Московский государственный медико-стоматологический

университет

Кафедра факультетской  [хирургии](http://www.msmsu.ru/subfaculty/single/24)

Зав. кафедрой: проф., док. мед. наук **Луцевич О.Э.**

Преподаватель:

 История болезни

Диагноз при поступлении: Острый аппендицит

Клинический диагноз: Острый гангренозный аппендицит
Местный серозно-фибринозный перитонит

Куратор:

Москва

2014 г

**Паспортные данные**

Ф.И.О:
Возраст: 32 лет
Дата рождения: 03.05.1982

Семейное положение: замужем
Образование: высшее
Должность: педиатр

Место жительства:

Время поступления в клинику: 22:00 15.06.14

**Жалобы при поступлении**

Жалобы на боли в эпигастрии, преимущественно в правой подвздошной области, тошноту, общую слабость.

 **История настоящего заболевания
 (anamnesis morbi)**

Заболела за сутки до поступления, когда возникла острые боли в эпигастрии, локализовавшаяся в правой подвздошной области через 2 часа.
Самостоятельно не лечилась, амбулаторно не обследовалась. Обратилась
 в приемное отделение в ГКБ №52, в связи с усилением болей, по каналу “самотек”. Вид транспортировки на каталке. У больной клиника острого аппендицита. Показана экстренная операция. 15. 06.14 выполнена лапароскопическая аппендэктомия , дренирование брюшной полости по поводу острого гангреннозного аппендицита, Местный серозно-фибринозный перитонит. Состояние средней тяжести. Жалобы на умеренные боли в области послеоперационных ран. С целью обезболивания назначено Sol Promedoli 20mg/ml-1,0 в/м. . Проводится инффузионная, антибактериальная, спазмолитическая, дезинтоксикационная терапия, обезболивание. .Ранний послеоперационный период протекает на данном этапе без осложнений, продолжить лечение согласно листу назначений.

 **История жизни
 (anamnesis vitae)**

Биографические данные: Родилась в 3 мая 1982 году в г. Москва. Росла в благополучной семье. Является старшим ребенком из 3 детей. Развивалась нормально. В физическом и психическом развитии не отставала. Родилась в срок, вскармливалась грудью. Ходить и говорить начала в срок. В школу пошла в возрасте 7 лет, училась хорошо.
Семейный анамнез: вступила брак в возрасте 21 лет. В настоящий момент замужем. Детей нет.

Трудовой анамнез: В настоящий момент работает педиатром.
Бытовой анамнез: жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные. Живет с мужем. Квартира двухкомнатная.

Питание: питается регулярно 3 раза в день. Аппетит сохранен.
Вредные привычки: не курит. Алкоголь, наркотики не употребляет.

Половое развитие и половая жизнь: появление менструаций в 15 лет. Вступила в брак возрасте 21 лет. Беременностей нет.

Перенесённые заболевания: ОРВИ, детские инфекции. Вирусные гепатиты, ВИЧ , туберкулез, сифилис и другие инфекции отрицает.
Эпидемиологический анамнез: отрицает.

Аллергологический анамнез: непереносимость пищевых , молочныхпродуктов, различных медикаментов, вакцин и сывороток нет. На бытовые, пыльцевые, лекарственные, пищевые аллергены реакций нет.
Наследственность: отрицает.

 **Настоящее состояние
 (status praesens)**
Общее состояние больного: состояние средней тяжести, стабильное.

Состояние сознания: ясное.

Положение больного: активное.

Телосложение: правильное.

Конституция: нормостеническая.

Осанка: прямая.

Рост - 167 см
Вес - 68 кг

Температура тела 37,7

Осмотр лица: Выражение лица спокойное, патологическая маска не выявлена, правильная форма носа, симметричная носогубная складка, отёчность век отсутствует, конъюнктивы бледно-розовые, белая окраска склер. Расширение сосудов склер отсутствует. Правильная форма зрачка, реакция зрачка на свет равномерная и одновременная. Пульсация зрачка не наблюдается. Кольца вокруг зрачка отсутствует.

