Красноярский Государственный Медицинский Университет

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра хирургических болезней №2 им. проф.

заведующий кафедрой д.м.н. проф.

ассистент

История болезни - Острый флегмонозный аппендицит

Куратор студентка 420 г.

Лечебного факультета

Красноярск 2010 г.

**Паспортная часть**

ФИО:

Дата поступления: 13.07.10

Пол: мужской

Возраст: 15 лет

Место работы, профессия: учащийся

Место жительства: Красноярск

Диагноз при поступлении: Острый аппендицит

Клинический диагноз: Острый флегмонозный аппендицит

Сопутствующие заболевания: нет

Группа крови (0) I Rh-

Осложнения: нет

Название операции: Лапаротомия. Аппендэктомия.

Обезболивание: общее

**Жалобы**

На боль в правой подвздошной области, тошноту, сухость во рту, повышение температуры тела до 37,4.

**Anamnesis morbid**

Со слов больного заболел 10.07.10 около 00:00 когда появилась боль в животе без четкой локализации, а затем в правой подвздошной области, появилась тошнота, сухость во рту. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи, госпитализирован в ГКБ№20 в ХО1

**Anamnesis vitae**

Родился в Красноярске. Рос и развивался соответственно возрасту и полу. Перенесенные в детстве заболевания не указывает..Туберкулез, онкологические, венерические, наследственные, ВИЧ заболевания, гепатит, сахарный диабет у себя и ближайших родственников отрицает. Аллергологический анамнез- не отягощен.

**Status praesens**

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, сухие. Кровоподтеков, сыпи, расчесов, шелушений нет. Тургор кожи не снижен. Ногтевые пластинки не изменены. Отеков нет.

Мышечная, костная система без патологии.

Лимфатическая система.

При осмотре лимфатические узлы не визуализируются, при пальпации не определяются.

***Дыхательная система.***

Дыхание поверхностное, ритмичное.

Частота дыхательных движений 18 в минуту. Форма грудной клетки нормостеническая, симметричная.

***Пальпация.***

Грудная клетка при пальпации безболезненная.

Голосовое дрожание проводится одинаково над всей поверхностью легких.

***Перкуссия.***

При сравнительной перкуссии над всеми участками - ясный легочный звук.

***Топографическая перкуссия.***

Высота стояния верхушек.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| Спереди | 3 см выше ключицы | 3 см выше ключицы |
| Сзади | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка |

Нижние границы легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Справа | Слева |
| l. parasternalis | V межреберье | - |
| l. mediaclavicularis | VI ребро | - |
| l. axillaris ant. | VII ребро | VII ребро |
| l. axillaris media | VIII ребро | VIII ребро |
| l. axillaris post. | IX ребро | IX ребро |
| l. scapularis | X ребро | X ребро |
| l. paravertebralis | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

***аускультация.***

По всем участкам проводится везикулярное дыхание.

***Система кровообращения.***

Жалоб нет. При осмотре грудная клетка в области сердца без патологии. Сердечный толчок не определяется. Верхушечный толчок визуально не определяется, пальпируется в V межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии, локализованный, низкий. Пресистолическое и систолическое дрожание не определяется.

***Перкуссия сердца:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы относительной сердечной тупости | | |
| Правая граница:1 см кнаружи от правого края грудины в IV межреберье | Левая граница:1 см. кнутри от среднеключичной линии в V межреберье | Верхняя граница: верхний край III ребра слева от грудины. |
| Границы абсолютной сердечной тупости | | |
| Правая граница: по правому краю грудины на уровне IV межреберья | Левая граница: 1 см. кнутри от границы относительной сердечной тупости. | Верхняя граница: верхний край IV ребра слева от грудины. |

***Аускультация сердца:***

В пяти классических точках выслушивается два тона:

В области верхушки сердца выслушивается митральный клапан. Выслушиваются оба тона. Более громкий, низкий и продолжительный I тон.

Во II межреберье справа от грудины выслушивается аортальный клапан. Имеется акцент II тона над аортой.

Во II межреберье, слева от грудины выслушивается клапан легочного ствола. Оба тона не изменены. II тон более высокий, громкий.

