**Паспортные данные.**

Фамилия: xxxxxxxxxxxxxx
Имя: xxxxxxxxxxxxx
Отчество: xxxxxxxxxxxxx
Возраст: 20 лет.
День/Месяц/Год рождения: xx/04/1981 года
Пол: мужской.
Профессия: нет.
Место работы: не работает.
Семейное положение: не женат, детей нет.
Домашний адрес: г. Великий Новгород, ул. xxxxxxxxxx, д. xx/x.
Дата поступления в больницу: 08 марта 2001 г.
Время поступления в больницу: 14 ч. 05 мин.
Направлен на госпитализацию врачом скорой помощи.
Доставлен по экстренным показаниям через 8 часов после начала заболевания.
Диагноз направившего учреждения: **острый аппендицит**.
Клинический диагноз:
Основное заболевание: **острый флегмонозный аппендицит**.
Осложнения основного заболевания: **тифлит, терминальный илеит**.
Сопутствующие заболевания: **гастрит, последствия черепно-мозговой травмы**.

**Жалобы больного при поступлении.**

Обратился с жалобами на постоянные режущие боли в правой подвздошной области, усиливающиеся при движениях, тошноту, рвоту пищей, слабость. Перечисленные симптомы появились около 6 часов утра 8 марта 2001 года.

**Заключение по жалобам.**

Режущие боли в животе, тошнота, рвота могут свидетельствовать о патологии органов брюшной полости. Локализация болей в правой подвздошной области может быть следствием воспаления червеобразного отростка (?). То, что симптомы развились за небольшой срок, указывает на острое начало заболевания.

**Анамнез болезни**
(anamnesis morbi).

Накануне заболевания занимался тяжелым физическим трудом (толкал машину).
Со слов больного около 6 часов утра 8 марта появились сильные боли в животе режущего характера (сначала они были не локализованные, а потом локализовались в правой подвздошной области). Появилась тошнота и рвота пищей (с частотой примерно 4 раза в час). Принял 4 таблетки активированного угля. Симптомы не уменьшились. В 13 ч. 30 мин. была вызвана скорая помощь.
Врач скорой помощи доставил пациента в больницу.

**Анамнез жизни.**
(anamnesis vitae).

Аллергологический анамнез:
лекарственной и другой аллергии нет.

Эпидемиологический анамнез:
Наличие туберкулеза, вирусного гепатита, венерических заболеваний отрицает.

**Объективное исследование больного при поступлении.**
Status praesens objectivus.

**Оценка тяжести общего состояния больного.**

Состояние средней степени тяжести.
Сознание сохранено.
Кожные покровы бледные.
Дыхание везикулярное, выслушивается в нижних отделах хорошо; хрипов нет.
ЧД 18 в минуту.
Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 72 удара в минуту.
АД 120/80 мм ртутного столба.
Язык влажный.
Живот не вздут, правая половина несколько отстает от левой при дыхании, напряжен, при пальпации болезненный.

**Местные изменения.**
(status localis).

Ран, шрамов на передней брюшной стенке не обнаружено.
Живот напряжен, при пальпации (особенно в правой подвздошной области) болезненный.
Симптом **Щеткина-Блюмберга** (медленное надавливание на переднюю брюшную стенку всеми сложенными вместе пальцами кисти с последующим их быстрым отнятием, симптом считается положительным при появлении или усилении болей в момент отнятия пальцев) положительный.
Симптом **Ровзинга** (собранными вместе пальцами левой руки надавливают на переднюю стенку живота, соответственно месту расположения нисходящей ободочной кишки; не отнимая левой руки, пальцами правой надавливают на вышележащий участок нисходящей ободочной кишки; симптом считается положительным, если при надавливании правой рукой возникает или усиливается боль в правой подвздошной области) положительный.
Симптом **Ситковского** (появление или усиление болей в правой подвздошной области при поворачивании больного со спины на левый бок и в положении на левом боку) положительный.
Симптом **Воскресенского** положительный.
Симптом **Раздольского** (болезненность в правой подвздошной области при перкуссии передней брюшной стенки) положительный.
Симптом **Крымова** отрицательный.
Поясничный симптом отрицательный.
Кашлевой симптом положительный.
Симптом **Пунина** (болезненность при надавливании пальцем на область поперечного отростка II - III поясничного позвонка) отрицательный.

**Заключение по объективному исследованию.**

Исходя из осмотра больного, можно предположить наличие патологии со стороны органов брюшной полости, а также вовлечение в процесс брюшины. Об этом свидетельствуют положительные симптомы Щеткина - Блюмберга, Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Раздольского, кашлевой симптом, болезненность при пальпации живота (особенно правой подвздошной области).