Осмотр головы и шеи: Изменение движения головы (Симптом Мюссе) отсутствует. Размер и форма головы правильные, правая и левая стороны мозгового и лицевого отделов черепа симметричны, искривления и деформация шеи не выявлено. Умеренная пульсация сонных артерий. Отсутствие пульсации и набухание яремных вен. Воротник Стокса отсутствует.

Кожные покровы: Цвет кожных покровов смуглый, влажность умеренная, тургор и эластичность кожи снижены. Пигментация и депигментация кожи (лейкодерма), пятно, лихорадочные высыпания, кровоизлияния, трофические изменения не выявлены. Сосудистых изменений и видимых опухолей нет.

Придатки кожи: Оволосение по женскому типу. Выпадения волос нет. Ногти правильной формы бледно-розового цвета, присутствует продольная исчерченность. Ломкость ногтей отсутствуют.

Видимые слизистые: Конъюктивы и слизистые оболочки бледно – розового цвета, влажные. Высыпания на слизистых (энантема) отсутствуют. Влажность слизистых умеренная. Слизистая носа влажная, красная, со слизистым отделяемым, патологических элементов не выявлено.

Подкожно-жировая клетчатка: Развитие чрезмерное, местом наибольшего отложения жира является живот. Отеки отсутствуют. Толщина кожной складки на животе (около пупка) 3 см. На спине (под углом лопатки) 2 см.

Лимфатические узлы: При пальпации лимфатических узлов: затылочные, заушные, околоушные, подбородочные, поверхностные, шейные, надключичные, подключичные, локтевые, паховые и подколенные не пальпируются.
Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены.

Мышцы: Степень развития удовлетворительная. Сила мышц сохранена и симметрична. Тонус сохранён. Атрофии и гипертрофии каких – либо групп мышц нет. Судороги мышц отсутствуют. Болезненность и уплотнения при ощупывании не выявлено.

Кости: Деформаций не выявлено. Болезненность при ощупывании и поколачивании отсутствуют. Состояние концевых фаланг пальцев рук и ног без нарушений.

Суставы: Изменений формы, цвета и температуры кожи над суставом не выявлены. Припухлость отсутствуют. Гиперемия не выявлено. Температура над суставами соответствуют цвету и температуре кожи на близлежащих окружающих участках конечностей. Активные и пассивные движения в полном объёме, безболезненны. Болезненность при ощупывании поколачивании отсутствуют.

**Система органов дыхания**

Форма грудной клетки:нормостеническая. Над - и подключичные ямки одинаково выражены справа и слева. Ширина межребреных промежутков умеренная, эпигастральный угол прямой, лопатки и ключицы не выступают, боковой размер грудной клетки преобладает над переднезадним, грудная клетка симметричная. Локальные выпячивания отсутствуют. Искривления позвоночника не выявлено. Окружность грудной клетки 99 см, на вдохе 103 см, на выдохе 95 см, экскурсия составляет 8 см, на уровне IV ребра.

Дыхание:Тип дыхания грудной.Симметричные дыхательные движения, отставание в дыхании одной половины отсутствует.Дыхательная экскурсия не усилена. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Дыхания средней глубины.
Ритм дыхания:ритмичное*.* ЧДД в минуту равно 18*.* Носовое дыхание свободное.

**Пальпация грудной клетки**

Пальпация межреберных промежутков, надключичных и подключичных ямок справа и слева безболезненны. Грудная клетка эластичная. Голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки (надключичных, подключичных областях, боковых отделах, надлопаточных, межлопаточных, подлопаточных областях) одинаковое.

**Перкуссия легких**

Сравнительная перкуссия легких: На симметричных участках грудной клетки ясный легочный звук.

 **Топографическая перкуссия:

Верхняя граница легких: Справа Слева**

Высота стояния верхушек спереди: 4 см 4см

Высота стояния верхушек сзади: остистый отросток остистый отросток
 VII шейного позвонка VII шейного позвонка

Ширина полей Кренинга: 7 см 7 см **Нижняя граница легких: Справа Слева**

По окологрудинной линии III ребро не определ.