На основании мечевидного отростка выслушивается трехстворчатый клапан. Оба тона. I тон громкий, продолжительный.

В точке Боткина-Эрба (место прикрепления III-IVребра). Выслушивается аортальный клапан, акцент II тона.

Сердечные тоны ясные, ритмичные. Сердечные шумы не выслушиваются.

Пульс на лучевой артерии: равный на обоих руках, умеренного наполнения, напряжения, ритмичный, 80 ударов в минуту. Венный пульс отрицательный.

Артериальное давление на правой руке 110/70, на левой руке 110/70.

***Мочевыделительная система.***

При осмотре поясничной области припухлости, выбухания, гиперемии нет.

В положении больного лежа и стоя почки не пальпируются. Симптом 12ребра отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь при перкуссии и пальпации не определяется, болезненности по ходу мочеточников нет. Мочеиспускание регулярное

***Эндокринная система.***

Телосложение правильное, отдельные части тела пропорциональные. Щитовидная железа не пальпируется. Глазные симптомы – отрицательные. Физическое и умственное развитие соответствует возрасту.

**Status loсalis**

***Система пищеварения***

При осмотре полости рта запах отсутствует, язык розового цвета, сухой обложен серым налетом.

***Осмотр живота:***

Живот не вздут, симметричный.

***При поверхностной пальпации*** живот напряжен, болезненный в правой подвздошной области. Симптомы Ровзинга, Раздольского, Ситковского, Воскресенского положительные. Симптом Щеткина –Блюмберга положительный в правой подвздошной области.

***Печень и желчный пузырь.***

Видимого увеличения области печени и её пульсации не отмечается. При пальпации край печени мягкой консистенции, закруглен, безболезненный, ровный.

***Перкуссия – размеры печени по Курлову:***

|  |  |
| --- | --- |
| l.mediaclavicularis dextra | 8см |
| l.mediana anterior | 7см |
| По левой реберной дуге | 6см |

Точка проекции желчного пузыря безболезненна. Симптомы френикус (справа и слева), Ортнера, Кера - отрицательные.

***Селезенка*** не пальпируется. Точка ее проекции болезненна.

**Предварительный диагноз** Острый аппендицит.

**План обследования**

1. развернутый анализ крови

2. общий анлиз мочи

3. б/х исследование крови

4. RW

5. Кал на я/г

**Лабораторные данные**

РАК

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 01.04.10 | 7.04.10 | Норма |
| Hb | 147г/л | 146 | 140-160 |
| ЦП | 0,9 | 0,89 | 0,85-1 |
| Эритроциты | 4,57х10^1/л | 4,27 | 3.7-5 |
| Лейкоциты | 14х 10^9/л | 7 | 6-10 |
| П/я | 4 | 3 | 1-4 |
| С/я | 71 | 68 | 45-70 |
| Эозинофилы | 1 | 1 | 0-1 |
| Базофилы | -- | 1 | 0-2 |
| Лимфоциты | 13 | 9 | 18-40 |
| Моноциты | 9 | 5 | 6-8 |
| СОЭ | 26 мм/ч | 23 | 2-10 |
|  | 17.03.10 | 6.04.10 | норма |
| Цвет | Нас.- желтый | Нас.- желтый | Св-желт. |
| Прозрачность | полная | Полная | полная |
| Отн. плотность | 1023 | 1020 | 1010-1025 |
| Реакция | Кислая | Кислая | Сл-кислая/нейтрал |
| Белок | 0 | 0 | 0 |
| Глюкоза | 0 | 0 | 0 |
| Лейкоциты | 3-4-5 | 2-3 | 0-1 |
| Эритроциты | 4-6 | 2-3 | 0 |
| Слизь | + | - | -/+ |

Б/х анализ крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| показатель | 01.04.10 | 7.04.10 | норма |
| глюкоза натощак | 4,9 ммоль/л | 5,41 ммоль/л | 3,3-6,0 ммоль/л |
| мочевина | 4,9 | 6,5 | 4.3-8,9 |
| креатинин | 120 | 268мкм/л | 35-133 |
| Билирубин общ | 11,97мм/л | 13,89 мм/л | До 17 |
| Белок общ | 44г/л | 78г/л | 65-85 |
| амилаза | 486,2 | 113 | До 30 |
| Na  K | 3,8  144 | 4,8  139,2 | 4-5,7  141-155 |
| Диастаза мочи | 140 | 280 | 16-64 |

**Диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больного на выраженные боли в правой подвздошной области, тошноту, сухость во рту, повышение температуры тела до 37,4. анамнеза заболевания, данных клинического обследования (положительный симптом Ситковсого, Раздольского, Ровзинга, Воскресенского) можно поставить диагнозострый флегмонозный аппендицит.

**Дифференциальный диагноз**

Правостороняя почечная колика (при ущемлении камня в правом мочеточника) может сопровождаться сильными болями в правой подздошной области и вздутием живота. В этом случае будет болезненным покалачивание по поясничной области справа и положительный симптом Пастернацкого, что не характерно для острого аппендицита, за исключением тех случаев, когда отросток расположен ретроцекально. При почечной колике имеют место дизурические явления (учащенное и болезненное мочеиспускание). При исследовании мочит отмечается макро- или микрогематурия. В сомнительных случаях необходима обзорная рентгенография мочевыводящих путей, при которой может быть обнаружена тень конкремента в проекции правого мочеточника, признаки пиелоэктазии. Может быть произведена хромоцистоскопия, ультразвуковое исследование. Иногда с целью дифферениальной диагностики полезно осуществить новокаиновую блокаду правого семенного канатика или круглой связки матки. Это ведет к быстрому исчезновению болей при почечной колике и не оказывает существенного эффекта при остром аппендиците.

Острый холецистит (особенно часто приходится дифференцировать с острым аппендицитом у лиц пожилого возраста). Увеличенный желчный пузырь может опускаться до уровня пупка и даже ниже. В этих случаях болезненность и напряжение передней брюшной стенки определяется во всей правой половине живота и трудно бывает определить их точную локализацию. В то же время, воспаление червеобразного отростка, расположенного подпеченочно, может симулироват острый холецистит. Помогает установить правильный диагноз тщательно собранный анамнез (указания на признаки желчно-каменной болезни у пациента в прошлом), напряжение в правом подреберье, иррадиация болей в правое плечо или лопатку, прощупываемый желчный пузырь, результаты ультразвукового исследования.

Острый панкреатит. При этом заболевании боли, как правило, локализуются в эпигастральной области. Они часто бывают опоясывающего характера, отдают в грудную клетку и спину. Почти всегда бывает многократная рвота. В отличие от острого аппендицита, температура часто не повышаетсмя. При остром панкреатите уже в начале заболевания состояние больного бывает тяжелым. снижается артериальное давление. Живот умеренно вздут в верхних отделах. Здесь же определеяется напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Характерным для острого панкреатита является повышение содержания в плазме альфа-амилазы и в моче - диастазы.

Острая кишечная непроходимость. Иногда симптомы этого заболевания заставляют отличать его от острого аппендицита. Особенно часто это бывает у больных пожилого возраста с опухолью толстой кишки. В дифференциальном диагнозе помогают такие признаки, как характерный для непроходимости схваткообразный характер болей, вздутие и асимметрия живота, задержка стула и газа, пальпируемое в животе образование, усиление перистальтических шумов. Рентгенологически удается выявить "чаши" Клойбера.

Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Для перфоративной язвы характерно острое начало заболевания с появлением "кинжальных" болей в эпигастральной области, которые затем могут переместиться в правую подвздошную область. Интенсивнсоть их затем несколько уменьшается. Уже в начале заболевания имеется выраженное напряжение передней брюшной стенки, которое затем также ослабевает. При перкуссии живота - отсутствие печеночной тупости, притупление в отлогих местах живота за счет наличия свободной жидкости в брюшной полости. Свободный газ в брюшной полости можно также выявить при обзорной рентгенографии. При трудном дифференциальном диагнозе в стадии разлитого перитонита хирург обязан и при том, и при другом заболевании выполнить лапаротомию.