**Предварительный диагноз.**

На основании жалоб больного на интенсивные, режущие боли в правой подвздошной области, тошноту, рвоту, слабость;
на основании анамнеза болезни, из которого следует, что накануне заболевания пациент занимался тяжелым физическим трудом (толкал машину), симптомы заболевания развились за небольшой промежуток времени; прием активированного угля их не уменьшил;

на основании данных объективного исследования: положительные симптомы Щеткина - Блюмберга, Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Раздольского, кашлевой симптом, болезненность при пальпации живота (особенно правой подвздошной области),- можно поставить предварительный диагноз основного заболевания:
**острый аппендицит**.

**Дифференциальный диагноз.**

**С острым панкреатитом.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| признак | острый панкреатит | острый аппендицит |
| заболевания печени и желчевыводящих путей в анамнезе | +++ | -/+ |
| злоупотребление алкоголем | +++  | -/+ |
| характер и локализация боли | чаще всего внезапная, резкая, порой очень сильная, в верхней половине живота, с иррадиацией в спину, в лопатку и за грудину.  | нарастающая по интенсивности, локализуется преимущественно в правой подвздошной области |
| симптом Щеткина-Блюмберга | -/+если есть, то локализуется в верхней половине живота  | ++++  |
| анемия  | ++ | -/+  |
| протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия | +++ | -/+ |
| повышение уровня ЛДГ, трансаминаз крови | ++++ | - |

**С острым холециститом.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| признак  | острый холецистит | острый аппендицит |
| заболевания печени и желчевыводящих путей в анамнезе | +++  | -/+ |
| характер и локализация боли | возникают остро, внезапно, после обильной еды, локализуются в правом подреберье, "подложечной" области или распространяются на всю зону эпигастрии, иррадиируют в правое плечо, лопатку, правую половину шеи  | нарастающая по интенсивности, локализуется преимущественно в правой подвздошной области |
| симптом Захарьина (боль при поколачивании кончиками пальцев по области проекции желчного пузыря)  | +++  | -/+ |
| симптом Щеткина-Блюмберга  | -/+если есть, то локализуется в верхней половине живота  | ++++ |
| симптом Кера (усиление болезненности на высоте вдоха при обычной пальпации в правом подреберье)  | +++  | -/+  |
| симптом Мерфи (резкая боль на вдохе при предварительно введенных пальцах кисти в правое подреберье)  | +++  | -/+  |
| симптом Ортнера (резкая боль при легком поколачивании ребром кисти по правой реберной дуге)  | +++  | -/+  |

**С острой кишечной непроходимостью.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| признак  | острая кишечная непроходимость  | острый аппендицит  |
| симптом Склярова (шум плеска в кишке при легком ее сотрясении)  | +++  | -  |
| наличие на Rg-грамме "чаш Клойберга"  | +++  | -  |
| симптом Валя (через брюшную стенку у субтильных пациентов можно увидеть перистальтику кишечника)  | +++  | -  |
| Симптом Кивуля (перкуторно тимпанит с металлическим оттенком)  | +++  | -  |

**С язвой желудка и 12-перстной кишки.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| признак  | язвенная б-нь желудка и 12-п кишки  | острый аппендицит |
| характер и локализация боли | возникают после приема пищи (язва желудка), ночные "голодные" боли | нарастающая по интенсивности, локализуется преимущественно в правой подвздошной области  |
| исчезновение болей после рвоты, приема антацидов  | +++  | -  |
| изжога в анамнезе  | +++  | +/-  |
| рвота кровью, рвота кислым  | +++  | -  |

**План обследования.**

Лабораторные исследования: общий [анализ крови](http://gradusnik.ru/rus/doctor/lab/k-oakprog/), биохимический анализ крови, анализ на глюкозу крови, реакция Вассермана, общий анализ мочи, биохимический анализ мочи. Инструментальные исследования: измерение температуры тела в подмышечной области.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

Реакция Вассермана от 08.03.2001: отрицательная.

Общий анализ крови от 08.03.2001:
лейкоциты - 21,4 · 109 /л

Общий анализ мочи от 08.03.2001:
кол-во 150,0 мл
цвет желтый
мутная
уд.вес 1,021
реакция кислая
белок - нет лейкоциты - 1 - 2 в поле зрения
эритроциты - нет
цилиндры гиалиновые нет
эпителий плоский - 1 - 2 в поле зрения.

t0C от 08.03.2001 14ч. 30 мин:
36,80С

**Заключение по данным лабораторного и инструментального исследования.**

Данные лабораторного исследования крови: лейкоцитоз (08.03.2001 лейкоциты - 21,4·109 /л) свидетельствуют о наличии воспалительного процесса.