По среднеключичной линии IV ребро не определ.

По передней подмышечной линии VII ребро VII ребро

По средней подмышечной линии VIII ребро VIII ребро
По задней подмышечной линии IX ребро IX ребро
По околопозвоночной линии Остистый отросток Остистый отросток
 X грудного позвонка X грудного позвонка **Дыхательная экскурсия нижнего края легкого:**

По средней подмышечной линии: Вдох 3 см 3 см

 Выдох 2 см 2 см

**Аускультация**

Основные дыхательные шумы: Дыхание проводится во все отделы, везикулярное. Аускультативно выдох приблизительно равен вдоху.

Побочные дыхательные шумы: Хрипы, крепитация, шум трения плевры, плевроперикардиальный шум не выслушиваются.

Бронхофония: над симметричными участками грудной клетки с обеих сторон одинаковая.

**Система органов кровообращения**

Выпячивание области сердца (сердечный горб) не отмечается. Сердечный толчок не определяется. Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии. Пульсации во II межереберье у правого и левого краёв грудины, яремной ямке, патологической перекардиальной пульсации слева, в месте прикрепления III-IV ребра к грудине, пульсации в эпигастральной области, патологической пульсации сонных артерий (пляска каротид), пульсация яремных вен не выявлено.

**Пальпация**

Верхушечный толчок: определяется в V левом межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии положительного характера, ширина 2 см , усиленный, не высокий, резистентность умеренная, площадью 1,5 см.

На основании сердца пульсация сосудов пальпаторно не определяется.

Сердечный толчок: не пальпируется.
Дрожание в области сердца: не выявлено. Симптом «кошачьего мурлыканья» во II межреберье справа и слева у края грудины и у основания мечевидного отростка не выявлено.

**Перкуссия**

**Относительная тупость сердца:

Границы относительной тупости сердца:**

Правая граница в IV межреберье на 1,5см кнутри от правого края грудины.

Левая граница в V межреберье на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии.

Верхняя граница проходит по верхнему краю III ребра у левого края грудины.

Поперечный размер относительной тупости сердца справа 3 см., слева 8,5см., общий 11,5см.

Ширина сосудистого пучка во II межреберье у левого и правого края грудины 5 см. Конфигурация сердца нормальная.
 **Абсолютная тупость сердца:

Границы абсолютной тупости сердца:**

Правая граница в IV межреберье у левого края грудины.

Левая граница на 1 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца.

Верхняя на уровне IV ребра у левого края грудины.

**Аускультация**

Тоны сердца приглушены, ЧСС 80 в минуту.

*Первая точка* (место выслушивания митрального клапана) выслушиваются мелодия двух тонов. Первый тон следует после продолжительной паузы и совпадает с пульсацией на сонной артерии. Первый тон громче второго, но не более чем в 2 раза. Расщепления и раздвоения тонов не выслушивается.

*Вторая точка* (место выслушивания аортального клапана) Выслушивается мелодия двух тонов. Первый тон следует после продолжительной паузы и совпадает с пульсацией на сонной артерии. Соотношение правильное: второй тон громче первого, но не более чем в два раза. Расщепления, раздвоения, акцента второго тона не выслушивается.

*Третья точка* аускультации (место выслушивания клапана лёгочного ствола). Выслушивается мелодия двух тонов. Первый тон следует после продолжительной паузы, совпадает с пульсацией на сонной артерии. Соотношение тонов правильное, второй тон громче первого, но не более чем в два раза. Расщепление, раздвоение в третьей точке не выявлено.

*Четвёртая точка* аускультации ( место выслушивания трёхстворчатого клапана) Выслушивается мелодия двух тонов. Первый тон следует после продолжительной паузы, совпадает с пульсацией на сонной артерии. Соотношение тонов правильное, первый тон громче второго, но не более чем в два раза. Расщепление и раздвоение в четвёртой точке не выявлено.
*Пятая точка* Боткина-Эрба (место дополнительно выслушивания аортального клапана) Выслушивается мелодия двух тонов. Первый тон следует после продолжительной паузы, совпадает с пульсацией на сонной артерии. Соотношение тонов правильное, первый тон равен второму, шумов не выслушивается.

