**I. ОБЩИЕ ДАННЫЕ:**

Фамилия, имя, отчество:
Возраст: (01.03.1985 )

Месит работы:

Место жительства:
Дата поступления в клинику: 13.01.2008 (15 часов)
Дата заболевания: 13.01.2008 (09ч 30мин)
Диагноз при поступлении: Острый аппендицит
Диагноз клинический: Острый аппендицит
Диагноз заключительный: Острый аппендицит
Осложнения:

Сопутствующие заболевания:

Назначение операции: экстренная аппендектомия 13.01.2008
Послеоперационный диагноз: Острый аппендицит
Исход заболевания:

**II. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО:**

Больная предъявляет жалобы на не интенсивные, ноющие боли в области послеоперационной раны.

**III. ANAMNES MORBI**

13.01.2008 (09ч.30мин) внезапно появилисьне очень интенсивные боли в эпигастральной области которые в дальнейшем переместились в правую
подвздошную область. Боли усиливались, носили постоянно нарастающий
характер, усиливались при мочеиспускании. Наблюдалось небольшое
повышение температуры ( до 37.7),общая слабость, недомогание, тошнота и
озноб. Подобные явления в прошлом не наблюдались.

13.01.2008 вечером боли стали более интенсивными, носили постоянный xapaктep. В связи с этим была вызвана скорая помощь и больная была
госпитализирована в хирургическое отделение БСМП. Был произведен
осмотр хирургом (язык обложенный, влажный; температура тела 37.5; при
пальпации определялась болезненность в правой подвздошной области
живота и напряжение мышц живота; симптомы Ровзинга. Ситковского,
Образцова Воскресенского, Бартомье — Михельсона — положительные;
симптом Щеткина — Блюмберга - отрицательный), и поставлен диагноз
Острый аппендицит. В экстренном порядке произведено оперативное
вмешательство — экстренная аппендектомия.

**IV. ANAMNES VITAE:**

Родилась 01.03.1985 года в г. Ульяновске, вторым ребенком в семье. Росла и

развивалась соответственно полу и возрасту. Менструальный цикл начался с 1
3 лет. Половой жизнью живет с 17 лет. В школу пошла с 7 лет. После школы получает высшее образование. Не работает. Не замужем, детей нет. Абортов не было.

Жилищные условия удовлетворительные.

Перенесенные заболевания: в детстве часто болела ангиной, перенесла ветрянку.
Наследственность: не отягощена.
Привычные интоксикации отрицает.
Аллергологический анамнез: отрицает.
Трансфузионный анамнез: кровь не переливалась, донором не является.

**V. STATUS PRAESENS COMMUNIS.**

*Общее состояние:* удовлетворительное.

*Положение больного*: внжденное.

*Сознание:* ясное
*Выражение лица:* обычное

*Телосложение:* нормостеническое.

*Температура тела:* 37о.

Вес соответствует росту.
*Кожные* покровы телесного цвета, сниженной эластичности, нормальной влажности. Сыпи, рубцы, варикозное расширение вен не отмечается.

*Слизистые* глаз, носа, губ, полости pтa - розового цвета, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, отеки не выявляются. Лимфатические узлы
 подчелюстные, подмышечные, паховые - величиной 3-6 мм, округлой формы, мягко-эластической консистенции, не спаянные с окружающей клетчаткой, безболезненны при пальпации.
*Мышцы* развиты умеренно, среднего тонуса, Безболезненны при пальпации.

*Кости* без деформации, безболезненны при пальпации.

*Суставы* бездеформаций безболезненны, не ограничены при активной и
пассивной подвижности.

**Нервная система.**

Обоняние, вкус, зрение, слух - без выраженных изменении. Речь,
координация движений не нарушены.

**Органы дыхания.**

Дыхание через нос не затруднено. Голос не изменен. Голосовоедрожание выражено умеренно, симметричное. Грудная клетка правильной
нормостенической формы; над- и подключичные ямки выражены средне,

лопатки умеренно прилегают, реберно-диафрагмальный угол 90о. П
атологическое искривление позвоночника не определяется. Дыхание смешанного
 типа, ритмичное. Число дыханий не превышает 18 в минуту. При
дыхании движения лопаток, правой и левой половины грудной клетки -
симметричны.

При пальпации грудная клетка эластична, безболезненна, трение плевры не
определяется.

