**Паспортная часть**

**Ф.И.О:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Дата рождения:** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Место жительства:** г.Томск, \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**Место работы:** не работает

**Национальность:** русская

**Диагноз при поступлении:** острый аппендицит

**Дата поступления:** 12.05.2006г.

**Клинический диагноз:**

1. **основное заболевание:** appendicitis acuta flegmonosae
2. **осложнения основного заболевания:----------------**
3. **сопутствующие заболевания: -------------------------**

**Операция:** Appendectomia

**Обезболивание:** спинальная анестезия

**Осложнения операции: --------------------------**

**Исход заболевания:** выздоровление

**Анамнез**

1. **Жалобы**

**Жалобы при поступлении:**

* разлитая боль умеренной интенсивности в правой половине живота с иррадиацией в правый бок
* общая слабость, недомогание
* тошнота
* однократная рвота

**Жалобы на момент обследования:**

* на момент обследования пациентка предъявляет жалобы на слабость и небольшую болезненность в области послеоперационного шва
  1. **Анамнез развития заболевания.**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* заболела остро 12.05.2006г. на фоне полного здоровья. Заболевание связывает с тем, что накануне употребляла жирную пищу. В 5 утра пациентка проснулась от острой боли в правой половине живота с иррадиацией в правый бок. Больную беспокоила тошнота, однократно была рвота съеденной пищей, которая не принесла облегчения. Пациентка приняла 1 таблетку но-шпы и 1 таблетку анальгина, но состояние не улучшилось. В связи с тем что состояние не улучшалось и боли в животе не проходили, в 12.00 была вызвана «Скорая помощь» и пациентка доставлена в приемный покой ОКБ с диагнозом «острый аппендицит» для дальнейшего обследования и лечения.

1. **Анамнез жизни**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* родилась \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* первым ребенком в полной семье в г.Томске. Росла и развивалась соответственно возрасту, от сверстников не отставала. Профилактические прививки проставлены по календарю. В детстве перенесла корь, краснуху, ветряную оспу. Посещала детский сад, затем общеобразовательную школу. В настоящее время закончила 9 классов средней школы, не работает. Травмы и другие заболевания отрицает. Не курит, алкоголь не употребляет. Менструальный цикл с 12 лет, регулярный. Со слов пациентки половой жизнью не живет.

* 1. **Семейный анамнез**

О заболеваниях бабушек и дедушек со стороны матери и отца не знает. Родители здоровы. Наличие в семье наследственных, обменных, психических заболеваний, туберкулеза и других инфекций отрицает.

* 1. **Аллергологический анамнез**

Аллергические реакции на пищевые продукты, лекарственные препараты, бытовую химию и другие вещества отрицает.

**Объективное исследование**

**Общий осмотр.**

*Состояние:* удовлетворительное

*Сознание****:*** ясное

*Тип телосложения:* астенический

*Положение больного:* активное

*Выражение лица:* осмысленное

*Рост:* 165см.

*Вес:* 46кг.

*Кожа, слизистые оболочки:*

Кожа розового цвета, сухая, тургор не снижен, сыпи, расчесов нет. Оволосение по женскому типу, равномерное. Ногти нормальной формы, признаков деформации, грибковых поражений нет. Видимые слизистые розового цвета, чистые, влажные, желтушного прокрашивания уздечки языка и склер нет. Язык влажный, покрыт беловатым налетом.

*Подкожно-жировой слой:* не выражен, распределен равномерно. Признаков отеков нет.

*Лимфатические узлы:* при общем осмотре и пальпации увеличения отдельных лимфатических узлов не наблюдается.

*Шея:* шейные лимфоузлы пальпаторно неувеличены, сосуды шеи без видимой пульсации, не набухшие. Щитовидная железа определяется пальпаторно, неувеличена, при пальпации безболезненна, умеренно подвижная, консистенция эластичная.

*Ротовая полость:* видимые слизистые рта, мягкого неба, десна розового цвета, чистые, влажные. Язык обычных размеров, розовый, влажный, покрыт белым налетом.

