Анамнез жизни (Anamnesis vitae)

Родилась в с. Советское Акбулакского района первым ребенком в семье. Социальная обстановка была благополучной. Отклонений в развитии не наблюдалось. Закончила школу и поступила в медицинский колледж. Не замужем. Половой жизнью не живет, месячные начались с 13 лет. Питание регулярное сбалансированное. Перенесла ОрВИ. Контакта с инфекционными больными нет. Вредных привычек не имеет. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственных заболеваний нет. Гемотрансфузий не проводилось. Группа крови B(II) Rh«+».

перитонит острый аппендицит операция

Состояние больного в момент курации (Status presents)

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение активное. Во времени и пространстве ориентируется. Телосложение нормостеническое, рост 165, вес 55. Температура тела 36,9 оC. Кожный покров бледный, чистый, увлажненный. Высыпаний и кровоизлияний нет. Тургор кожи в норме. Слизистые оболочки губ, склер, полости рта розовые, влажные, без высыпаний. Лимфатические узлы - затылочные, задние и передние шейные, подмышечные, подключичные, надключичные, локтевые - не пальпируются, безболезненны. Слегка увеличены паховые лимфатические узлы, с ровными четкими контурами, однородной структуры, безболезненны.

Опорно-двигательная система

Субъективные данные: Жалоб нет.

Объективные данные: Мышечная система развита достаточно, равномерно, симметрично. Тонус мышц сохранен. При пальпации мышцы безболезненны, уплотнений не обнаружено. Кости при пальпации и перкуссии безболезненны. Форма их не изменена. Форма головы, грудной клетки, позвоночника и конечностей - нормальная. Активные и пассивные движения в суставах - в полном объеме, безболезненные.

Дыхательная система

Субъективные данные: жалоб нет.

Объективные данные:ЧДД=16/мин. Дыхание везикулярное. Носовое дыхание свободное. Пальпация и перкуссия придаточных пазух носа безболезненна. Отделяемого из носа нет. Одышки нет. Голос обычный. Носового кровотечения не выявлено. Слизистая зева не гиперемирована. Миндалины не увеличены. Грудная клетка конической формы, нормостеническая, симметричная, при пальпации безболезненная, эластичная. Ширина межреберных промежутков 1,5 см. Лопатки прилегают плотно к грудной клетке, симметричны. Надключичные и подключичные ямки выражены одинаково с обеих сторон. Тонус мышц не изменен, состояние грудины, ребер без особенностей. Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково. При сравнительной перкуссии легких в симметричных участках определяется ясный легочный перкуторный звук над всей грудной клеткой, очаговых изменений перкуторного звука не отмечается. Проба Штанге - 57 с, проба Генча - 17 с.

Топографическая перкуссия легких

Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правое легкое | Левое легкое |
| Спереди | На 3 см выше ключицы | На 3 см выше ключицы |
| Сзади | На уровне остистого отростка С7 | На уровне остистого отростка С7 |

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия перкуссии | Правое легкое | Левое легкое |
| L. parasternalis | V межреберье | - |
| L. mediaclavicularis | VI межреберье | VI межреберье |
| L. axillaris anterior | VII межреберье | VII межреберье |
| L. axillaris media | VIII межреберье | VIII межреберье |
| L. axillaris posterior | IX межреберье | IX межреберье |
| L. scapularis | X межреберье | X межреберье |
| L. paravertebralis | На уровне остистого отростка Th11 | На уровне остистого отростка Th11 |

При аускультации над легочными полями выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система

Субъективные данные: Жалоб нет.

Объективные данные: При осмотре грудная клетка в области сердца не деформирована, верхушечный толчок и сердечный толчок визуально не определяются. Пульс на обеих лучевых артериях симметричный, ритмичный, ненапряженный, хорошего наполнения. АД - 120/80 мм рт.ст.

Локализация верхушечного толчка на 1 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье, умеренной силы и высоты, нерезистентный.