При сравнительной перкуссии перкуторный звук над легочными полями - легочный, симметричный.
При топографической перкуссии высота стояния верхушек спереди 3 см слева

и 3 см справа, сзади - на уровне остистого отростка II шейного позвонка с
обеих сторон.

**Нижние границы легких.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| По линиям | Правого легкого | Левого легкого |
| Паростерналъные Срединноключичные Передние подмышечные Средние подмышечные Задние подмышечные Лопаточные | V РЕБРОVI РЕБРОVII РЕБРОVIII РЕБРОIX РЕБРОX РЕБРО | VI РЕБРОVI РЕБРОVII РЕБРОVIII РЕБРОIX РЕБРОX РЕБРО |

Подвижность нижних границ легких по задней подмышечной линии
при форсированном дыхании справа - 6 см, слева - 6 см.

При аускультации дыхание везикулярное, слегка жестковатое.
Крепитация, хрипы шум трения плевры не прослушивается. Бронхофония
выражена средне, симметрична.

**Органы кровообращения.**

При осмотре область сердца без деформаций. Отмечается умеренная
левожелудочковая пульсация в V межреберье по левой срединно-ключичной
линии.

При пальпации левожелудочковый толчек в V м/p поключичной линии несколько усилен. Шириной 4 см, положительный.
Правожелудочковый толчок, патологическая пульсация, сердечное
дрожание, ощущение трения перикарда не определяются.

Границы относительной сердечной тупости: правая - 1.0 см
вправо от грудины в IV м/р, верхняя: Ш м/р. левая — 0,5 см
влево от левая срединно-ключичной линии в V м/р. Ширина сосудис
того пачка - 6 см во II м/р.

Границы абсолютной сердечной тупости: правая - левый край грудины„
верхняя - IV ребро, левая - l см вправо от левой границы относительной
сердечной тупости**.**

При ортоперкуссии по Курлову, конфигурация сердца прибли-
жается каортальной, талия подчеркнута. Кардио-диафрагмальные углы не
сглажены.

При аускультации, тоны сердца средней громкости. На верхушке 1 тон
ослаблен, акцент II тона во II м/р справа от грудины. В положении лежа на
левом боку на высоте выдоха над верхушкой сердца прослушивается
неотчетливый III тон и тихий нежный протосистолический шум. Во II м/р
справа прослушивается тихий, но грубый систолический шум, проводящийся
на сонные артерии.

Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, 78 ударов в минуту,
удовлетворительного наполнения, несколько напряжен, обычный по форме.

АД на левом предплечье - l80/l00 мм рт. ст., на правом – 170/95 мм
pт. Ст., АД - левой подколенной артерии – 190/110 мм. рт. ст. Стенки п
eриферических артерий мягко-эластической консистенции, гладкие, б
езболезненные.

**Органы пищеварения .**

Язык чистый, влажный. Имеются кариозные зубы, санированы.
Глотание не нарушено. Живот обычной конфигурации, участвует в акте
дыхания, видимой перистальтики не отмечается. Наблюдается
послеоперационный рубец в правой подвздошной области по поводу
проведенной аппендектомии.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный; болезненность отмечается в области послеоперационного рубца.

При сравительной пальпации мышцы умеренного тонуса, наблюдаетсянебольшое напряжение мышц в области послеоперационного рубца.

При глубокой пальпации: пальпируется сигмовидная
кишка; восходящий и нисходящий участки толстого кишечника в виде
мягких, эластичных, безболезненных тяжей шириной 2-2,5 см. Тело и
пилорический отдел желудка не пальпируется.

Перкуторный звук тимпанический, свободная
определяется.

При аускультации: перистальтика умеренная, тихая.

**Гепатолиенальная система.**

Печень, селезенка непальпируются. Отмечается неотчетливая
болезненность в точке желчного пузыря. который, не пальпируется. Правая
акромиальная лопаточная точки безболезненны. Френикус-симптом—
отрицательный. Размеры печени по данным перкуссии по Курлову: 1- 9 см, 11
- 8см, 111-7 см.

Размеры селезенки: длинник: по 10 ребру - 6 см, поперечник - 4
см.

**Органы мочевыделения.**

Область почек без деформаций. Почки в положении больного лежа, стоя
не пальпируются. Мочеточниковые точки безболезненны. Болезненность при
поколачивании области почек не выявляется. Мочевой пузырь не
пальпируется, перкуторно не определяется.

**Эндокринная система.**

При осмотре и пальпации щитовидная железа не определяется. Патологические глазные симптомы не выявляются. Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту.