**Предоперационный эпикриз.**

На операцию на 08 марта 2001 года подготовлен больной Беляков Евграф Вячеславович, 20 лет, с диагнозом острый аппендицит.
Диагноз поставлен на основании:
- жалоб больного на интенсивные, режущие боли в правой подвздошной области, тошноту, рвоту, слабость;
- данных анамнеза, из которого следует, что накануне заболевания пациент занимался тяжелым физическим трудом (толкал машину), симптомы заболевания развились за небольшой промежуток времени; прием активированного угля их не уменьшил;
- данных объективного исследования: положительные симптомы Щеткина - Блюмберга, Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Раздольского, кашлевой симптом, болезненность при пальпации живота (особенно правой подвздошной области);
- данных лабораторных и инструментальных исследований: лейкоцитоз (лейкоциты - 21,4·109).
Поставленный диагноз является абсолютным показанием к операции.
Заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной систем не отмечено.
Степень риска по классификации Московского общества анестезиологов и реаниматологов (1989 г.) III (значительная).
Группа крови А (II),
Rh (+) положительный.
Согласие больного получено.
Оперируют: хирург - Березкин И.Г.
      ассистент - Ильин Г.М.
      анестезиолог - Семенов Ю.В.
Премедикация:
14 часов 30 минут
Solutionis Atropini sulfatis 0,1% - 0,5 подкожно
Solutionis Dimedroli 1% - 1,0 подкожно.

**Протокол операции.**

Дата 08.03.2001 г. Начало 15.05 Конец 16.05.
Операция: аппендэктомия, ревизия брюшной полости.
Хирург - Березкин И.Г.
Ассистент - Ильин Г.М.
Операционная сестра - Иванова А.В.
Анестезиолог - Семенов Ю.В.

Вид обезболивания - комбинированный интубационный наркоз.

Описание операции.
Положение больного на спине.
Доступ из разреза **Волковича-Дьяконова**.
Произведен косой разрез длиной 10 см в правой подвздошной области (середина разреза проходит на границе средней и наружной третей линии, соединяющей переднюю верхнюю ость подвздошной кости с пупком). Пересечены и перевязаны ветви a. epigastrica superficialis. Произведен разрез апоневроза наружной косой мышцы живота. Введенными под апоневроз куперовскими ножницами он был отслоен от подлежащих мышц и рассечен на всем протяжении кожного разреза. Далее, сомкнутыми браншами ножниц тупо были раздвинуты волокна косой и поперечных мышц, а также поперечная фасция.
Края раны были разведены тупыми крючками. Далее была рассечена брюшина.
Со стороны правого бокового канала была найдена слепая кишка, купол ее вместе с червеобразным отростком был выведен из операционной раны. Червеобразный отросток отечен, напряжен, слепая кишка в районе отростка плотная, терминальная часть подвздошной кишки гиперемирована.
На свободный край брыжейки у верхушки червеобразного отростка был наложен кровоостанавливающий зажим, в брыжейку было введено 15 мл 0,25% раствора новокаина, после чего на нее был наложен кровоостанавливающий зажим и она была отсечена.
Червеобразный отросток у основания был пережат кровоостанавливающим зажимом, перевязан кетгутом по основанию. Вокруг основания отростка был наложен серозно-мышечный кисетный шов. Выше лигатуры, лежащей на основании отростка, был наложен кровоостанавливающий зажим, затем между ним и лигатурой отросток был отсечен и направлен на гистологическое исследование.
Культя отростка была смазана спиртовым раствором йода и погружена в ранее наложенный кисетный шов, после чего он был затянут. Кисетный шов был завязан двумя узлами, поверх него был наложен Z-образный шов. Брюшная полость была обследована на наличие выпота (в правой подвздошной области выпота нет). Брюшина была зашита непрерывным кетгутовым швом. На мышечную рану были наложены узловые кетгутовые швы до сближения краев мышцы, на апоневроз наружной косой мышцы - шелковые швы, далее были ушиты подкожная клетчатка и кожа. Наложена асептическая повязка.
По окончании операции больной проснулся, в 16.25 он был переведен под наблюдение врача в хирургическое отделение.
Окончательный диагноз: острый флегмонозный аппендицит, тифлит, терминальный илеит.

**Жалобы на момент осмотра**

. На момент осмотра жалуется на слабость.

Жалобы со стороны нервной системы: утром, со слов больного, ощущал не сильные головные боли давящего характера, небольшое головокружение и шум в ушах. Данные симптомы отмечает на протяжении 15 лет каждое утро, после перенесенной черепно-мозговой травмы. На момент курации жалоб не предъявляет. Засыпает хорошо. Спит крепко. Настроение ровное, спокойное.

Со стороны органов чувств жалоб не предъявляет. Снижения зрения и слуха, извращения вкуса не отмечает.