Границы относительной сердечной тупости:

Справа: IV межреберье - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины.

III межреберье - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины.

II межреберье - по правому краю грудины.

Слева: V межреберье - на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии.

IV межреберье - на 2 см кнаружи от левого края грудины.

III межреберье - на 1 см кнаружи от левого края грудины.

II межреберье - по левому краю грудины.

Границы абсолютной тупости сердца:

Справа: левый край грудины

Слева: на 1 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца.

Верхняя: на уровне IV ребра.

Конфигурация сердца в норме. Поперечник сосудистого пучка - 6 см. Поперечник сердца - 12 см.

Аускультация: Тоны сердца ясные, ритмичные, расщепления и раздвоения тонов не наблюдается.

Патологических шумов не выявлено. ЧСС = 80 уд/мин.

Пищеварительная система

Субъективные данные: Болей и затруднений при глотании, прохождении пищи нет. Акт глотания не нарушен. Слюнотечение умеренное, срыгиваний нет. Боли в животе в послеоперационной ране, аппетит понижен, легкая тошнота, не связанная с приемом пищи. Рвота, изжога, отрыжка - отсутствуют. Вздутия живота не наблюдается. Стул регулярный, не затруднен.

Объективные данные: Слизистая оболочка полости рта и глотки розовая, чистая, умеренно влажная. Зубы санированы. Язык розовый, суховат, обложен белым налетом. Сосочковый слой сохранен. Мягкое и твердое небо, зев без налета и язв, не кровоточат. Миндалины не выступают за края небных дужек, однородные, с чистой поверхностью, без отделяемого. Задняя стенка глотки без особенностей. Акт глотания не нарушен.

Осмотр: живот правильной формы, симметричен, не вздут, в акте дыхания участвует. Грыжевые выпячивания и расширения подкожных вен не определяются. Пульсаций в подложечной области нет. На передней брюшной стенке в правой подвздошной области послеоперационная рана(шов) косо-поперечного направления 15 см, пятью узлами, с слегка гиперемированными краями, без патологических отделений.

Пальпация: при поверхностной пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационной раны.

При глубокой пальпации пальпируются сигмовидная и поперечная ободочная кишка. Безболезненные, умеренно подвижные. Желудок не пальпируется. Печень по краю реберной дуги безболезненная, мягкой консистенции.

Перкуссия: при перкуссии передней брюшной стенки в местах проекции кишечника определяется тимпанический звук.

Размеры печени по Курлову:

- по правой среднеключичной линии - 10 см,

- по средней линии тела - 9 см,

- по краю левой реберной дуги - 8 см.

Симптомы: Кохера-Волковича, Ровзинга, Ситковского - положительны. Щеткина - Блюмберга - положительный.

Селезенка не пальпируется, при перкуссии безболезненна.

Аускультация: выявляется шум перистальтики кишечника в виде урчания и переливания жидкости.

Стул регулярный, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Мочевыделительная система:

Субъективные данные: Жалоб нет. Мочеиспускание безболезненное, частота 3-4 раза в сутки. Цвет мочи - светло-желтый, прозрачный. Выделений из мочеиспускательного канала и влагалища не отмечает.

Объективные данные: Отеков не наблюдается. Область почек и мочевого пузыря при осмотре не изменена. Ограниченного выбухания в надлобковой области нет. Почки не пальпируются (лежа и стоя). Отсутствие болезненности при надавливании на поясницу в области реберно-позвоночной точки и мочеточниковых точек.

Мочевой пузырь не пальпируется. Болезненности по ходу мочеточников не отмечается.

Половая система

Субъективные данные: жалоб нет.

Объективные данные: менструации с 13 лет, регулярные, безболезненные. Половой жизнью не живет.

Эндокринная система

Субъективные данные: жалоб нет.

Объективные данные: признаков нарушения функции желез внутренней секреции нет. Щитовидная железа не изменена. При пальпации определяется перешеек в виде мягкого, подвижного, безболезненного валика. Сосудистых шумов нет.

