# ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

## Ф.И.О. x

## Пол: женский

## Возраст: 70 лет

## Место жительства:

## Профессия: пенсионер

## Место работы: -------//-------

## Дата госпитализации: 12 ноября 1996 года, 14:00

# STATUS PRAESЕNS SUBJECTIVUS

## Жалоб нет.

# ANAMNESIS MORBI

## Считает себя больной с 14 октября, когда впервые появились острые, интенсивные, непрерывные, тянущие боли внизу живота, усиливающиеся при перемещении тела, и повышение температуры тела до субфибрильных цифр. В связи с этим больная вызвала скорую помощь, после осмотра врача больная была доставлена в больницу Георгия-Победоносца с диагнозом: "Острый аппендицит под ?". В больнице была проведена консервативная терапия, самочувствие больной улучшилось: боли стихли, снизилась температура тела. После 5-ти дней пребывания она была выписана с предписанием дальнейшего обследования в поликлинике. При фиброэзофагогастродуоденоскопии, проведенной 24 октября, были обнаружены эррозивный гастрит субкардиального отдела и кардии желудка, 3 полипа тела и антрального отдела желудка 0,5 , 0,6 , 0,8 см в диаметре. В следующие 2,5 недели проводилось медикаментозное лечение эррозивного гастрита, и было рекомендовано эндоскопическое удаление полипов. 12 ноября больная поступила в клинику хирургических болезней им. проф. В.А. Оппеля с диагнозом: "Полипы желудка". 13 ноября была произведена эндоскопическая операция удаления 2-х полипов нижней трети желудка и головки полипа антрального отдела желудка с элелектрокоагуляцией кровотечения из ножки полипа. Были рекомендованы голод, постельный режим, прием аминокапроновой кислоты и гемостаз консервативными мероприятиями. На фоне проводимого лечения утром 15 ноября возникли постоянные, интенсивные, тянущие боли по всему животу, не купирующиеся спазмолитиками, тошнота и рвота. Появилось подозрение на перфорацию желудка. Но объективно в первые часы живот был не напряжен, но болезненный, больше в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга был отрицательный, поэтому стали склоняться, что у больной острый аппендицит. К вечеру поднялась температура тела до 38°С. Тактика хирургов была выжидательной. Утром 16 октября боли стали интенсивнее, приняли схваткообразный характер и сместились в правую подвздошную область (симптом Кохера-Волковича). Появились симптом Ситковского, симптом Ровзинга, симптом Воскресенского и стал положительным симптом Щеткина-Блюмберга. Был поставлен диагноз: "Острый флегмонозный аппендицит" и в 13:00 произведена операция аппендэктомия. Послеоперационный период протекает гладко. Больная жалуется только на боль в области шва.

# ANAMNESIS VITAE

## Родилась в 1926 году в городе Ленинграде в семье рабочих 2-м ребенком. Физически и интеллектуально развивалась нормально, от сверстников не отставала. С 10-ти лет пошла в школу. Училась хорошо. По окончании 7-ми классов до пенсии работала заведующей складом. Материально обеспечена, проживает в трехкомнатной квартире с семьей из 4-х человек. Питание регулярное-3 раза в день, полноценное, разнообразное.

# СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

## Вдова, детей не имеет.

# НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

## Ближайшие родственники здоровы. Отец погиб на войне, у матери старческая деменция.

# ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ

## После окончания 7-ми классов до 60-ти лет (до выхода на пенсию) проработала заведующей складом на часовом заводе.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Инфекционный гепатит, венерические заболевания, малярию, тифы и туберкулез отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечилась, инъекции производились, за пре- делы города не выезжала и контакта с инфекционными больными не имела.

# ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Тяжелым психоэмоциональным переживаниям не подвергалась.

# ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Первые месячные начались с 13 лет; установились сразу. Менопауза с 55 лет. Заболевания половой сферы отрицает. Беременностей 1, родов 0, абортов 1.

# ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

## Перенесла все детские инфекции.

# ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

## Не курит, алкоголь и наркотики не употребляет.

# ГЕМОТРАНСФУЗИОННЫЙ АНАМНЕЗ

## Группа крови: О(⎪); Rh(+)-положительный. Гемотрансфузии раньше не производились.

# АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты не отмечает.

# СТРАХОВОЙ АНАМНЕЗ

## Последний больничный лист с 14 октября 1996 года. Инвалид 2 группы по общему заболеванию.

# STATUS PRAESENS OBJECTIVUS

# ОБЩИЙ ОСМОТР

## Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение пассивно-активное. Нормостенического типа телосложения, удовлетворительного питания. Внешний вид соответствует возрасту. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. Кожа эластичная, тургор тканей снижен. Дермагрофизм белый нестойкий. Подкожно-жировая клетчатка выражена хорошо, толщина складки на уровне пупка 4 см. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые.

## Слизистая глаз розовая, влажная, чистая. Склеры не изменены. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за приделы небных дужек. Десна не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены.

## Пальпируются подчелюстные и подбородочные лимфоузлы овальной формы, размерами 1 на 0,5 см, эластической консистенции, с подлежащими тканями не спаяны, безболезненные.

## Осанка правильная, походка без особенностей. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц снижен. Рост 170 см, вес 62 кг.

## Щитовидная железа нормальных размеров, эластической консистенции, безболезненная. Симптомы Грефе, Мебиуса, Дерьлимпля, Штельвага отрицательны.

## Молочные железы расположены на одном уровне, обычных размеров, контур их ровный, мягкие, эластической консистенции, безболезненные. Соски и ареолярные области не изменены.

# СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Верхушечный толчок визуально не определяется.

# Пальпация

## Пульс симметричный, частотой 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Определяется пульсация височной, сонной, подключичной, подмышечной, плечевой, локтевой, лучевой, бедренной, подкаленной артерий; стенка их эластическая.

## Верхушечный толчок пальпируется на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, площадью 1,5 на 2 см, умеренной силы, резистентный.

# Перкуссия

## Границы относительной сердечной тупости: Правая-в 4-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины Верхняя-на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistrae Левая-в 5-м межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии

## Границы абсолютной сердечной тупости: Правая-по левому краю грудины Верхняя-на уровне 4-го ребра Левая-на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости

## Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях.

# Аускультация

## Тоны сердца ритмичные, приглушенные, звучные. Акцент 2-го тона над аортой. Слабый систолический шум на верхушки.

## Артериальное давление 125/80 мм рт. ст.

# ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания- грудной. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Форма грудной клетки правильная, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются.

# Пальпация

## Грудная клетка регидная, безболезненная. Голосовое дрожание симметричное, не изменено.

# Перкуссия

## Топографическая перкуссия.

## Нижние границы правого легкого: по l. parasternalis- верхний край 6-го ребра по l. medioclavicularis- нижний край 6-го ребра по l. axillaris anterior- 7 ребро по l. axillaris media- 8 ребро по l. axillaris posterior- 9 ребро по l. scapuiaris- 10 ребро по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Нижние границы левого легкого: по l. parasternalis- ------- по l. medioclavicularis- ------- по l. axillaris anterior- 7 ребро по l. axillaris media- 9 ребро по l. axillaris posterior- 9 ребро по l. scapuiaris- 10 ребро по l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Верхние границы легких: Спереди на 3 см выше ключицы. Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

## Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксилярной линии: на вдохе 4 см на выдохе 4 см

## Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии: на вдохе 4 см на выдохе 4 см

## Сравнительная перкуссия:

## Над симметричными участками легочной ткани определяется ясный легочный звук.

# Аускультация

## Над всеми аускультативными точками выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет.

# ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Десна не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, обложен белым налетом, сосочки выражены.

## Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, правая сторона отстает, пупок втянут.

# Пальпация

## Поверхностная: Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

## Глубокая: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка не пальпируется. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется.

## Нижний край печени острый, ровный, эластичный, безболезненный, не выходит из под края реберной дуги, поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус- отрицательные. Поджелудочная железа не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

# Перкуссия

## Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 10 см, по передней срединной линии 8 см, по левой реберной дуге 7 см. Верхняя граница селезенки по левой среднеаксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.

# Прямая кишка

## Кожа вокруг анального отверстия не изменена. Отмечается небольшая болезненность при прохождении пальца; тонус сфинктора сохранен. Стенки кишки нависают умеренно, безболезненны.

# МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

## В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом покалачивания по поясничной области отрицательный.

# ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

## Наружные половые органы без особенностей. Отмечается опущение стенок влагалища 1-ой степени.

## "В зеркалах": Шейка матки цилиндрической формы с продольной щелью.

## P.V. Тело матки несколько смещено влево в пределах возрастной нормы, подвижное, безболезненное при исследовании. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды свободные. Выделений нет.

# НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

## Сознание ясное, речь не изменена. Чувствительность не нарушена. Походка без особенностей. Глоточный, брюшной и сухожильно-периостальные рефлексы сохранены. Оболочечные симптомы отрицательные. Глазное яблоко, состояние зрачков и зрачковые рефлексы в норме.

# ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС

## В правой подвздошной области наблюдается послеоперационный шов, линейной формы, длиной 7 см, без воспалительных изменений, умеренноболезненный.

# ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

## Обоснование диагноза в основном основано на анализе анамнеза заболевания. В поликлинике при эндоскопическом исследовании у больной были выявлены 3 полипа тела и пилорической части желудка. Она была направлена в клинику для удаления полипов. 13 ноября была произведена эндоскопическая операция удаления 2-х полипов нижней трети желудка и головки полипа антрального отдела с электрокоагуляцией кровотечения из ножки полипа. Назначены дальнейшее лечение и гемостаз консервативными мероприятиями. На фоне проводимой терапии возникли 15 октября постоянные, интенсивные, тянущие боли по всему животу, не купировавшиеся спазмолитиками, тошнота и рвота. Но объективно живот был не напряжен, но болезненный, больше в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга был отрицательным. К вечеру поднялась температура тела. Утром 16 октября боли сместились в правую подвздошную область (симптом Кохера-Волковича), стали интенсивнее и приняли схваткообразный характер, стали усиливаться при повороте туловища на левый бок (симптом Ситковского). Появились симптомы раздражения брюшины: стали положительными симптом Щеткина-Блюмберга, симптом скольжения (Воскресенского), симптом Ровзинга. Характерные жалобы и симптомы указывают на острое воспаление червеобразного отростка. Тогда предварительный диагноз будет звучать: "Острый аппендицит. Полипы желудка". Обязательна срочная операция.

## Предварительный диагноз: Острый аппендицит. Полипы желудка.

# ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОЙ

## Лабораторные исследования:

1. Клинический анализ крови. Назначаем для выявления признаков острого воспаления (лейкоцитоза), так как идет воспаление червеобразного отростка. Также нас интересует нет ли заболеваний крови-это также может ухудшить прогноз лечения.
2. Биохимический анализ крови. В нем нас интересуют показатели количества общего белка, белковых фракций, показатели белковых осадочных проб, активности аминотрансфераз, количества сахара, электролитов, для выявления сопутствующих заболеваний и предупреждения осложнений при общем обезболивании и в послеоперационном периоде.
3. Анализ мочи. Назначаем для выявления сопутствующих заболеваний мочевыделительной системы и симптомов воспаления.

## Инструментальные исследования:

1. Фиброэзофагогастродуоденоскопия. Для подтверждения полипов желудка и проверка его состояния после эндоскопической операции.
2. Обзорная рентгенография брюшной полости для дифференциальной диагностики острого аппендицита, перфорации желудка и острой кишечной непроходимости.

# РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

## Результаты лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови.  
   Эритроциты- 3,9х10^12/л  
   Hb- 125 г/л  
   Цвет. показатель- 0,98  
   Лейкоциты- 12х10^9/л  
    эозинофилы- 3%  
    палочкоядерные- 1%  
    сегментоядерные- 51%  
    Лимфоцитов- 43%  
    Моноцитов- 2%  
   CОЭ- 15 мм/ч
2. Биохимический анализ крови.  
   Общ. белок 81 г/л  
   Тимоловая проба 10 ВСЕ  
   АСТ 0,39 ммоль/л  
   АЛТ 0,92 ммоль/л  
   α амилаза 27 г/л/ч   
   Билирубин общ. 13 мкмоль/л  
   Сахар 17,7 ммоль/л (после еды!)  
   Мочевина 6,3 ммоль/л  
   К+ 4,8 ммоль/л  
   Са++ 2,45 ммоль/л  
   Хлориды 95 ммоль/л
3. Анализ мочи.  
   Цвет светло-желтый Белок 0 г/л  
   Прозрачная Сахар 0  
   Реакция кислая Уробилин (-)  
   Уд. вес 1,025 Желч. пигменты (-)  
   Лейкоциты 5-8 в поле зрения  
   Эритроциты свеж. 0-1 в поле зрения  
   Эпителий плоский 1-4 в поле зрения