**VI. STATUS LOKALIS**

Состояние больного после операции удовлетворительное, сознание ясное. При
осмотре живота: живот мягкий в области послеоперационной раны
наблюдается небольшое напряжение. В правой подвздошной области
наблюдается послеоперационный рубец, длиной 6-7 см, количество швов — 6,
края раны прилегают плотно, отека, красноты, кровоподтеков не наблюдается;
прорезывания швов и отделяемого нет. При пальпации вокруг раны больная отмечает болевые ощущения. Инфильтрации послеоперационной раны не определяется.

**VII. СВОДКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ**

На основании:

Жалоб на внезапно появившиеся не очень интенсивные боли в эпигастральной области, впоследствии переместившиеся в подвздошнуюобласть, усиливавшиеся, имевшие постоянно нарастающий характер, усиливавшиеся при мочеиспускании, повышение температуры (до 37.7),общая слабость, недомогание, тошнота и
озноб.

Анамнеза болезни: 13.01.2008 (09ч.30мин) внезапно появилисьне очень интенсивные боли в эпигастральной области которые в дальнейшем переместились в правую
подвздошную область. Боли усиливались, носили постоянно нарастающий
характер, усиливались при мочеиспускании. Наблюдалось небольшое
повышение температуры ( до 37.7),общая слабость, недомогание, тошнота и
озноб. Подобные явления в прошлом не наблюдались.

13.01.2008 вечером боли стали более интенсивными, носили постоянный xapaктep. В связи с этим была вызвана скорая помощь и больная была
госпитализирована в хирургическое отделение БСМП. Был произведен
осмотр хирургом (язык обложенный, влажный; температура тела 37.5; при
пальпации определялась болезненность в правой подвздошной области
живота и напряжение мышц живота; симптомы Ровзинга. Ситковского,
Образцова Воскресенского, Бартомье — Михельсона — положительные;
симптом Щеткина — Блюмберга - отрицательный), и поставлен диагноз
Острый аппендицит.

**VIII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

Основной: Острый аппендицит
Осложнения основного диагноза:-
Сопутствутотций диагноз:-

**IX. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Вагинальное исследование
4. Измерение температуры тела в подмышечной области

**Данные дополнительных методов исследования.**

Общий анализ крови:

Эритроциты- **4,2х1012/л** (4,0-5,0х1012/л)
Hb- **134 г/л** (130-160 г/л)

Гематокрит- **40об%** (38-48об%)
Цвет. показатель- **0,1** (0,8-1,1)
Лейкоциты- **12х10^9/л** (4,9-9,0х109/л)

 Базофилы- **0** (0-1%)
 палочкоядерные- **3%** (1-4%)
 сегментоядерные- **63%** (45-70%)
 Лимфоцитов- **36%** (18-40%)
 CОЭ- **62 мм/ч** (1-10 мм/ч)

Заключение: в крови наблюдается лейкоцитоз, ускоренная **СОЭ**

**Общий анализ мочи.**

Суточное количество 1025мл (1000-2000мл)
Цвет **светло-желтый** (соломенно-желтый)

Прозрачность **прозрачная** (прозрачная)

Белок **0** (0 г/л)

Сахар **0**
Реакция **кислая** (рН-4,5-8,0)
Уд. вес **1,025** (1.010-1.025)

Плоский эпителий **0** (0-3 в поле зрени)

Эпителий мочевых канальцев **отр**. (отр)

Вагинальное исследование: при вагинальном исследовании болезненность
шейки матки не определется.

**X. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:**

1. Острый холецистит — для острого холецистита характерна иррадиация болей в правую лопатку, плечо, правую половину шеи; боли
локализуются в правом одреберье. Больные предъявляют жалобы на
"отламывающуюся" поясницу. При пальпации выявляется опущение
печени. При печеночной колике боли гораздо Интенсивнее, отсутствуют
признаки интоксикации, показатели температуры и лейкоцитоза крови в
норме.

2. Острый панкреатит - основными симптомами дифференциальной
диагностики являются характерные опоясывающие боли и повышение
диастазы мочи (реакция по Вольгенуту) при панкреатите (однако могут
быть не всегда выражены). Наличие более выраженной интоксикации,
упорной не приносящей облегчения рвоты с желчью, отсутствие
инфильтрата в правой подвздошной области при большой давности
заболевания свидетельствует о наличии панкреатита. Для болей
характерна иррадиация в левое плечо, лопатку, левую половину шей.
Характерен симптом Мейо—Робиона (выраженная болезненность в
левом реберно-позвоночном углу сзади).