**Костно-мышечная система**

Череп правильной формы, без аномалий развития. Позвоночник: физиологические изгибы сохранены, патологических деформаций нет. Грудная клетка астенического типа. Рёберные промежутки не расширены, ход ребер косой, над- и подключичные ямки выражены, эпигастральный угол менее 90 градусов. Кости верхних и нижних конечностей не деформированы, признаков периостита нет. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус не снижен, болезненности при прощупывании нет, гипертрофии\атрофии отдельных групп мышц нет. Суставы верхних и нижних конечностей симметричны, подвижны, объем движений полный.

**Дыхательная система**

*Осмотр:* грудная клетка астенического типа, симметричная, обе половины равномерно участвуют в дыхательных движениях. Над- и подключичные ямки выражены, одинаковы с правой и левой стороны. Ход ребер косой, выпячиваний и ундуляции межреберных промежутков нет. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Дыхание глубокое, ритмичное, тип дыхания смешанный. Частота дыхания 12\мин.

*Пальпация:* грудная клетка при пальпации безболезненна, эластичная. Голосовое дрожание над передней и боковой поверхностями грудной клетки на симметричных участках проводится одинаково, не изменено.

*Перкуссия:* при сравнительной перкуссии по передней, боковой и задней поверхностям грудной клетки над легкими определяется легочной перкуторный звук, одинаковый на симметричных участках.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижние границы легких | | |
| Линия | Правое легкое | Левое легкое |
| l.parasternalis | V межреберье | ------------------ |
| l.medioclavicularis | VI ребро | ------------------ |
| l.axillaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| l.axillaris media | VIII ребро | VIII ребро |
| l.axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| l. scapularis | X ребро | X ребро |
| l.paravertebralis | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

*Аускультация:* над легкими выслушивается везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. При бронхофонии над периферическими отделами легких выслушивается неразборчивый звук, что соответстует норме.

**Сердечно-сосудистая система**

*Осмотр:* при осмотре выпячиваний, видимой пульсации в области сердца не выявлено, эпигастральной пульсации нет, видимой пульсации сосудов и аорты нет.

*Пальпация:* при пальпации верхушки сердца верхушечный толчок определяется в V межреберье по l.mediaclavicularis, не разлитой, не усилен, положительного характера, диаметром 2см.

*Перкуссия:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая перкуссия границ сердца | | |
| Граница | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Правая | IV межреберье на 1,5см кнаружи от правого края грудины | Левый край грудины |
| Верхняя | III ребро | IV ребро |
| Левая | на l.mediaclavicularis | на l.mediaclavicularis |

*Аускультация:* при аускультации тоны сердца четкие, ритмичные, шумов нет.

Аускультативно шумы на крупных сосудах не выслушиваются.

*Пульс:* одинаков на обеих руках, удовлетворительного наполнения, твердый, форма пульсовой волны правильная, пульс ритмичный 70 уд\мин (не учащен), стенка сосуда эластичная.

**Пищеварительная система.**

*Осмотр:*

Слизистые губ, щек, десен, твердого и мягкого неба, зева, задней стенки глотки розового цвета, чистые, влажные. Миндалины обычной величины и консистенции, не выходят за пределы небных дужек. Язык обычных размеров, розовый, влажный, покрыт беловатым налетом. Живот плоский, симметричный, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания всеми отделами.

*Пальпация:* При пальпации живот несколько напряжен, определяется болезненность в правом мезогастрии и правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Скопления жидкости и газов не определяется.

Глубокая пальпация:

* слепая кишка – расположена правильно (в средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.
* сигмовидная кишка расположена правильно (на границе нижней и средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, определяется урчание.
* поперечная ободочная кишка расположена правильно, на 2 см выше пупка, диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.
* восходящая, нисходящая ободочная кишка - диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.

*Печень:*

При пальпации край печени не выходит за пределы реберной дуги, закругленный, эластичный, ровный, безболезненный. Желчный пузырь пальпаторно не определяется. Симптомы желчного пузыря отрицательные.