## Результаты инструментальных исследований:

1. Фиброэзофагогастродуоденоскопия от 24.10.96.  
   Заключение: Эррозивный гастрит субкардиального отдела и кардии. 3 полипа тела и антрального отдела желудка 0,5 , 0,6 , 0,8 см в диаметре.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

## Острый аппендицит надо дифференцировать со всеми острыми заболеваниями органов брюшной полости. Но в связи с тем, что перед развитием симптомов острого живота, больной было выполнено эндоскопическое удаление 2-х полипов нижней трети тела желудка, головки полипа антрального отдела желудка, и из ножки полипа было кровотечение, которое пришлось останавливать электрокоагуляцией, то во-первых, возникло подозрение на перфорацию желудка. От перфорации желудка острый аппендицит отличает само начало заболевания. При перфорации желудка (перфорация на месте удаленного полипа) оно внезапное с появлением сильных ("кинжальных") болей в животе, в то время как при остром аппендиците всегда имеется более или менее продолжительный период нарастания болей, что мы и видим у больной- сначала боли были интенсивными, тянущими по всему животу, а потом стали более интенсивными, схваткообразными и сместились в правую подвздошную область. Рвота при перфорации бывает очень редко, а напряжение мышц брюшной стенки в первые часы выражено столь резко, что живот становится "доскообразным". У больной же в первые часы живот был мягким, но болезненным. Кардинальным признаком перфорации является исчезновение печеночной тупости в результате попадания воздуха в брюшную полость. При перкуссии у больной печеночная тупость была сохранена. Наличие свободного газа в брюшной полости может быть подтверждено при рентгенологическом исследовании (между верней поверхностью печени и диафрагмой будет видно серповидное просветление).

## Так как больная уже в возрасте, нужно отдифференцировать острый аппендицит от острой кишечной непроходимости. При последней в отличие от острого аппендицита больные ведут себя беспокойно, часто меняет положение в постели. Боли при кишечной непроходимости приступообразные, быстро нарастают и быстро стихают (у больной боли были постоянные, нарастающие), возникает многократная рвота (рвота у больной была однократной, что более характерно для аппендицита), температура тела остается нормальной (у больной же она повысилась-еще один плюс в пользу аппендицита). При осмотре больных с острой кишечной непроходимостью обращает на себя внимание вздутие живота, брюшная стенка остается мягкой. У больной живот был мягким только в первые часы, потом стали выявляется симптомы раздражения брюшины и напряжения мышц в правой подвздошной области. Рентгенологически можно выявить при острой кишечной непроходимости уровни жидкости с газом над ними (чаши Клойбера), чего не бывает при остром аппендиците.

## Острый холецистит от острого аппендицита отличается локализацией боли в правом подреберье (это, однако, может быть и при высоком подпеченочном расположении червеобразного отростка), неоднократной рвотой, не приносящей облегчения, иррадиацией болей в правую лопатку и плечо, наличием симптомов Ортнера, Мерфи, Мюсси, френикус-симптома. Нередко удается пальпировать увеличенный желчный пузырь или инфильтрат в правом подреберье. У больной все симптомы характерные для острого холецистита отсутствовали.

## Внематочную беременность можно отвергнуть сразу, так как больная находится в периоде менопаузы. Так проведенный дифференциальный диагноз с перфорацией желудка, острой кишечной непроходимостью, острым холециститом и внематочной беременностью позволяет подтвердить предварительный диагноз острого аппендицита.

# ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

## Учитывая в основном анамнез заболевания: в поликлинике при эндоскопическом исследовании у больной были выявлены 3 полипа тела и пилорической части желудка. Она была направлена в клинику для удаления полипов. 13 ноября была произведена эндоскопическая операция удаления 2-х полипов нижней трети желудка и головки полипа антрального отдела с электрокоагуляцией кровотечения из ножки полипа. Назначены дальнейшее лечение и гемостаз консервативными мероприятиями. На фоне проводимой терапии возникли 15 октября постоянные, интенсивные, тянущие боли по всему животу, не купировавшиеся спазмолитиками, тошнота и рвота. Но объективно живот был не напряжен, но болезненный, больше в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга был отрицательным. К вечеру поднялась температура тела. Утром 16 октября боли сместились в правую подвздошную область (симптом Кохера-Волковича), стали интенсивнее и приняли схваткообразный характер, стали усиливаться при повороте туловища на левый бок (симптом Ситковского). Появились симптомы раздражения брюшины: стали положительными симптом Щеткина-Блюмберга, симптом скольжения (Воскресенского), симптом Ровзинга. Учитывая также данные лабораторных исследований - выявление в крови лейкоцитоза и проведенный дифференциальный диагноз, мы можем окончательно говорить, что у больной острый аппендицит. Время прошедшее с начала заболевания (около суток) и смена болей с тянущих на схваткообразные, более интенсивные, присоединение симптомов раздражения брюшины говорят, что червеобразный отросток подвергся деструктивным изменениям, т.е. стал флегмонозным. Не нужно забывать, что у больной и полипы желудка, тогда окончательный диагноз будет звучать: "Острый флегмонозный аппендицит. Полипы желудка."

## Клинический диагноз: Острый флегмонозный аппендицит. Полипы желудка.

# ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ КУРИРУЕМОГО БОЛЬНОГО И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

## Диета. В течении нескольких дней после эндоскопического удаление полипов и аппендэктомии рекомендован голод. Затем стол № 1.

## Больной показан длительное время постельный режим.

## Выбор обезболивания. Учитывая пожилой возраст больной, ей показан интубационный наркоз с применением мышечных релаксантов или с нейролептаналгезией. Заключение анестезиолога: планируется эндотрахеальный наркоз; введу телосложения и конституции больной возможны трудности при интубации; риск анестезиологии 2б-3а степени. Рекомендовано премедикация: 16.11.96 в 10:00 1 таблетка диазепама и 1 таблетка димедрола, за 30 минут до операции Sol. Omnoponi 2%-1 ml внутримышечно. Врач: Столпнер Я.М.

## Необходимо обязательное удаление полипов желудка, так как они являются предраковым заболеванием. Показана и срочная аппендэктомия- предотвращение угрожающего жизни состояния.

## Послеоперационная этиопатогенитическая терапия: возмещение ОЦК после аппендэктомии, антибактериальная терапия для профилактики гнойных послеоперационных осложнений, гемостатическая терапия, витаминотерапия, назначение анальгетиков по надобности.

# ДНЕВНИК

## 13.11.96. Эндоскопическая операция.

## Заключение: Эндоскопическая электрокоагуляция 2-х полипов нижней трети желудка, полипэктомия головки полипа антрального отдела желудка. Кровотечение из ножки полипа. Эндоскопическая электрокоагуляция кровотечения из ножки полипа.

## Рекомендации: Голод, постельный режим, наблюдение, прием аминокопроновой кислоты, гемостаз консервативными мероприятиями.

## 16.11.96.Больная Афанасьева З.Г. поступила в плановом порядке для удаления полипов желудка. За время пребывания в клинике у больной развился острый флегмонозный аппендицит - это является показанием к операции. Противопоказаний к операции нет. Согласие больной на операцию получено. План операции: 1.Оперативный доступ; 2.Мобилизация червеобразного отростка, перевязка сосудов брыжейки; 3.Удаление червеобразного отростка; 4.Погружение культи отростка, Z-образный шов; 5.Послойное ушивание ткани.

# Обезболивание

## 16.11.96.Операция - аппенэктомия. Начало 13:00. Окончание 14:50 Хирург Данилов. Ассистент Платонов, Атаев. Анестезиолог Дубикайтис. Протокол обезболивания: Эндотрахеальный наркоз. 1.Премедикация: Atropini 0,5; Droperidoli 2 ml; Phentnyli 2 ml. 2.Вводный наркоз: Relanii 2 ml; Cetamyni 200 mg. 3.Интубация. 4.Начало операции 13:00. 5.Мобилизация червеобразного отростка 13:15. 6.Удаление червеобразного отростка 13:30. 7.Погружение культи отростка, Z-образный шов. 8.Послойное ушивание. 9.Конец операции 14:50. 10.Декураризация: Atropini 0,5; Prozerini 4,0. 11.Экстубация (Использован аппарат ПО-6Н-05+полинаркон-5. Вентиляция ИВЛ, МОД 11,9; ОД 0,71)