Со стороны сердечно-сосудистой системы на момент курации жалоб не отмечает. Отеков, сердцебиения, перебоев в сердце, болей, кровохарканья пациентка не отмечает.
Со стороны органов дыхания жалоб не предъявляет. Болей в грудной клетке, кашля, одышки не отмечает. Носовых и легочных кровотечений не отмечает.

Со стороны органов желудочно-кишечного тракта на момент осмотра жалоб не предъявляет. Горечи во рту и запаха изо рта не отмечает. Глотание свободное. Кровотечений из пищевода не отмечает. Рвоты, тошноты, изжоги, отрыжки не отмечает. Похудания не отмечает. Был жидкий стул после операции. Газы отходят.

Со стороны системы органов мочевыделения жалоб не предъявляет. Отеков, нарушения мочеотделения нет. Мочеиспускание безболезненное. Окраска мочи желтая. Примесей крови в моче нет. Болей в области поясницы не отмечает. Непроизвольного мочеиспускания не отмечает. Со стороны половой системы жалоб не предъявляет. Болей в нижней части живота не отмечает.

Со стороны эндокринной системы жалоб не предъявляет. Повышенной психической возбудимости, ухудшения памяти, раздражительности, шума в ушах, кожного зуда, потливости, сердцебиения, зябкости, повышенной жажды не отмечает. Засыпает быстро, сон глубокий.

Со стороны опорно-двигательного аппарата жалоб не предъявляет. Болей в мышцах, костях и суставах не отмечает. Припухлостей и затруднения движения в суставах не отмечает.

**Заключение по жалобам.**

На момент курации больной жалоб не предъявляет, что может свидетельствовать о хорошем течении послеоперационного периода. Утром отмечал не сильные головные боли давящего характера, небольшое головокружение и шум в ушах. Данные симптомы появляются каждое утро на протяжении 15 лет, после перенесенной черепно-мозговой травмы (последствия черепно-мозговой травмы, нарушения циркуляции ликвора (?)).

**Анамнез жизни**
(anamnesis vitae.)

Родился в 1981 году Новгороде. Возраст родителей больного при ее рождении: матери - 25 лет, отцу - 27 лет. Родился в срок. Был четвертым ребенком в семье (есть три старших сестры). Ходить и говорить начал вовремя. Со слов больного, рахитом не болел. Живет вмести с родителями и одной из сестер в частном доме (2 комнаты). Простудными заболеваниями в детстве болел редко.

В 5 лет перенес черепно-мозговую травму (лечился у хирурга), после чего стал отмечать не сильные головные боли давящего характера, небольшое головокружение и шум в ушах. Данные симптомы появляются практически каждое утро, похожая симптоматика появляется и при изменении погоды. У невропатолога не консультировался. Участковый врач назначил таблетки, какие, больной сказать затрудняется. Принимает их почти каждое утро. В школу пошел с семи лет, учиться было тяжело. Причиной этого пациент считает черепно-мозговую травму, перенесенную в детстве. Закончил 10 классов. Со слов больного, перенес ветряную оспу. Два года назад сломал нос, лечился у хирурга. На учете у невропатолога не стоит.

Питается нерегулярно. С 16 лет больной стал отмечать ноющие боли в эпигастральной области, возникающие после приема пищи, особенно острой, копченой. При появлении болей не ест, выпивает активированный уголь (со слов больного, это ему помогает). Частота возникновения болей 1-2 раза в месяц. Отмечает отрыжку кислым (2-3 раза в неделю), рвоту пищей, приносящую облегчение (1-2 раза в месяц). Поносов и запоров не отмечает. Обращался по этому поводу к участковому врачу, ФГДС сделать не удалось. Лечение назначено не было.

Образование среднее. Не работает, помогает по хозяйству.

Острыми респираторными заболеваниями болеет не часто (1 - 2 раза в год).

Семейный анамнез.
Не женат, детей нет.

Бытовой анамнез.
Семья состоит из трех взрослых человек. Проживают в частном доме (2 комнаты), нет горячей воды. Санитарное состояние квартиры удовлетворительное. Материально обеспечены удовлетворительно.

Вредные привычки.
Алкоголем не злоупотребляет. Не курит. Употребление наркотиков и психотропных веществ отрицает.

Эпидемиологический анамнез.
Наличие туберкулеза, венерических заболеваний, вирусного гепатита, малярии отрицает.

Аллергологический анамнез.
Лекарственной и другой аллергии нет.

Наследственный анамнез:
Отец 47 лет - хронический гастрит и язвенная болезнь желудка.
Мать 45 лет - здорова.
Сестры - здоровы.
Со слов больного, эндокринных, онкологических, психических заболеваний, заболеваний сердечно-сосудистой системы в семье нет.