Границы печени:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Граница | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| верхняя | V ребро | VI ребро |
| нижняя | На границе верхней и средней ⅓ расстояния от пупка до основания мечевидного отростка | |
| левая | Не выходит за левую l.parasternalis | |

Размеры печени по Курлову:

1. От верхней границы абсолютной тупости до нижней границы – 10см.
2. От основания мечевидного отростка до нижней границы – 9см.
3. От основания мечевидного отростка до левой границы – 8см.

*Селезенка:*

Пальпаторно селезенка не определяется.

Длинник = 10см

Поперечник = 8см

*Поджелудочная железа:*

Пальпация в зонах Шопара и Губергритца безболезненная, железа не пальпируется.

**Мочевыделительная система**

Область поясницы не изменена. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Пальпаторно почки не определяются, что соответствует норме.

**Status localis**

Живот плоский, симметричный, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания всеми отделами. При пальпации живот несколько напряжен, преимущественно в правых отделах. Пальпаторно определяется болезненность в правом мезогастрии и правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Скопления жидкости и газов не определяется.

**Данные лабораторных исследований**

1. Общий анализ крови (от 12.05.2006г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Норма |
| Гемоглобин, г/л | 131 | 115 – 145 |
| Эритроциты, 1012/л | 4,0 | 3,7 – 4,7 |
| Лейкоциты, 109/л | 6,3 | 4,78 – 7,68 |

Заключение: общий анализ крови в пределах нормы

1. Общий анализ мочи (от 12.05.2006г.)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Полученные данные |
| Цвет  Прозрачность  Удельный вес  Белок  Глюкоза  Реакция  Микроскопия осадка | соломенно-желтый  прозрачная  1010  отрицательный  отрицательный  5,0  единичные клетки эпителия в полях зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения |

Заключение: общий анализ мочи в пределах нормы

**Консультации узких специалистов**

**Консультация анестезиолога (от 12.05.2006г.):**

С историей болезни ознакомлен. Аллергоанамнез не отягощен. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые чистые, язык влажный с белым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД=110\70, ЧСС=72 уд\мин. Живот мягкий, болезненный. Показана операция в экстренном прядке - аппендэктомия. Анестезиологическое пособие - спинальная анестезия. Риск по МНОАР III степени.

**Обоснование диагноза.**

Клинический диагноз: острый флегмонозный аппендицит ставится на основании:

1. **Жалоб пациентки**: на слабость, боли в правой половине живота, отдающие в правый бок, тошноту, однократную рвоту.
2. **Данных анамнеза:** заболевание началось остро на фоне полного здоровья с болей в животе, которые не купировались приемом спазмолитиков и обезболивающих.
3. **Данных объективного обследования:** Живот плоский, симметричный, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания всеми отделами. При пальпации живот несколько напряжен, преимущественно в правых отделах. Пальпаторно определяется болезненность в правом мезогастрии и правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Скопления жидкости и газов не определяется. Язык влажный, покрыт белым налетом.

Осложнений основного заболевания нет.

**Дифференциальный диагноз.**

Острый аппендицит необходимо дифференцировать с другими заболеваниями, которые могут дать симптомы «острого живота».

**Острый холецистит.**

***Сходство:*** Воспаление червеобразного отростка, расположенного подпеченочно, может симулировать острый холецистит. При остром холецистите увеличенный желчный пузырь может опускаться до уровня пупка и ниже, давая болезненность и напряжение передней брюшной стенки, как и у нашей больной. Приступ острого холецистита у данной пациентки можно заподозрить в связи с тем, что накануне вечером пациентка употребляла жирную пищу. Данное заболевание также может давать характерные диспепсические жалобы - тошноту и рвоту, как и у нашей больной.