При аускультации ритм галопа, ритм перепела, систолический галоп, дополнительные шумы, шум трения перикарда не выслушиваются.

Пульс не правильный, с частотой 70 ударов в минуту. На магистральных артериях удовлетворительный симметричный, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст.

Исследование сосудов

Исследование артерий: При осмотре височных, сонных, лучевых, подколенных, артерий тыла стопы определяется умеренная пульсация, синхронная, ритмичная, одинаковая. Стенка артерий эластичная, гладкая, расширения, сужения и уплотнения артерий не выявлено.

Пульс на правой лучевой артерии ритмичный, частота пульса 80 ударов в минуту. Твердый, полный, большой, медленный, равномерный. Деформации пульса не выявлено.

АД на правой плечевой артерии 130/90 мм. рт. ст., на левой 130/90 мм. рт. ст.

При аускультации сонных и подключичных артерий выслушиваются два тона, второй тон громче первого, но не более чем в два раза. Патологического шума не выявлено.
При аускультации бедренной артерии выслушивается 1 тон. Феноменов Траубе и Дюрозье не выявлено.

При надавливании на артерии появляется систолический шум.

При осмотре шейных вен набухания и видимой пульсации не выявлено.

При пальпации яремных вен определяется отрицательный венный пульс, « Шум волчка» не выслушивается.

Расширение вен грудной клетки, брюшной стенки, конечностей не выявлено.

Уплотнений и болезненности на протяжении вен нижних конечностей не выявлено.

**Исследование органов пищеварения**

При осмотре ротовой полости зубы цвета слоновой кости, кариеса не выявлено, 30 зубов, отсутствуют 8 зубы на верхней челюсти. Язык розовый, влажный сосочковый слой в нормальном состоянии, налёта, трещин, язв не выявлено.Дёсны, мягкое и твёрдое нёбо розовые, влажные. Налётов, язв, геморрагий, патологических высыпаний не выявлено.

Нёбные миндалины увеличены, рыхлые, налёта нет. Живот правильной формы, мягкий, нормального объёма, симметричный, участвует в акте дыхания, болезненный в правой подвздошной области, не вздут . Газы отходят. Пупок втянут, видимой перистальтики желудка и кишечника, венозных коллатералей, грыжевых выпячиваний, стрий, следов от грелок не выявлено. Объём живота на уровне пупка 78 см.

По всей поверхности живота слышится тимпанический звук. Симптом флюктуации отрицательный.

**Пальпация**

При поверхностной ориентировочной пальпации болезненных областей, напряжения мышц брюшной стенки, поверхностно расположенных опухолевидных образований, грыжевых выпячиваний белой линии, пупка, расхождения прямых мышц живота не выявлено.

Симптомы Ровзинга, Раздольского, Ситковского, Воскресенского положительны. Симптом Щеткина- Блюмберга отрицательный во всех отделах брюшной полости.
Ректальное исследование:сфинктер в нормотонусе. На высоте пальца органической патологии не выявлено. Кал коричневой окраски.

Методическая глубокая пальпация по Образцову-Стражеско:

Сигмовидная кишка пальпируется в виде безболезненного, плотного, гладкого цилиндра, диаметром 3 см, под рукой не урчит.

Слепая кишка безболезненна, мягко-эластической консистенции диаметром 5 см в виде мягкого эластического цилиндра урчит под рукой.

Подвздошная кишка безболезненна в виде мягкого эластического цилиндра урчит под рукой диаметром 5 см.

Восходящий отдел толстой кишки безболезненный, мягкий, гладкий, эластической консистенции, цилиндрической формы 5 см, урчит под рукой.
Нисходящий отдел толстой кишки безболезненный, мягкая, эластическая, под рукой не урчит, диаметром 5 см.

Поперечно-ободочный отдел кишки безболезненный, мягкий, гладкий, эластической консистенции, цилиндрической формы диаметром 4 см, пол рукой не урчит.

Большая кривизна желудка не пальпируется. Привратник не пальпируется.