3. Острая кишечная непроходимость - боли при кишечной
непроходимости имеют схваткообразный характер, при аппендиците
постоянный ноющий характер; характерна рвота не приносящая
облегчения; губы и язык сухие ( в то время как при остром аппендиците
— влажные); живот деформирован, но мягкий; могут определяться
раздутые петли кишечника; зияние ануса; асимметрия живота; при
рентгенологическом исследовании — чаши Клойберга.

4. Заболевания почек — почечная колика никогда не сопровождается
повышенной температурой, интоксикацией, изменениями со смены
крови. Боли всегда стихают после применения спазмолитических
средств, тепла. При остром аппендиците этого никогда не бывает. При
почечной колике боли носят резкий схваткообразный характер,
больные мечутся в постели. При наличии патологии правой почки,
сопровождающейся обтурацией и пиелитом, картина напоминает
клинику острого аппендицита. В этом случае помочь провести
дифференциальную диагностику может своевременно сделанная
хромоцистоскопия, которая позволяет выявить или исключить
почечную патологию; блокада семенного канатика или круглой связки
матки, паранефральная блокада, горячая ванна, которые быстро, купируют боли при почечной колике, и никогда не снимают болей при остром аппендиците.

**XI. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:**

Выставлен на основании жалоб, данных анамнеза, лабораторных и инструментальных методах исследования.

Основной: **ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ.**

Осложнения основного диагноза:-
Сопутствутотций диагноз:-

**XII. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ.**

В результате дисфункции нервно-регуляторного аппарата червеобразного отростка в нем происходит нарушение кровообращения, что ведет к
трофическим изменениям в червеобразном отростке. Дисфункцию нервно--
регуляторного аппарата могут вызвать три группы факторов:

1. сенсибилизация (аллергические компонент — пищевая аллергия, глистная инвазия)

2. рефлекторный путь (болезни желудка, кишечника, желчного пузыря)
3. непосредственное раздражение (инородные тела в червеобразном отростке; каловые камни; перегибы)

Дисфункция нервно-регуляторного аппарата приводит к спазму мышц и
сосудов червеобразного отростка. В результате нарушений
кровообращения в червеобразном отростке происходит отек его стенки.
Набухшая слизистая оболочка закрывает устье червеобразного отростка,
скапливающееся в нем содержимое растягивает его, давит на стенку
отростка, еще больше нарушая его трофику. Слизистая оболочка в
результате этого теряет устойчивость по отношению к микробам, они
внедряются в стенку червеобразного отростка, и возникает воспаление.
Острый аппендицит является неспецифическим воспалительным
процессом.

**XIII. ЛЕЧЕНИЕ**

**Протокол анестезиологического пособия.**

При остром катаральном аппендиците необходима экстренная операция-

аппендектомия:

Дата: 13.01. 2004
Время: 18ч40 мин-19ч10мин

Больная взята в операционную в экстренном порядке, осмотр на
операционном столе

Состояние средней тяжести
Диагноз: Острый аппендицит; операция экстренная *аппендекгомия*Сознание — ясное;
Дыхание адекватное
АД 130/85; пульс — 78 уд/мин
Наркоз: общая анестезия; эндотрахеальный; ИВЛ
Премедикация: в/венно супрастин 20 мг;

Атропий 0,1% -0,5 мг

Вводный наркоз: диазепам 5 мг

 Фентанил 0,1 мг

Дроперидол 5 мг

Интубация трахеи: положёние прямое; приём Селика; зонд в желудок

Поддержание анестезии: закись азота 3 л/мин

 Кислород 1,5 л/мин
 Диазепам 5 мг
 фёнтанил 0,4 мг

Тиопентал 200 мг ( в/в балюсно)

ИВЛ: аппаратная;

Режим: ДО- 500 мл; частота- 16/мин; пульс- 78 уд/мин; АД — 130/85

Пробуждение через 10 мин после окончания операции (ориентирована);

перевод в палату.

**Ход операции:**

Название операции — экстренная аппендектомия
Оператор:
Ассистёнт:
Операционная сестра:
Наркоз:

Под в/венном наркозом, после трехкратной обработки операционного поля
раствором йодоната; в правой подвздошной области производится разрез по
Волковичу-Дьяконову. Послойно вскрыта брюшная полость. Обнаружен
купол слепой кишки, выведен в рану вместе с аппендиксом. У основания
аппендикса проведена лигатура. Брыжейка обработана, поэтапно взята на
зажим и отсечена, перевязана; отросток перевязан кетгутовой лигатурой, отсечен, культя
погружена в кисетный, Z образный шов. Произведен контрольный гемостаз на инородные
тела- сухо. Брюшная полость осушена. Рана пословно ушита. Обработана
йодонатом. Наложена асептическая повязка.