Заболевания внутренних женских половых органов.

Острые воспалительные заболевания. При остром воспалении придатков матки боли чаще всего возникают после менструации, локализуются в нижних отделах живота (над лоном) и менструации, локализуются в нижних отделах живота (над лоном) и иррадиируют в крестец. Отмечается болезненность при смещении шейки матки (положительный симптом Промптова). Пальпируется инфильтрат в области правых придатков. При окраске по Граму мазков влагалищного содержимого выявляются внутриклеточные диплококки.

Нарушенная внематочная беременность. Боли в нижних отделах живота, сопровождаются при этом клиническим признаками кровопотери, гиповолемии: головокружение, слабость, сухость во рту, тахикардия. Иногда бывает коллапс. В анамнезе удается выяснить факт задержки месячных. При вагинальном исследовании можно обнаружить опухолевидное образование в области придатков матки стой или другой стороны. Пункция свода влагалища может выявить наличие крови. При анализе крови - анемия.

Перекрут кисты или опухоли яичника справа. Боли носят резкий характер, локализуются в нижних отделах над лоном, часто не сопровождаются подъемом температуры. При бимануальном исследовании (через брюшную стенку и влагалище) определяется болезненное образование.

Разрыв Граафова пузырька возникает в середине менструального цикла. Имеются боли и определяется болезненность над лоном. Отсутствуют лихорадка и аппендикулярные симптомы.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**,** злокачественная опухоль молочной железы. Частота рака молочной железы наиболее высока в странах Западной Европы и Северной Америки. Среди женщин США это наиболее распространенный вид рака, на его долю приходится 27% всех новых случаев раковых заболеваний за год. У женщин моложе 40 лет встречается редко. Самая высокая частота регистрируется в возрастной группе от 45 до 65 лет. Важнейшим методом выявления рака молочной железы все еще остается пальпация (прощупывание). Лучший способ не пропустить возникновение опухоли – частое врачебное освидетельствование и ежемесячный самоосмотр. В случае обнаружения припухлости или узелка может потребоваться биопсия – небольшая хирургическая операция, при которой удаляют весь узелок или его часть для микроскопического исследования. Подозрительными признаками, при появлении которых необходимо обратиться к врачу, являются кровянистые выделения из соска, участки постоянной болезненности или "напряжения" в молочной железе и образование ранки (ссадины) на соске.

Важным достижением в диагностике стало внедрение рентгенологического исследования молочной железы посредством т.н. маммографии, позволяющей обнаруживать очень мелкие, непрощупываемые очажки роста опухоли. Женщинам старше 50 рекомендуется проводить маммографию ежегодно. Однако некоторые врачи скептически относятся к таким рекомендациям, опасаясь канцерогенного влияния частого рентгеновского облучения. Другой метод – термография – обладает меньшей точностью, поскольку при этом регистрируется лишь повышенное выделение тепла измененной тканью молочной железы. Этот метод применяется для выявления женщин, которых следует направлять на маммографию или биопсию. Когда присутствие рака установлено, необходимо определить распространенность процесса – произвести оценку его стадии. Международная система классификации рака по стадиям, используемая в настоящее время повсеместно, предусматривает учет размеров опухоли, состояния лимфоузлов и наличия метастазов, т.е. распространения процесса на другие области тела.

Мастодения (масталгия, болезнь Купера) - боль в грудной железе. У женщин в пременопаузе мастодения может проявляться в виде чувства дискомфорта, возникающего перед менструацией. Причина - нагрубание молочных желёз, обусловленное венозным застоем и отёчностью стромы перед менструацией, в это время молочная железа увеличивается в объёме более, чем на 15%. Терапию проводят одновременно с лечением предменструального синдрома. Назначают диуретики, нарколут, бромкрептин, прегнин, парлодел.