***Отличие:***

Острый холецистит больше характерен для людей старшего возраста, в анамнезе у которых имеются указания на признаки ЖКБ. Наша пациентка симптомов ЖКБ (боли в правом подреберье, диспепсия, желтуха) никогда ранее не отмечала. Для приступа острого холецистита характерно большее напряжение и болезненность в правой подвздошной области, часто пальпируется увеличенный желчный пузырь. При остром холецистите будут положительны симптомы желчного пузыря. У нашей пациентки таких объективных данных, характерных для холецистита, нет. Для уточнения диагноза рекомендуется проведения УЗИ органов брюшной полости.

**Правосторонняя почечная колика**

***Сходство:*** При ретроцекальном расположении отростка клиника может симулировать картину почечной колики. При почечной колике могут возникать боли в животе и напряжение мышц, симулирующие острый аппендицит. Возможны тошнота и рвота как реакция на боль. У нашей пациентки заподозрить почечную колику можно в связи с тем, что пациентка указывает на иррадиацию болей в правый бок, что характерно для патологии почек.

***Отличие:*** при почечной колике боли как правило начинаются внезапно, носят острый, интенсивный характер, из-за чего больные ведут себя очень беспокойно. Приступы болей могут сменяться кратковременными периодами покоя. Наша пациентка характеризует боль как постоянную, ноющего характера, невысокой интенсивности. В анамнезе отсутствуют указания на какую-либо патологию почек. Для почечной колики характерны дизурические явления и положительный симптом поколачивания, чего у нашей пациентки не наблюдается. Основным диагностическим критерием является общий анализ мочи. При почечной колике в ОАМ - микро- а затем макрогематурия, тогда как у нашей пациентки ОАМ в пределах нормы. В проведении дифференциальной диагностики могут помочь УЗИ почек и при необходимости - внутривенная урография. Иногда с целью дифферениальной диагностики полезно осуществить новокаиновую блокаду правой круглой связки матки. Это ведет к быстрому исчезновению болей при почечной колике и не оказывает существенного эффекта при остром аппендиците.

**Острый панкреатит**

***Сходство:*** острое воспаление поджелудочной железы может давать картину, сходную с острым аппендицитом. Характерны боли в животе, напряжение мышц, диспепсические явления - тошнота и рвота. Начало заболевания часто связано с употреблением жирной или жареной пищи в больших количествах. При панкреатите часто может не повышаться температура тела. как и у нашей пациентки.

***Отличие:*** боли при остром панкреатите как правило локализуются в эпигастрии, опоясывающего характера или отдающие в спину. Интенсивность болей высокая, состояние больного быстро ухудшается. Живот в верхних отделах вздут. Рвота почти всегда многократная, не приносящая больному облегчения. Диагностическим критерием острого аппендицита и острого панкреатита являются повышение α-амилазы крови и диастазы мочи, характерные для панкреатита.

**Перфоративная язва желудка и ДПК**

***Сходство:*** характерно острое начало заболевания на фоне полного здоровья. Могут возникать тошнота, рвота, боли в животе, напряжение мышц передней брюшной стенки.

***Отличие:*** у пациентки в анамнезе нет данных, свидетельствующих о язвенной болезни желудка или ДПК. В начале заболевания боль резко интенсивная, локализуется в эпигастрии, и только спустя некоторое время становится менее интенсивной с локализацией в правой половине живота. У нашей пациентки боль с момента начала заболевания не перемещалась, была постоянно небольшой интенсивности. Объективно при перфоративной язве определяют свободный газ и жидкость в брюшной полости, чего у нашей больной также нет.