**Аускультация**

Выслушивается нормальная периодическая перистальтика кишечника. При аускультации брюшной аорты и почечных артерий шумов не выслушивается. Шума трения брюшины не выслушивается.

**Печень и желчный пузырь**

При осмотре ограниченного выпячивания в области правого подреберья и ограничения дыхания этой области не выявлено.

 **Перкуссия**

При перкуссии определяются границы абсолютной тупости печени.

Верхняя по срединно-ключичной линии на уровне 6 ребра справа.

Нижняя: по правой срединно - ключичной линии на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка.

По передней срединной линии на границе верхней и средней расстояния от пупка до мечевидного отростка

По левой рёберной дуге на уровне левой окологрудной линии.

Размеры печени по Курлову:

По правой срединно-ключичной линии: 9 см.

По передней срединной линии: 8 см.

По реберной дуге слева: 7 см.

**Пальпация**

Нижний край печени у края рёберной дуги, острый, ровный, плотный, безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется, симптомы Захарьина, Василенко, Ортнера, Керра, Мюсси, Мерфи отрицательные.

**Аускультация**

Шум трения брюшины не выявлено

 **СЕЛЕЗЕНКА**

Ограниченного выпячивания в области левого подреберья, ограничение этой области в дыхании не выявлено. Не пальпируется.

 **Перкуссия**

Продольный размер селезенки: 8 см.

Поперечный размер селезенки: 5 см.

 **Пальпация**

При пальпации селезенки в положении лежа на правом боку селезенка не пальпируется.

**Аускультация**

Шума трения брюшины в области левого подреберья не выявлено.

 **Поджелудочная железа**

При пальпации болезненности, увеличения и уплотнения поджелудочной железы не выявлено.

 **Система органов мочеотделения**

Мочеотделение: количество мочи за сутки - около 1200 мл.

Дизурические расстройства: Затрудненное мочеиспускание (тонкой струей, каплями, прерывистое): не выявлено.

Наличие непроизвольного мочеиспускания: не выявлено.
Мочится самостоятельно.

Ложные позывы на мочеиспускание: не выявлены.

Резь: не выявлена.

Жжение: не выявлено.

Боли во время мочеиспускания (в начале, в конце, во время акта мочеиспускания): не выявлено.

Учащенное мочеиспускание (поллакиурия): не выявлено.

Ночное мочеиспускание (никтурия ): не выявлено.

 **Осмотр**

Поясничная область: гиперемии кожи, припухлости, сглаживания контуров поясничной области не выявлено.

Поколочивание по поясничной области безболезненное.

Надлобковая область: ограниченного выбухания в надлобковой области не выявлено.

**Перкуссия**

Поясничная область: симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Надлобковая область: определяется тупой перкуторный звук.

Увеличения мочевого пузыря не выявлено.

 **Пальпация**

Почки: не пальпируются, безболезненные с обеих сторон.

Мочевой пузырь: не пальпируется, безболезненный.

**Дополнительные методы исследования**

**1. Общий анализ крови:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Аналит** | **Результат** | **Ед.изм.** | **Пределы** |
| Гемоглобин | 147 | г/л | 120-160 |
| Гематокрит | 43,7 | % | 36,0 -50,0 |
| Эритроциты | 5,04 | 10\*12/л | 3,50-5,50 |
| Средний объем эритроцитов | 86,8 | фл | 81,0 – 100, |
| Сред. сод. гемоглобина | 29,2 | пг | 27,0 – 31,0 |
| Сред. конц. Гемоглобина в эр. | 336 | г/л | 320-380 |
| Коэффициент анизоцитоза эритроцитов | 13,2 | % | 0,0 – 14,5 |
| Цветовой показатель | 0,87 | Ед. | 0,85 – 1,05 |
| Тромбоциты | 322 | 10\*9/л | 180- 400 |
| Средний объем тромбоцитов | 8,7 | фл | 7,6 -10,8 |
| Ширина распред. Тромбоцитов | 15,5 | фл | 0,1 -99,9 |
| **Лейкоциты** | **15,2\*** | 10\*9/л | 4,0 – 9,0 |
| **% лимфоцитов (отн)** | **7,3\*** | % | 19,0 – 37,0 |
| **%моноцитов (отн)** | **2,70\*** | % | 3,00 -11,00 |
| %базофилов (отн) | 0,60 | % | 0,00 -1,50 |
| **Лимфоциты (абс)** | **1,1\*** | 10\*9/л | 1,2 -3,0 |
| Моноциты (абс) | 0,41 | 10\*9/л | 0,30 – 1,10 |
| Базофилы (абс) | 0,09 | 10\*9/л | 0,00-0,20 |