Нервная система

Субъективные данные: Память не нарушена, сон спокойный. Беспокоят периодические головные боли с момента поступления в стационар.

Объективные данные: Сознание ясное, поведение адекватное, в контакт вступает легко и охотно. Активно ведет беседу с врачом. В месте, пространстве и времени ориентируется. Расстройства речи и письма не наблюдается. Исследовать менингеальные симптомы не удаётся в связи с жалобами на боли в послеоперационной ране. Активные и пассивные движения и тонус мышц не нарушены. Трофика мышц снижена. Сухожильные, ахилловы и подошвенные рефлексы присутствуют. Болевая, тактильная и температурная чувствительность сохранена.

Органы чувств

Субъективные данные: жалоб нет.

Объективные данные: зрение нормальное, слух хороший. Обоняние в норме. Вкус и осязание сохранены.

Местные признаки заболевания ( Status localis)

При осмотре живот не вздут и равномерно участвует в акте дыхания. В правой подвздошной области есть зона гиперестезии. Кожа не гиперемирована, эластичная, нормального цвета. Видимой перистальтики не выявлено. При глубокой пальпации явная и значительная болезненность в правой подвздошной области. При перкуссии тимпонит. При аускультации слышен шум перестальтики. Выявляются следующие симптомы:

· симптом Раздольского- гиперестезия правой подвздошной области.

· симптом Ровзинга- боль в правой подвздошной области при толчкообразных движениях в левой подвздошной области.

· симптом Ситковского- боль при повороте больного на левый бок.

· симптом Кохера- боль в эпигастральной области с первых часов заболевания.

· Симптом Кохера-Волковича- смещение болей из эпигастральной области в правую подвздошную.

· Симптом Бартомье-Михельсона- боль при пальпации в правой подвздошной области в положении больного на левом боку.

· Симптом Воскресенского- симптом «рубашки».

· Симптом Щеткина-Блюмберга- отрицательный.

Обоснование предварительного диагноза

На основании жалоб больного: на боль в правой подвздошной области, повышение температуры до 37,5 0С , тошноту, однократную рвоту; анамнестических данных: тупая боль,возникшая неожиданно сначала в эпигастральной области, а затем боль усилилась, приняла постоянный характер и переместилась в правую подвздошную область; результатов объективного исследования: симптомы Бартомье-Михельсона, Раздольского, Кохера-Волковича, Ровзинга, Ситковского, Воскресенского - положительны, можно поставить предварительный диагноз основного заболевания- острый аппендицит.

План проведения специальных методов исследования:

· УЗИ органов брюшной полости

· Лабораторные исследования крови и мочи

Данные специальных методов исследования:

|  |
| --- |
| ОАМ (14.09.2013 г) |
| Цвет | Желтый |
| Прозрачность | Прозрачная |
| Белок | Отр |
| Эпителий | Больш.кол-во |
| Лейкоциты | 1-2 |
| Эритроциты | Изм 0 |
| ОАК (14.09.2013 г) |
| НВ | 155 г/л |
| Лейкоциты | 9,7 г/л |
| СОЭ | 15 мм/ч |

Группа крови B(II) Rh«+».

УЗИ внутренних органов (14.09.2013 г)

Печень: Контуры ровные, четкие. Звукопроводность: не изменена.Углы нижних краев левой доли < 45, провой < 75, острые. Левая доля толщиной - 45 мм, ККР - 90 мм. Правая доля толщиной - 110 мм, КВР - 140 мм. Эхогенность: не изменена. Эхоструктура: однородная, мелкозернистая. Сосудистый рисунок: не изменен.

Желчный пузырь: 81х28 мм. Форма овальная. Контуры ровные, четкие. Стенка не изменена до 2-2,5 мм. Содержимое однородное. Конкременты: не определяются.

Поджелудочная железа: контуры ровные, четкие. Толщина головки - 16 мм, тела - 10 мм, хвоста - 19 мм. Эхоструктура однородная, мелкозернистая. Эхогенность: в целом не изменена. Вирсунгов проток не расширен.