Макроскопия: аппендикс 6-7 см, отросток утолщен в апикальной части, напряжен, гиперемирован и покрыт фибринозным налетом.

Послеоперационный диагноз: Острый флегмонозный аппендицит.

**Назначение:**

1. стол 0
2. режим палатный

3. холод на область послеоперационной раны

4. Sol. Oxacillini 2,0 \*4 раза в день в/в

5. Sol. Ketoroli 1,0 mlв/в
6. УВЧ на рану

**XIV. ДНЕВНИКИ:**

16.01.2008г (3сутки после операции)

Больная предъявляет жалобы на не интенсивные боли в области

послеоперационного рубца;

температура тела в норме (36,7).

Объективно общее состояние
относительно удовлетворительное;

сознание ясное.

В легких дыхание
везикулярное. ЧДД-17 в мин.

Живот мягкий, безболезненный; умеренно
болезненный при пальпации в области послеоперационной раны.

Симптомов раздражения брюшины нет.

Послеоперационный рубец длиной 6
см, количество швов 6, края раны прилегают плотно; отека, красноты,
кровоподтеков не наблюдается; прорезывание швов и отделяемого нет

18.01.2008г (5сутки после операции)

Больная предъявляет жалобы на не интенсивные боли в области
послеоперационного рубца;

температура тела в норме (36,7).

Объективно общее состояние
относительно удовлетворительное;

сознание ясное.

 В легких дыхание
везикулярное. ЧДД-17 в мин.

Живот мягкий, безболезненный; умеренно
болезненный при пальпации в области послеоперационной раны,

Симптомов раздражения брюшины нет.

Послеоперационный рубец длиной 6
см, количество швов 6, края раны прилегают плотно; отека, красноты,
кровоподтеков не наблюдается; прорезывание швов и отделяемого нет

21.01.2004(8сутки после операции)

Больная жалоб не предъявляет. Температура тела в норме. Общее
состояние удовлетворительное; сознание ясное. Живот мягкий,
безболезненный; наблюдается небольшая болезненность при пальпации в
области послеоперационной раны. Симптомов раздражения брюшины нет.
Изменений со стороны послеоперационной раны нет.

**XV. ЭПИКРИЗ:**

Больная ФИО .. года поступила в УКБСМП в
15.00 13.01.2008 с жалобами на острые не очень интенсивные боли в
эпигастральной области, которые через некоторое время переместились в
правую подвздошную область. Отмечала общую слабость, недомогание„
небольшое повышение температуры (до 37.5). Боли носили постоянный
характер, небольшой интенсивности, не иррадиировали. Больная
госпитализирована в хирургическое отделение, где динамически наблюдалась
в течении 3-х часов. За это время были сделал, OAK, ОАМ, биохимия крови„
вагинальное исследование. В течении трех часов coстояние больной
ухудшилось.

13.01.2004 в 18.40 была произведена операция- Экстренная аппендектомия.
Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная получала
консервативное лечение, физиолечение (УВЧ) на область
послеоперационной раны. В настоящее время состояние больной
удовлетворительное. Швы сняты на 6 сутки. Рана заживает первичным
натяжением.

Больная выписывается домой в удовлетворительном состоянии под
наблюдение врача — хирурга по месту жительства.

Анализ крови и мочи в пределах нормы.

Рекомендовано: наблюдение у хирурга по месту жительства, ограничение
тяжелой физической нагрузки на 1-2 месяца.

Прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный.

**XVI. ИСПОЛЬЗУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:**

1. Хирургические болезни. Учебник. М.И.Кузин, О.С.Шкроб, Н.М.Кузин и др.; Под ред. М.И.Кузина - М.: Медицина, 1995 г.
2. Справочник практического врача / Ю.Е.Вельтищев Ф.И.Комаров, С.М.Навашин и др. Под ред. А.И.Воробьева - М.: Медицина, 1992 г. - В 2 томах. Т.1.
3. Терапия: пер. с англ. доп. // гл. ред. А.Г.Чучалин - М.: Гэотар Медицина, 1997г.