# Операция - аппендэктомия

## Под эндотрахеальным наркозом разрезом Войновича-Дьяконова справа раскрыта брюшная полость. Небольшое количество серозного выпота. Червеобразный отросток располагается латерально 8,0\*1,2 см, гиперемированный, отечный с налетом фибрина. Выполнена аппенэктомия с прошиванием культи кисетным и Z-образным швами. Брыжейка прошита и перевязана. При ревизии участка тонкой кишки - она без патологии. Гемостаз. Брюшная полость осушена, дренажи в малый таз. Послойные швы на рану до дренажей. Ассептическая повязка. Препарат, удаленный червеобразный отросток, послан на гистологическое исследование.

## 

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Ту | Тв | Текст дневника | Назначения |
| 18.11.96 | 36,8 | 36,6 | Жалуется на боль в области послеоперационной раны. Самочувствие удовлетворительное. Пульс 80 уд/мин АД 125/80 мм.рт.ст. Видимые слизистые розовые влажные чистые. Язык влажный чистый. Тоны сердца ритмичные приглушенные. Дыхание жесткое. Живот мягкий, безболезненный, подвздут, участвует в акте дыхания. Мочеиспускание самостоятельное, газы отходят. Перевязка: удалена повязка; послеоперационная рана без острых воспалительных явлений; наложена асептическая повязка. По дренажу 60,0. | Режим 3. Диета №1. Penicillini 1000000 ED, внутримышеч-но 6 раз в сутки. Аминокопроновая кислота. |
| 19.11.96 | 36,4 | 36,6 | Жалобы на боли в области послеоперационной раны . Состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин. АД 125/80 мм.рт.ст. Дыхание жесткое, без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Отправления в норме. Перевязка: удалена повязка; послеоперационная рана без воспалительных явлений; удалены дренажи; наложена чистая асептическая повязка. | Назначения те же. |
| 20.11.96 | 36,7 | 36,6 | Жалобы на боли в области послеоперационной раны. Самочувствие удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Отправления в норме. | Назначения те же. |
| 21.11.96 | 36,6 | 36,4 | Жалоб нет. Самочувствие удовлетворительное. Пульс 80 уд/мин. АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Дыхание везикулярное. Живот мягкий безболезненный. Отправления в норме. Перевязка: удалена повязка; послеоперационная рана без воспалительных явлений; наложена чистая асептическая повязка. | Назначения те же |
| 22.11.96 | 36,6 | 36,8 | Жалобы на боли в области послеоперационной раны. Самочувствие удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Отправления в норме. | Назначения те же. |

# ПРОГНОЗ

## Прогноз для жизни благоприятный. Необходимо избегать тяжелого физического труда в среднем в течении 3-4 месяцев. Пребывание на больничном листе составит 4-6 недель. После этого трудоспособность восстанавливается.

# ПРОФИЛАКТИКА

## Профилактика этих заболеваний неспецифическая. Она достигается пропагандой физкультуры и спорта, санитарно-просветительской работой, диспансеризацией, своевременным оперативным лечением, повышением качества оперативного лечения и квалификации хирургов в области геронтологии.

# ЭПИКРИЗ

## Больная поступила в клинику хирургических болезней №1 12.11.96. для эндоскопического удаления полипов желудка. 13 ноября больной было выполнено удаление двух полипов нижней трети тела желудка и головки полипа антрального отдела желудка с электрокоагуляцией кровотечения из ножки полипа. В дальнейшем проводилось гемостатическая терапия. 16 ноября у больной был диагностирован острый флегмонозный аппендицит, и проведена аппендэктомия. Послеоперационный период протекал гладко: больную беспокоили только боли в области послеоперационной раны. Для профилактики гнойных осложнений ей был назначен пенициллин. Больной рекомендованы постельный режим в течении 1,5 недель и легкий физический труд в течении 3-4 месяцев.

## Диагноз: Острый флегмонозный аппендицит. Полипы желудка.

# ЛИТЕРАТУРА

## М.И.Кузин. Хирургические болезни М.:"Медицина",1987 М.А.Трунин. Острый аппендицит. (Методические указания) 22.11.1996. Подпись куратора