Воротная вена: 10 мм. Холедох: 4 мм.

В брюшной полости определяется небольшое количество свободной жидкости в малом тазу, правой подвздошной ямке. В правой подвздошной ямке под- и латеральнее слепой кишки определяется извитая трубчатая структура до 10-12 мм в диаметре, с неоднородным внутрипросветным содержимым - соответствует воспалительно измененному червеобразному отростку.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальная диагностика перитонита проводится с мочекаменной болезнью, острым панкреатитом, острой кишечной непроходимостью, осложненной язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, нарушенной внематочной беременностью, геморрагическим диатезом, отравлениями солями тяжелых металлов.

Мочекаменная болезнь(почечная колика) проявляется сильной болью, тошнотой, рвотой, парезом кишечника и ложно положительным симптомом Щеткина-Блюмберга. Однако приступообразный характер болей с типичной иррадиацией в бедро, пах, промежность наличие дизурических явлений, отсутствие воспалительной реакции крови, изменения в анализах мочи(эритроцитурия), УЗИ почек могут помочь в установлении диагноза.

При остром панкреатите можно выявить ряд симптомов, характерных для перитонита. Но при панкреатите, до развития деструктивного осложненного течения, не наблюдается защитного напряжения мышц, боли носят опоясывающий характер, сопровождаются мучительной рвотой, температура вначале заболевания остается нормальной. При обследовании определяются симптомы Керте, Воскресенского, Мейо-Робсона.

Помогают исследования амилазы крови и диастазы мочи, которые повышаются при остром панкреатите и не изменяется при перитоните. При УЗИ выявляются изменения эхо структуры поджелудочной железы, выпот в сальниковой сумке.

Острая механическая кишечная непроходимость клинически отличается от перитонита только на ранних стадиях. Боли вначале сильные, носят схваткообразный характер, а при перитоните постоянные. Перистальтика при острой кишечной непроходимости вначале усиленная, определяются симптомы Валя, Шланге, Кивуля, «шум плеска» Склярова. Рентгенологически выявляются чаши Клойбера, симптом «органных труб», пассаж бария замедлен. В последствии при отсутствии адекватного лечения, некроза и перфорации кишки присоединяется перитонит.

При обострении язвенной язвенной болезней желудка и 12-перстной кишки, особенно крупных каллезных, пенетрирующих язв могут наблюдаться довольно интенсивные боли в животе, некоторое защитное напряжение мышц. Вместе с тем, в отличие от перитонита, отмечаются небольшие умеренные боли после приема пищи, воды или молока, парез кишечника не наблюдается, температура остается нормальной, отсутствуют или минимальны изменения в лабораторных показателях крови. ЭГДС и рентгенография желудка(с барием) подтверждают наличие язвы желудка или 12-перстной кишки(симптом «ниши»).

Острое нарушение мезентериального кровообращения возникает внезапно, без каких-либо предшествующих воспалительных раекций и характеризуется вначале сильной болью в животе. Обращает внимание выраженная пульсовая аритмия, наличие в анамнезе сердечной патологии ревматической или постинфарктной этиологии. В анализах крови отмечаются гиперлейкоцитоз, резкий сдвиг лейкоформулы влево, изменения коагулограммы. В последующим присоединяется перитониальные явления. Существенную помощь оказывает раннее проведение диагностической лапароскопии.

При нарушенной внематочной беременности возникает кровотечение в брюшную полость и выраженная болевая реакция, сопровождающаяся тахикардией, падением артериального давления, вплоть до коллапса. Тем не менее сначала отсутствует симптом Щеткина-Блюмберга, брюшная стенка остается мягкой, характерен симптом «Ваньки-встаньки», т.е. невозможность осмотра больной лежа на спине из-за усиления боли. В анамнезе выявляется задержка менструального цикла. Установить диагноз позволяют УЗИ, пункция заднего свода влагалища, при которой обнаруживается кровь.