**Заключение по анамнезу.**

Исходя из наследственного анамнеза, можно сделать вывод о предрасположенности больного к развитию заболеваний желудка (у отца больного хронический гастрит и язвенная болезнь желудка). Развитию патологии ЖКТ также может способствовать нерегулярное питание. Ноющие боли в эпигастральной области, возникающие после приема пищи, особенно острой, копченой, отрыжка кислым, рвота пищей, приносящая облегчение могут быть причиной заболевания желудка.
Черепно-мозговые травмы, перенесенные пациентом в 5 и в 18 лет, могут быть причиной не сильных головных болей давящего характера, небольшого головокружения, шума в ушах, появляющихся по утрам и при смене погоды.

**Объективное исследование больного во время курации** (12.03.2001).
Status praesens objectivus.

**Общий осмотр больного.**

Общее состояние больной средней тяжести.
Температура 37,7о С.
Сознание ясное.
Положение в постели активное.
Конституциональный тип - нормостенический.
Телосложение правильное, деформаций и уродств туловища, конечностей и черепа нет.

Рост 168см, вес 62 кг.
Степень упитанности по индексу Брокка:
[масса тела (кг) / (рост (см) - 100)] 100%
[62 / (168 - 100)] 100% = 91,2%
Полученный результат соответствует норме (80 - 110%).

Форма головы правильная, непроизвольных движений головы нет.
Отека век нет, косоглазия нет.
Кожа смуглая. Выраженного цианоза, иктеричности и участков патологической пигментации не наблюдается. Влажность, тургор и эластичность кожи соответствуют норме. Сыпи, расчесов, рубцов, видимых опухолей нет. Видимые слизистые розового цвета, чистые, желтушного прокрашивания уздечки языка и склер нет. Конъюнктива глаз розовая. Волосяной покров - развит соответственно возрасту. Оволосение по мужскому типу. Грибкового поражения не отмечено. Повышенной ломкости ногтей не отмечено. Осмотр проводился при естественном освещении. Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Отёков не выявлено. Наличия крепитации не выявлено.

При наружном осмотре лимфатические узлы не визуализируются. Затылочные, околоушные, подбородочные, подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

Грудные железы симметричны, безболезненны и однородны при пальпации.

Мышцы развиты умеренно, при пальпации безболезненны, без уплотнений.
Тонус мышц сохранен.
Суставы не деформированы, при пальпации безболезненны. Ограничения подвижности не наблюдается. При движении хруст и боль отсутствуют.

Телосложение правильное. Осанка правильная. Половины тела симметричны. Деформаций грудной клетки нет. Углы лопаток направлены вниз.
Физиологические изгибы позвоночника выражены в достаточной мере, патологических изгибов нет.
Кости не деформированы, при пальпации безболезненны. Концевые фаланги пальцев рук не утолщены.

**Система органов дыхания.**

Дыхание свободное, через нос. Отделяемого из носа нет. Болей самостоятельных или при давлении и поколачивании у кончика носа, на местах лобных и гайморовых пазух не наблюдается. Одышки нет. Голос обычный. Носового кровотечения не выявлено.
Слизистая зева не гиперемирована. Миндалины не увеличены.
Грудная клетка конической формы (нормостеническая), симметричная. Ширина межреберных промежутков 1,5 см. Лопатки прилегают плотно. Надключичные и подключичные ямки обозначены слабо, выражены одинаково справа и слева.
Тип дыхания смешанный. Дыхание глубокое, ритмичное. Движение грудной клетки при дыхании равномерное.
Частота дыхания 18 в минуту.
Грудная клетка при пальпации безболезненная, эластичная.
Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково.
При сравнительной перкуссии в симметричных участках определяется ясный легочный звук над всей грудной клеткой, очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.
Топографическая перкуссия легких.

|  |
| --- |
| Нижние границы легких: |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | 5 межреберье | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l.axillaris media  | 8 ребро | 8 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapularis  | 10 ребро | 10 ребро |
| l.paravertebralis | ост. отросток 11 гр. позв. | ост. отросток 11гр. позв. |

|  |
| --- |
| Высота стояния верхушек легких: |
|   | слева | справа |
| спереди | 3 см над ключицами |
| сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

|  |
| --- |
| Подвижность нижних краев легких: |
| Топографич. линия | Подвижность нижнего края легкого (см) |
| правого | левого |
| вдох | выдох | суммар | вдох | выдох | суммар |
| среднеключ | 2 | 2 | 4 | - | - | - |
| среднеподмыш | 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |
| лопаточная | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |

Ширина полей Кренига слева и справа по 5 см.
Дыхание везикулярное. Хрипы, крепитация, шум трения плевры не выслушиваются.

**Сердечно-сосудистая система.**

Пульс симметричный, ритмичный, обычного напряжения и наполнения. Форма (скорость) пульса не изменена. Частота 72 удара в минуту. Дефицита пульса нет. Пульс на обеих руках одинаковый. Сосуды при внешнем осмотре не изменены. Варикозного расширения вен нет. Пальпируется пульсация лучевых, височных, сонных, подключичных, бедренных, подколенных, подмышечных, плечевых артерий, артерий стопы. Патологической пульсации на теле не наблюдается. Капиллярный пульс не определяется.