**Характеристика основного заболевания**

**Этиология:** воспаление аппендикса всегда рассматривалось как поражение, вызванное бактериальной флорой, вегетирующей в кишечнике. Этиологическим моментом в развитии аппендицита могут служить балантидии, патогенные амебы, трихомонады. Поражение аппендикса встречается при актиномикозе, гистоплазмозе. Специфическое воспаление отростка может возникнуть при туберкулезе, бациллярной дизентерии, брюшном тифе, при коллагенозах и ряде других заболеваний как инфекционных, так и неинфекционных. Однако в преобладающем числе случаев в патологическом процессе участвует смешанная инфекция (кишечная палочка, стафилококки, стрептококки, пневмококки, диплококки, анаэробы), где на первый план выступает Escherichia coli. Внезапное проявление патогенных свойств этой микрофлоры, которая находясь постоянно в кишечнике, не только не оказывает вредного влияния, но является необходимой для нормального пищеварения, объяснялось образованием замкнутой полости в отростке. Именно при таких условиях безвредные сапрофиты проявляют свое патогенное действие, потому что в замкнутой полости находят благоприятную среду для роста и размножения. **Патогенез:** часть ученых высказывалась за энтерогенный путь развития острого аппендицита, при котором микробы внедряются в стенки отростка непосредственно из его просвета. Другие исследователи настаивали на гематогенном, метастатическом пути происхождения острого аппендицита, полагая, что заболевание наступает вследствие заноса микроорганизмов в стенку аппендикса из отдаленного очага.

В 1907 году патологоанатом Ашофф представил свою теорию возникновения острого аппендицита. По его мнению процесс в отростке начинается в одной из крипт его слизистой оболочки с развития первичного аффекта, имеющего форму клина с основанием, обращенным в сторону серозной оболочки. На вершине клина, на слизистой оболочке, обнаруживается незначительная эрозия, покрытая фибринозным экссудатом с примесью клеток. В пределах клиновидного очага ткань пронизана лейкоцитами, иногда с примесью эритроцитов. Из него нагноительный процесс распространяется в стороны, возникает флегмона отростка с изъязвлением слизистой оболочки и развитием флегмонозно-язвенной стадии заболевания и диффузного гнойно-язвенного аппендицита. В дальнейшем образуется некроз и гангренозный распад, что может привести к перфорации отростка. Предрасполагающей причиной острого аппендицита считался относительный покой червеобразного отростка, предполагающее отсутствие его перистальтики, что по мнению Ашоффа, ведет к застою в просвете отростка кишечного содержимого. Этому же способствуют и его физиологические изгибы.

В дальнейшем была предложена нервно-сосудистая теория возникновения острого аппендицита. Согласно этой теории некроз и гангрена отростка являются результатом не вторичных, а первичных тканевых изменений, имеющих предшествующую стадию. Весь процесс прежде всего развивается в сосудистой системе, и в основе его лежит расстройство кровообращения, зависящее от раздражения нервной системы, регулирующей нормальный кровоток.

**Классификация:**

1. Острый простой аппендицит (без выпота, с выпотом).
2. Острый деструктивный аппендицит.

* Флегмонозный (с перфорацией и без перфорации)
* Гангренозный (с перфорацией и без перфорации)

1. Осложненный острый аппендицит

* Осложненный перитонитом - местным, отграниченными, разлитым, диффузным
* Аппендикулярный инфильтрат
* Периаппендикулярный абсцесс
* Флегмона забрюшинной клетчатки
* Сепсис, генерализованная воспалительная реакция
* Пилефлебит

**Клиника:**

Клиническая картина острого аппендицита характеризуется большим разнообразием, что связано не только с формой заболевания, но и с особенностями локализации червеобразного отростка, наличием или отсутствием осложнений, реактивностью организма больного. Наиболее постоянным и обязательным симптомом острого аппендицита являются боли, вызванные раздражением нервных окончаний в отростке. Именно с этого симптома начинается заболевание.

В начале приступа острого аппендицита боли ощущаются в эпигастральной области, около пупка, и по мере развития заболевания перемещаются в правую повздошную область (симптом перемещения болей Кохера – Волковича). Локализация болей соответствует месту расположения воспаленного червеобразного отростка, поэтому они могут ощущаться не только в правой повздошной области, но и в области пупка, в низу живота (при тазовом расположении отростка), в поясничной области (при ретроцекальном расположении отростка). При прогрессировании воспалительного процесса и возникновении диффузного перитонита четкая локализация болей утрачивается, зона их распространения увеличивается, они охватывают весь живот. Для острого аппендицита характерно внезапное появление болей, интенсивность которых прогрессирует по мере развития воспалительных изменений в червеобразном отростке. Боли при остром аппендиците постоянны, иногда схваткообразно усиливающиеся, интенсивность их не очень велика, а иррадиации их, как правило, нет. В случае разрыва отростка боли в первое время несколько уменьшаются, затем усиливаются за счет прогрессирования перитонита. С началом гангрены отростка и неизбежном при этом омертвении его нервного аппарата боли стихают.