Геморрагический диатез (болезнь Шенлейн-Геноха) проявляется преимущественно у лиц молодого возраста. Наблюдаются множественные кровоизлияния под кожу, слизистые и серозные оболочки, в том числе брюшину. Вследствие этого возникает болевой синдром. Однако отсутствует анамнез воспалительного заболевания. В анализах крови наблюдается тромбоцитопения и отсутствуют воспалительные изменения. В сомнительных случаях помогает лапароскопия.

В случаях отравления солями тяжелых металлов может наблюдаться сильная приступообразная боль в животе и даже защитное напряжение брюшной стенки. Однако отсутствует тошнота, рвота, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Анамнестически выявляется контакт с промышленными ядовитыми веществами. Температура тела нормальная. В анализе крови отсутствует воспалительная реакция.

Этиология и патогенез

На основании анамнестических данных можно выделить основные причины развития данного заболевания:

Механическая причина:

Гипертензия в просвете отростка

Сдавление внутриорганных сосудов

Нарушение лимфо- и венозного оттока

Отек стенки органа, тромбоз сосудов

Утрата слизистой оболочкой барьерной функции

Проникновение кишечной флоры в стенку аппендикса

Деструкция стенки аппендикса.

Сосудистая причина:

Нарушение кровообращения в стенке аппендикса

Некроз стенки

Утрата оболочкой барьерной функции

Проникновение флоры в стенку аппендикса

Патологическая физиология и патологическая анатомия

Патофизиология: Аппендицит развивается вследствие обструкции просвета аппендикса и последующего инфицирования его стенки. Растяжение аппендикса ведет к сильному раздражению висцеральных болевых нервов, поэтому вначале боль нечетко локализована, тупая в области пупка. Обтурированный аппендикс является прекрасной средой для роста бактерий, присутствующих в нем в нормальных условиях. По мере возрастания внутрипросветного давления уменьшается лимфатический дренаж, который приводит к еще большему отеку. Увеличение давления ведет к венозной обструкции, что в свою очередь приводит к тканевой ишемии, инфаркту и гангрене. Наступает бактериальная инвазия стенки аппендикса. Из ишемизированной ткани аппендикса, разрушенных лейкоцитов и бактерий высвобождается медиаторы воспаления, которые приводят к таким важным трем клиническим признакам деструкции аппендикса, как лихорадка, тахикардия и лейкоцитоз. В связи с контактом воспаленной висцеральной брюшины аппендикса с париетальной брюшиной раздражаются ее соматические болевые рецепторы, и боль теперь локализуется не в области пупка, а над местом расположения аппендикса, обычно в правом нижнем квадранте живота.

Патанатомия: червеобразный отросток 10 х 1,5 см выглядит несколько утолщенным, серозная оболочка его тусклая, под ней видно множество наполненных кровью мелких сосудов, что создает впечатление яркой гиперемии. На разрезе слизистая оболочка отростка отечна, серо-красного цвета, в подслизистом слое видны пятна кровоизлияний. В просвете червеобразного отростка содержится сукровичного вида жидкости. Серозный выпот в малом тазу 20 мл.

Перечень осложнений

Возможные осложнения:

Перитонит (местный, распространенный)

Перфорация

Аппендикулярный инфильтрат

Пилефлебит

Окончательный развернутый диагноз

Диагноз:) Основное заболевание: острый катаральный аппендицит) Осложнения основного заболевания: местный серозный перитонит) Сопутствующие заболевания: нет

Лечение

Установление диагноза острого аппендицита- абсолютное показание к экстренной операции червеобразного отростка(аппендэктомии).

Исключением из этого правила являются лишь случаи заболевания, осложненного аппендикулярным инфильтратом, при которых принята консервативная лечебная тактика. Пациентам, находящимся в тяжелом состоянии, обусловленном выраженной интоксикацией за счет распространенного перитонита, требуется кратковременная предоперационная подготовка, направленная на стабилизацию гемодинамики и коррекцию метаболических расстройств.