Артериальное давление 120/80 мм Hg.

Грудная клетка в области сердца не изменена. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, локализованный (шириной 1 см), низкий, не усиленный, не резистентный. Сердечный толчок отсутствует. Диастолическое, систолическое дрожание, симптом, "кошачьего мурлыканья" не определяются. Надчревной пульсации не обнаружено.

Перкуссия сердца.

Границы относительной тупости сердца.
Правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины в IV-ом межреберье;
Левая - в V-ом межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии;
Верхняя - на III ребре (по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины).
Поперечный размер относительной тупости сердца - 12 см.
Конфигурация сердца нормальная.
Ширина сосудистого пучка 6 см на уровне второго межреберья.

Границы абсолютной тупости сердца.
Правая граница по левому краю грудины.
Левая граница на 2 сантиметра кнутри от среднеключичной линии в V межреберье.
Верхняя граница на IV ребре.
Аускультация. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Раздвоения или расщепления тонов сердца не выявлено. Частота сердечных сокращений 72 удара в минуту. Шумов нет.

**Система органов желудочно-кишечного тракта.**

Губы бледно-розовые, влажные. Трещины, изъязвления, высыпания отсутствуют. Язык розового цвета, нормальной формы и величины, спинка языка не обложена, сосочки хорошо выражены. Слизистая языка влажная, без видимых дефектов. Десны розовые, кровотечений и дефектов нет. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены.
Ротовая полость не санирована, наблюдаются кариозные зубы I и II премоляры слева.
Слюнные железы не увеличены, безболезненны.
Запаха изо рта не наблюдается.

Исследование живота:
Осмотр.
Живот нормальной формы, симметричен. Вздутие живота не наблюдается. Перистальтические движения не видны. Пупок втянутый. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Рубцов и других изменений кожных покровов не отмечается. Грыжи не выявлены. Живот участвует в дыхании.

Перкуссия.
При сравнительной перкуссии отмечается кишечный тимпанит разной степени выраженности. При перкуссии отмечается болезненность. Симптом Василенко (шум плеска справа от средней линии живота) отсутствует, что свидетельствует о том, что желудок не наполнен. В правой подвздошной области выявлена локальная перкуторная болезненность.
Поверхностная ориентировочная пальпация. Живот напряжен, при пальпации болезненный. Симптом Щёткина - Блюмберга положительный. Расхождение мышц живота, грыж белой линии не выявлено.
Глубокая методическая скользящая пальпация по Образцову - Стражеско. Не проводилась в связи с перенесенной операцией.

При аускультации живота определяются (на слух) отдельные перистальтические волны, отхождение газов не прослушивается. Пальцевое исследование прямой кишки не проводилось.

Поджелудочная железа Болезненности при поверхностной пальпации и напряжение мышц брюшного пресса в области проекции поджелудочной железы (симптом Керте) не выявлено.

Исследование печени и желчного пузыря:
При пальпации печень мягкая, гладкая, безболезненная, край острый, расположен у края реберной дуги.

При аускультации шума трения брюшины не отмечается.

Перкуторное определение границ абсолютной печеночной тупости по Образцову-Стражеско.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| линии | верхняя граница | нижняя граница | высота печеночной тупости (см) |
| parasternalis dextra | у верхнего края VI ребра | на 2 см ниже края реберной дуги | 9,0 |
| medioclavicularis dextra | на VI ребре | на нижем крае реберной дуги | 10,0 |
| axillaris anterior dextra | на VII ребре | на X ребре | 11,0 |

Перкуторное определение размеров печени по Курлову.
По правой среднеключичной линии - 9 см;
По передней срединной линии - 7 см;
По краю реберной дуги - 6 см.

Желчный пузырь не пальпируется.

Исследование селезенки
При перкуссии (по методу Образцова) по линии, соединяющей грудино-ключичное сочленение со свободным концом XI ребра (она проходит на 4 см латеральнее левой реберно-суставной линии), определены следующие границы селезеночной тупости:
верхняя граница - на уровне \_X ребра,
нижняя граница - на уровне X\_ ребра.
Передняя граница селезеночной тупости не выходит за linea costoarticularis sinistra.
Размеры селезеночной тупости:
поперечник - 6 см,
длинник - 7 см.
Селезенка не пальпируется.
Шум трения брюшины над селезенкой не прослушивается.

**Система органов мочевыделения.**

Визуально припухлости в почечной области не выявляется. Почки бимануально не пальпировались из-за перенесенной операции. Симптом поколачивания отрицательный.
Мочевой пузырь безболезненный, обычной величины.