Признаки острого аппендицита: тошнота которая начинается вскоре после начала болей, которая может сопровождаться однократной рвотой; задержка стула – бывает часто с самого начала заболевания в следствии пареза кишечника; слабость, недомогание; температура тела повышена до 37,2 – 37,6 градусов, иногда сопровождается ознобом; увеличенная частота пульса, но соответствующая температуре тела (с началом перитонита соответствие нарушается); язык влажный, обложенный (с развитием перитонита становится сухим).

**Диагностика:** следует обратить внимание на состав периферической крови: в крови отмечается умеренный лейкоцитоз (10000 – 12000), при усугублении процесса лейкоцитоз снижается, но появляется сдвиг лейкоцитарной формулы влево, что является неблагоприятным прогностическим признаком. В моче при тяжелой интоксикации появляются признаки токсического нефрита (белок, цилиндры, эритроциты).

**Лечение данного заболевания**

Лечение острого аппендицита хирургическое. Оно заключается (при отсутствии осложнений заболевания) в аппендэктомии, выполняемой в экстренном порядке. Для выполнения аппедэктомии обычно используют местную анестезию, общий наркоз показан у детей, людей с лабильной психикой, при неуверенности в диагнозе, когда во время операции может потребоваться расширение операционного доступа. Доступ – косопеременный в правой повздошной области (Мак-Бурнея – Волковича – Дьяконова). При неуверенности в точности диагноза предпочтение отдают параректальному разрезу (нередко в этих случаях используют срединную лапаротомию). Купол слепой кишки вместе с червеобразным отростком выводят в рану, лигируют сосуды брыжейки отростка, отросток перевязывают у основания и отсекают, а его культю погружают кисетным и Z- образным швами. Брюшную полость ушивают наглухо. При ретроцекальном или тазовом расположении червеобразного отростка, когда вывести его верхушку в рану не удается, целесообразно ретроградное удаление отростка. При аппендикулярном инфильтрате, склонном к рассасыванию, назначают консервативную терапию, а затем после стихания воспаления - аппедэктомию в плановом порядке. При осложненном течении аппендицита показана санация брюшной полости с оставлением дренажей и микроирригаторов. После операции назначают антибиотикотерапию и при необходимости симптоматическое лечение - обезболивающие, спазмолитики и т.д.

**Лечение данного больного**

1. Режим - первые 2 суток после операции постельный, затем - общий.
2. Диета - сутки после операции голод, затем - стол №1.
3. Оперативное лечение - показана аппендэктомия в экстренном порядке и ревизия брюшной полости. Анестезия - спинальная, степень анестезиологического риска III.
4. Антибиотикотерапия

Показаны антибиотики широкого спектра действия (пенициллины. цефалоспорины, макролиды и т.д.)

Rp: Cefosini 1,0

D.S.: содержимое 1 флакона растворить в 5 мл физиологического раствора, вводить внутримышечно 3 раза в день в течении 5 дней

5. Обезболивающие препараты

Rp: Sol.Analgini 25% - 2ml

D.t.d. in ampullis

S.: вводить внутримышечно три раза в день с димедролом в течении 5 дней

Rp: Sol. Dimedroli 1%- 1ml

D.t.d. in ampullis

S.: вводить внутримышечно три раза в день с анальгином в течении 5 дней

**Операция**

Хирурги: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Анестезиолог: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Анестезия: местная инфильтрационная анестезия Sol.Lidocaini 2%-2ml. Выполнена спинальная анестезия в L1-L2, введено 10 мг Sol.Marcainae spinalis. При наступлении блока - внутривенно эфедрин 25мг, кетамин 50мг. Гемодинамика стабильна. Оперативное вмешательство.