Аппендэктомию, как правило, выполняют под общим обезболиванием, которое позволяет наиболее полно провести ревизию брюшной полости и осуществить ее санацию, а при необходимости- расширить доступ или изменить план операции.

Показания к операции:

У пациентки напряжение, болезненность передней брюшной стенки в правой подвздошной области. Определяются положительные симптомы Кохера-Волковича, Ровзинга, Ситковского, Воскресенского. Щеткина-Блюмберга сомнительный. Клиника острого аппендицита, показано оперативное лечение, согласие на операцию получено.

Осмотр анастезиолога: готовить к операции.

Премедикация: Sol. Promedoli 2% - 1,0 ml в/м

Протокол операции:

Оперировал: Мурзаев А.В.

Ассистировал: Магомедов А.Р.

Операц. Медсестра: Корчинская Е.

Анастезиолог: Скобейус

После обработки кожи йодоформом и спиртом, под в\в + ИВЛ, доступом по Волковичу Дьяконову вскрыта брюшная полость. По вскрытии серозный выпот около 50 мл, взят на посев. При ревизии в рану выведен купол слепой кишки с червеобразным отростком 8\*0,9 см, напряжен, стенка инъецирована, гиперимирована - катарально изменен. В операционную приглашен ответственный хирург Пода А.В., осмотрен малый таз, патологии не выявлено, произведена ревизия тонкой кишки на 80 см от илеоцекального угла- дивертикула Меккеля не обнаружено. Принято решение об аппендектомии. Отросток у основания перевязан кутгутом №4. Брызжейка отростка на зажиме пересечена, прошита, перевязана капроном №4. Гемостаз- сухо. Отросток отсечен, культя его после обработки йодом погружена в купол слепой кишки кисетным и Z-образным швами. В малом тазу выпота нет. По боковому каналу около 30 мл серозного отделяемого, осушен, установлен хлорвиниловый дренаж. Рана послойно ушита. Шов на кожу. Асептическая повязка.

Макропрепарат: Червеобразный отросток 8,0\*0,9 см, напряжен, стенка инъецирована, гиперимирована- катарально изменен.

Диагноз: Острый катаральный аппендицит. Местный серозный перитонит.

Исход болезни: выздоровление.

Консервативное лечение:

Режим постельный в первый день, далее - палатный.

Диета: стол 0 - в течение первых суток, со вторых суток - стол 1А, с пятых суток - стол общий.

Лечение: Холод на живот, обезболивающее.

Rp.: Sol. Ketoroli 1% - 1ml.t.d. N 10 in amp.

S. Вводить по 1мл внутримышечно при болях.

#.: Sol. Cefasolini 1% - 1,0 ml..t.d. N 10 in amp.