Фиброаденома - наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль молочной железы, чаще встречается у женщин в возрасте от 15 до 35 лет, в 90% - в виде одиночного узла. Опухоль состоит из пролиферирующих эпителиальных элементов и соединительной ткани. Клинически определяетсяплотно-эластической консистенции образование, 1-4 см в диаметре, не спаянное с окружающими тканями, с ровной поверхностью, с чёткими контурами, пальпация безболезненная. Вероятность малигнизации фиброаденомы 1%. Диагностика: маммография, УЗИ

Листовидная фиброаденома - гигантская фиброаденома, состоящая из большого числа клеточных компонентов и имеющая характерную слоистую структуру, хорошо отграничена от окружающих тканей, однако настоящей капсулы не имеет, часто спаяна с кожей, имеет тенденцию к быстрому росту. Малигнизируется редко.

Аденома - редко встречающееся заболевание молочной железы. Обычно чётко отграничена от окружающей ткани молочной железы. Лечение - секторальная резекция молочной железы.

Мастопатия. Фиброзно-кистозная болезнь, характеризующаяся нарушением гормональной регуляции ткани молочной железы с нарушением соотношения эпителиального и соединительнотканного компонентов. Изменения включают гиперплазию, пролиферацию долек, протоков, соединительной ткани, а также регрессивные процессы - атрофию, фиброз, образование кист.

Фиброзно-кистозная мастопатия (ФКМ) возникает у 30-40% женщин, пик заболевания приходится на 45 лет и характеризуется множественными и, как правило, двусторонними кистозными образованиями, склонными к изменениям в течение менструального цикла.

**Предоперационный эпикриз**

Наличие у больной клиники абсцесса левой молочной железы является показанием для оперативного вмешательства. Планируется операция: вскрытие, дренирование абсцесса .

обезболивание : общее

группа крови : (0) I Rh-

аллергологический анамнез не отягощен.

Больная ознакомлена с объемом, характером оперативного вмешательства и возможными осложнениями. Согласие больной на операцию получено.

**Протокол операции**

Дата: 31.03.2010 г. Время 11.30

Операция : Вскрытие , дренирование абсцесса левой молочной железы..

Под общей анестезией, после обработки операционного поля раствором хлоркегсидина дважды в проекции гнойника произведен радиальный разрез 4,0 см выделилось 40,0 мл сливкообразного гноя, полость гнойника ревизована, расположена интрамаммарно в субареолярной зоне верхне-внутреннего квадранта. Санация раствором фурацилина, перекиси водорода. Дренирована резиновым выпускником, повязка с левомеколем.

Оператор :

Анестезиолог:

Опер.сестра:

План лечения.

1. Стол 15

2. Режим палатный

3. S. Ceftriaxoni 1,0 в/м 1р.

4. S. Ketonali 2,0 в/м 2р

5. Ежедневные перевязки с левомеколем

Дневники курации.

|  |  |
| --- | --- |
| 18.01.10  Состояние средней тяжести, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное. Жалобы на боли в области послеоперационного шва. Объективно:  Кожные покровы обычной окраски. Видимые слизистые бледные, без патологических изменений. Температура тела 37,2 С. Артериальное давление 130/80 мм ртутного столба. Пульс симметричный, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, 73 в минуту. Над всей поверхностью лёгких выслушивается везикулярное дыхание.  Локально: Отек, гиперемия молочной железы несколько уменьшилось, послеоперационная рана 4,0 на 1,5 см. с умеренным количеством гнойного отделяемого. Физиологические отправления в норме. | 1. Стол 15  2. Режим палатный  3. S. Ceftriaxoni 1,0 в/м 1р.  4. S. Ketonali 2,0 в/м 2р  5. Ежедневные перевязки с левомеколем |
| 13.04.10  Состояние без отрицательной динамики. | Назначения те же. |

Этапный эпикриз.

Больная ФИО, 28 лет находится на стационарном лечении в хирургическом отделении КККБ№1 с 31.03.10 с диагнозом: Абсцесс левой молочной железы. 31.03.10 проведена операция: Вскрытие абсцесса, дренирование левой молочной железы.

В послеоперационном периоде проводится лечение:

Стол №15

Режим постельный

S. Ceftriaxoni 1,0 в/м 1р.

S. Ketonali 2,0 в/м 2р

Ежедневные перевязки с левомеколем

На фоне получаемой терапии отмечается положительная динамика. Рекомендовано дальнейшее лечение до полного выздоровления.