Ход операции: операционное поле обработано септоцидом. Разрез Волковича-Дьяконова через точку Мак-Бурнея, послойно вскрыта брюшная полость. В брюшной полости - выпот серозного характера 50 мл, осушен. Найден аппендикс - расположен обычно, флегмонозно-изменен. Выполнена типичная аппендэктомия с погружением культи отростка в кисетный и Z-образный швы. Контроль гемостаза, инородных тел. Рана послойно ушита, наложена асептическая повязка.

Макропрепарат: аппендикс длинной 5 см, толщина 0,7 см, вершина булавовидно утолщена - 1,2 см, темно-розового цвета. Поверхность инъецирована множеством сосудов с налетом фибрина. Брыжеечка отечна.

**Этапный эпикриз**

Пациентка \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 16 лет поступила в приемное отделение ОКБ 12.05.06г. в экстренном порядке с диагнозом направления: «острый аппендицит». При поступлении пациентка предъявляла жалобы на разлитую боль умеренной интенсивности в правой половине живота с иррадиацией в правый бок, общую слабость, недомогание, тошноту, однократную рвоту. Из анамнеза установлено, что заболела остро 7 часов назад. При объективном исследовании: Живот плоский, симметричный, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания всеми отделами. При пальпации живот несколько напряжен, преимущественно в правых отделах. Пальпаторно определяется болезненность в правом мезогастрии и правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Скопления жидкости и газов не определяется. Язык обложен белым налетом.

Пациентке выполнены исследования: ОАК и ОАМ (в пределах нормы). После осмотра анестезиолога под спинальной анестезией выполнена операция аппендэктомии с ревизией и санацией брюшной полости.

На данный момент пациентка в удовлетворительно состоянии находится в отделении общей хирургии, получает назначенное лечение: Cefosini 1,0×3 раза в день в\м, Sol.Analgini 25% - 2ml+Sol. Dimedroli 1%- 1ml - 3 раза в день в\м.

После выписки пациентка поступает под наблюдение хирурга поликлиники. Швы снимаются на 10 сутки.

**Дневник курации.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата курации, пульс, АД, ЧД, температура | Течение болезни | Назначения |
| 13.05.2006г.  АД= 120\80 мм.рт.ст.  Пульс 72 уд\мин  t утро=36,7  t вечер=36,7  ЧД=12\мин | Знакомство с пациенткой, сбор жалоб, анамнеза, объективное исследвоание. Больная чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет. Дыхание везикулярное, тоны сердца четкие, ритмичные. Живот мягкий, небольшая болезненность в области послеоперационного шва. Физиологические отправления в норме. | 1.Режим постельный, голод.  2.Cefosini 1,0×3 раза в день в\м,  3.Sol.Analgini 25% - 2ml+Sol. Dimedroli 1%- 1ml - 3 раза в день в\м. |
| 15.05.2006г.  АД= 125\90 мм.рт.ст.  Пульс 72 уд\мин  t утро=36,7  t вечер=36,6  ЧД=12\мин | Состояние удовлетворительное. положение активное. Жалоб не предъявляет. Сон и аппетит нормальные. Живот мягкий, небольшая болезненность в области послеоперационного шва. Повязка сухая, отделяемого из раны нет. Физиологические отправления в норме. | 1. Режим стационарный.  2. Назначения те же. |
| 16.05.2006г.  АД= 125\85 мм.рт.ст.  Пульс 70 уд\мин  t =36,6  ЧД=14\мин | Состояние удовлетворительное. положение активное. Жалоб не предъявляет. Сон и аппетит нормальные. Живот мягкий, небольшая болезненность в области послеоперационного шва. Повязка сухая, отделяемого из раны нет. Физиологические отправления в норме. | 1. Режим стационарный.  2. Назначения те же. |