**Система половых органов.**

Половые органы развиты правильно, оволосение по мужскому типу. Развитие первичных и вторичных половых признаков соответствует возрасту.

**Эндокринная система.**

Мелкий тремор пальцев вытянутых рук и экзофтальм отсутствуют. Повышенного блеска или тусклости глазных яблок не наблюдается. На передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется.

**Нервная система и органы чувств.**

Обоняние и вкус не изменены. Реакция зрачков на свет, функция слухового аппарата не нарушены. Расстройств речи нет. Нарушения функционирования вестибулярного аппарата не выявлено.
Движения мимической мускулатуры свободные. Тремор не наблюдается.
При пальпации по ходу нервных стволов болезненности нет. Менингеальные симптомы отсутствуют.
Дермографизм красный.
Умственное развитие соответствует возрасту.

**Местные изменения.**
(status localis).

На передней брюшной стенке в правой подвздошной области видна ушитая рана длиной 10 см. Нагноения не отмечено.

**Заключение по системам органов.**

Наличие положительного симптома Щеткина-Блюмберга свидетельствует о вовлечении париетального листка брюшины в воспалительный процесс.
Отклонений от нормы в дыхательной, сердечно-сосудистой, мочеполовой, эндокринной и нервной системе и органах чувств при осмотре не обнаружено.

**Предварительный диагноз сопутствующих заболеваний.**

На основании жалоб больного на ноющие боли в эпигастральной области, возникающие после приема пищи, особенно острой, копченой, отрыжку кислым, рвоту пищей, приносящую облегчение;
на основании данных анамнеза жизни, где говорится, что вышеуказанные симптомы появились 4 года назад, что по этому поводу пациент обращался к врачу, но в результате невозможности провести ФГДС диагноз не был поставлен (со слов больного), что питается пациент нерегулярно;
на основании данных наследственного анамнеза: у отца больного хронический гастрит и язвенная болезнь желудка,-
можно поставить предварительный диагноз сопутствующего заболевания:
**гастрит.**

На основании жалоб больного на не сильные головные боли давящего характера, небольшое головокружение и шум в ушах, появляющиеся по утрам и при смене погоды на протяжении 15 лет; На основании анамнеза жизни, где говорится, что в пятилетнем возрасте больной перенес черепно-мозговую травму,-
можно поставить предварительный диагноз сопутствующего заболевания:
**последствия черепно-мозговой травмы.**

**Предварительный диагноз сопутствующих заболеваний:**

Гастрит, последствия черепно-мозговой травмы.

**План обследования.**

Лабораторные исследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ на глюкозу крови, общий анализ мочи, биохимический анализ мочи.
Инструментальные исследования: ЭКГ, ФГДС, ЭЭГ, термометрия.
Консультация гастроэнтеролога, невропатолога.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

Общий анализ крови от 09.03.2001:
эритроциты - 4,7 1012 /л
Hb - 156 г/л
цветной показатель - 1,0
лейкоциты - 10,3 109 /л
СОЭ - 5 мм/ч
палочкоядерные нейтрофилы - 16%
сегментоядерные - 69%
сдвиг 0,2 (в норме 0,04 - 0,06)
эозинофилы - 0%
лимфоциты - 10%
моноциты - 5%

Общий анализ мочи от 09.03.2001:
кол-во 150,0 мл
цвет желтый
мутная
уд.вес 1,030
реакция кислая
белок - 0,066%
сахар - отриц
лейкоциты - 2 - 3 в поле зрения
эпителий плоский - 1 - 2 в поле зрения

Глюкоза крови от 13.03.2001:
7,0 ммоль/л

Общий анализ крови от 13.03.2001:
эритроциты - 4,3 1012 /л
Hb - 141 г/л
цветной показатель - 1,0
лейкоциты - 5,5 109 /л
СОЭ - 26 мм/ч
палочкоядерные нейтрофилы - 8%
сегментоядерные - 73%
эозинофилы - 0%
лимфоциты - 18%
моноциты - 7%

**Заключение по данным лабораторного и инструментального исследования.**

Данные лабораторного исследования крови: небольшой лейкоцитоз (от 09.03.2001 лейкоциты - 10,3 109 /л), сдвиг лейкоцитарной формулы влево (от 09.03.2001 сдвиг 0,2), ускорение СОЭ (от 13.03.2001 СОЭ - 26 мм/ч) свидетельствуют о наличии воспалительного процесса;
повышение уровня глюкозы в крови (от 13.03.2001 7,0 ммоль/л), может свидетельствовать о нарушении обмена глюкозы, в том числе о патологии со стороны эндокринной системы - сахарном диабете, гипертиреозе, адренокортицизме, гиперпитуитаризме (требуется дальнейшее исследование обмена глюкозы в организме);
появление белка в моче (от 09.03.2001 белок - 0,066%) может свидетельствовать о нарушении работы почек, наличии в них воспалительного процесса, изменение прозрачности мочи (от 09.03.2001 мутная) может свидетельствовать о повышении содержания в ней солей (уратов, фосфатов, оксалата кальция), повышение удельного веса мочи (от 09.03.2001 уд.вес. 1,030) может быть следствием малого употребления жидкости, олигурии, сахарного диабета.