S. Вводить по 1мл внутримышечно предварительно развести в лидокаине 2 раза в день.

Дневник курации:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больного | Назначения |
| 17.09.2013 | Состояние больной удовлетворительное, жалобы на боли в ране. Тошноты, рвоты нет, Т - 36,70C, пульс - 88 в минуту, ритмичный. АД- 120/70 мм рт. ст. Язык влажый. Живот не вздут, мягкий, болезненный по ходу п/о раны. Газы пока задержаны. Дизурии нет. Повязка сухая. По дренажам без отделяемого. | Rp.: Sol. Ketoroli 1% - 1ml D.t.d. N 10 in amp. S. Вводить по 1мл внутримышечно при болях. # Rp.: Sol. Cefasolini 1% - 1,0 ml. D.t.d. N 10 in amp. S. Вводить по 1мл внутримышечно предварительно развести в лидокаине 2 раза в день. Стол 1 А |
| 18.09.2013 | Состояние удовлетворительное, жалобы на боли в ране. Живот не вздут, мягкий, болезненный по ходу п/о раны. Газы пока задержаны. Слабость. Язык влажный. Т - 36,70С. Пульс 80 уд. мин. Ритмичный. АД - 120/80 мм рт. ст. Повязка сухая. | Rp.: Sol. Ketoroli 1% - 1ml D.t.d. N 10 in amp. S. Вводить по 1мл внутримышечно при болях. # Rp.: Sol. Cefasolini 1% - 1,0 ml. D.t.d. N 10 in amp. S. Вводить по 1мл внутримышечно предварительно развести в лидокаине 2 раза в день. Стол 1А |
| 19.09.2013 | Состояние больной удовлетворительное. Жалобы на боли в ране. Слабость,t-t-6,60С, Ад- 120/80 мм.рт.ст. Пульс- 80 уд в мин ритмичный. Язык влажный. Кожные покровы обычной окраски. Живот болезненный по ходу раны. Повязки сухие. | Rp.: Sol. Ketoroli 1% - 1ml D.t.d. N 10 in amp. S. Вводить по 1мл внутримышечно при болях. # Rp.: Sol. Cefasolini 1% - 1,0 ml. D.t.d. N 10 in amp. S. Вводить по 1мл внутримышечно предварительно развести в лидокаине 2 раза в день. Стол общий. |
| 20.09.2013 | Состояние больной удовлетворительное. Жалоб нет. t-t-6,60С, Ад- 120/80 мм.рт.ст. Пульс- 80 уд в мин ритмичный. Язык влажный. Кожные покровы обычной окраски. Живот болезненный по ходу раны. Повязки сухие. Газы отходят. | Rp.: Sol. Cefasolini 1% - 1,0 ml. D.t.d. N 10 in amp. S. Вводить по 1мл внутримышечно предварительно развести в лидокаине 2 раза в день. Стол общий. |
| 21.09.2013 | Состояние больной удовлетворительное. Жалоб нет. t-t-6,60С, Ад- 120/80 мм.рт.ст. Пульс- 80 уд в мин ритмичный. Язык влажный. Кожные покровы обычной окраски. Живот болезненный по ходу раны. Повязки сухие. | Rp.: Sol. Cefasolini 1% - 1,0 ml. D.t.d. N 10 in amp. S. Вводить по 1мл внутримышечно предварительно развести в лидокаине 2 раза в день. Стол общий. |

Прогноз, рекомендации

Прогноз для жизни благоприятный. Рекомендовано ограничение физической нагрузки сроком на 6 мес. Временная утрата трудоспособности сроком на 4-6 недель.

Эпикриз

Пациентка, А.З.К., поступила в хирургическое отделение МАУЗ ГКБ им. Н. И. Пирогова 14.09.2013 г с жалобами на интенсивные боли в правой подвздошной области, схваткообразно усиливающиеся. Тошноту, озноб, общую слабость, недомогание. Был поставлен диагноз: острый катаральный аппендицит. Местный серозный перитонит. Произведено хирургическое лечение: операция - аппендэктомия. Проводится антибиотикотерапия для борьбы с осложнениями. В процессе лечения наблюдается положительная динамика. В настоящее время состояние больного удовлетворительное. Наблюдение за больным прекращено в связи с окончанием курации.

Рекомендации:

Питание после аппендэктомии в течении первых 3 месяцев должно:

быть дробным и достаточно частым, нельзя одномоментно употреблять большое количество пищи;

полноценным, содержащим все необходимые вещества, микроэлементы и белки;

исключающим продукты, способствующие повышенному газообразованию (бобовые культуры, капуста, тяжелые виды животных жиров).

Терапия направленная на восстановление микрофлоры кишечника (например, бифиформ) и витаминотерапия, закаливание.

Ограничение физической нагрузки сроком на 6 мес.

Использованная литература

1. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита. Л., 1972.

. Кузин М.И. Хирургические болезни М.: «Медицина», 1987.

. Лаванович В.В. неотложная хирургия органов брюшной полости М, 2007г.

. Трунин М.А. Острый аппендицит. (Методические указания) 22.11.1996

. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости по ред. Савельева В.С. Издание второе, М., 1996.