ФГДС, ЭКГ, ЭЭГ не проводились.

**Окончательный клинический диагноз.**

Основное заболевание:
**острый флегмонозный аппендицит.**
Осложнения основного заболевания:
**тифлит, терминальный илеит.**
Сопутствующие заболевания:
**гастрит, последствия черепно-мозговой травмы.**

Для уточнения диагноза в дальнейшем рекомендуются консультации невропатолога, гастроэнтеролога, эндокринолога, исследование желудочного сока, ФГДС., ЭЭГ, исследование глюкозы крови, исследование мочи.

**План лечения после операции.**

1. Режим постельный в первый день, далее - полупостельный.
2. Голод первые сутки, со вторых суток 1а стол, с двенадцатых суток 1 стол.
3. Лечение:
	* холод на рану
	* обезболивающие
	Rp.: Sol. Promedoli 2% - 1,0
	D.t.d № 10 in ampul.
	S. П/к по 1 мл в 1700, 2300, 600.
	* антимикробная терапия:
	Rp.: Ampicillini-natrii 0,5
	D.t.d № 25
	S. По 1,0 в/м 4 раза в сутки, предварительно разведя в 2 мл воды для инъекций.

**Дневник.**

12 марта 2001 года.

|  |  |
| --- | --- |
| АД 120/80 мм Hg, ps 72 в мин, ЧД 18 в мин.Состояние удовлетворительное. Живот мягкий. Умеренные боли в области послеоперационных швов. Повязка сухая. Смена повязки. Нагноения в ране нет. Отека в области послеоперационной раны нет. Диурез соответствует норме. Был жидкий стул. Газы отходят. Дыхание везикулярное; хрипов в легких нет; тоны сердца ритмичные. | Режим полупостельный.Диета 1а.По 1,0 г ампициллина в/м 4 раза в сутки. Биохим исслед сыворотки крови, глюкоза крови, общий анализ крови.Перевязка. |

13.03.2001 года.

|  |  |
| --- | --- |
| АД 120/80 мм Hg, ps 70 в мин, ЧД 18 в мин. Состояние удовлетворительное. Живот мягкий. Аускультативно прослушиваются отдельные перистальтические волны.Повязка сухая. Встает. Ходит.Диурез соответствует норме. Был жидкий стул. Газы отходят. Дыхание везикулярное; хрипов в легких нет; тоны сердца ритмичные. | Режим полупостельный.Диета 1а.По 1,0 г ампициллина в/м 4 раза в сутки.  |

14.03.2001года.

|  |  |
| --- | --- |
| АД 120/80 мм Hg, ps 70 в мин, ЧД 18 в мин. Состояние удовлетворительное. Язык влажный. Живот мягкий. Умеренные боли в области послеоперационных швов. Аускультативно прослушиваются отдельные перистальтические волны.Повязка сухая. Диурез соответствует норме. Стул в норме. Газы отходят. Дыхание везикулярное; хрипов в легких нет; тоны сердца ритмичные. | Режим полупостельный.Диета 1а.По 1,0 г ампициллина в/м 4 раза в сутки.  |

15.03.2001 года.

|  |  |
| --- | --- |
| АД 110/70 мм Hg, ps 72 в мин, ЧД 18 в мин. Состояние удовлетворительное. Повязка сухая. Встает. Ходит.Диурез соответствует норме. Стул в норме. Дыхание везикулярное; хрипов в легких нет; тоны сердца ритмичные. На перевязке: рана чистая, нагноения нет, гиперемии, отека нет. Сняты швы. | Режим полупостельный.Диета 1а.По 1,0 г ампициллина в/м 4 раза в сутки. Перевязка.Больной выписывается. |

**Эпикриз.**

Больной Беляков Е. В. находился на лечении в х/о с 08.03 по 15.03 по поводу острого аппендицита. 08.03. была произведена операция по экстренным показаниям. аппендэктомия.
Течение послеоперационного периода гладкое. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты 15.03.
В удовлетворительном состоянии больной выписан домой 15.03.
Рекомендовано воздерживаться от подъема тяжестей в течение 2-х месяцев.
Для уточнения диагноза сопутствующих заболеваний в дальнейшем рекомендуются консультации невропатолога, гастроэнтеролога, эндокринолога, контроль сахара крови.