|  |
| --- |
| \*-за пределами нормы**2. Общий анализ мочи** |

|  |  |
| --- | --- |
| Цвет | различные оттенки желтого цвета |
| Анализ на прозрачность | прозрачная |
| Анализ на запах | нерезкий, неспецифический |
| Анализ реакция мочи или рН | кислая, рН меньше 7 |
| Удельный вес (относительная плотность) | 1,018 и более в утренней порции |
| Белок в моче | отсутствует |
| Глюкоза | отсутствует |
| Кетоновые тела | отсутствует |
| Билирубин | отсутствует |
| Уробилиноген | 5-10 мг/л |
| Гемоглобин | отсутствует |
| Анализ на эритроциты (микроскопия) | 0-3 в поле зрения |
| Анализ на лейкоциты в моче | 0–6 в поле зрения |
| Эпителиальные клетки (микроскопия) | 0-10 в поле зрения |
| Анализ на цилиндры (микроскопия) | отсутствует |
| Соли в моче (микроскопия) | отсутствует |
| Анализ бактерии | отсутствует |

Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи без отклонений от нормы.

 **3.** **ЭКГ**

Острой коронарной патологии не выявлено.
 **4. Ультразвуковое исследование брюшной полости**

*Печень:* Размеры не увеличены: косой вертикальный правая доля 158 мм, левая доля 60мм. Контуры ровные, край острый. Эхоструктура паренхимы однородная. Эхогенность паренхимы умеренно повышена. Сосудистый рисунок сохранен.
Печеночные вены не расширены. Умеренно выраженный перипортальный фиброз.

*Холедох:* диаметром до 4мм., внутрипеченочные протоки не расширены, стенки тонкие.

*Желчный пузырь:* Форма правильная, размеры 58 х 25 мм, стенки не утолщены, уплотнены. Конкрементов нет. Поджелудочная железа. Контуры четкие, волнистые, эхогенность умеренно повышена, эхоструктура неоднородная.

*Селезенка:* эхогенность нормальная, эхоструктура однородная.

*Почки:* со стороны почек без патологии.

*Мочеврой пузырь:* не заполнен.

Свободная жидкость в малом тазу и забрюшинном пространстве отсутствует.

Матка не увеличена.

Яичники не визуализируются.
 ***Заключение:*** Умеренно выраженные диффузные изменения печени и поджелудочной железы

**4. Рентгенография грудной клетки**

Легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Легочный рисунок умеренно обогащен за счет интерстициального компонента. Корни легких структурны, не расширены. Диаграмма обычно расположена. Тень средостения не смещена, не расширена.

**З*аключение:*** без очаговых и инфильтративных теней

**Диагноз и его обоснование**

***Диагноз:*** Острый аппендицит. Местный серозно-фибринозный перитонит.

***Обоснование:*** диагноз ставится на основании: жалоб на боли в эпигастрии, преимущественно в правой подвздошной области, тошноту, общую слабость.

На основании:
1) анамнеза, объективных данных осмотра и допольнительных методов обследования.
2) истории настоящего заболевания: заболела за сутки до поступления, когда возникла боль в эпигастрии, локализовавшаяся в правой подвздошной области через 2 часа. В ГКБ №52 обратилась в связи с усилением болей. Обратилась в приемное отделение по каналу, самотек. Вид транспортировки на каталке. У больной клиника острого аппендицита. Выполнена экстренная лапароскопическая аппендэктомия, дренирование брюшной полости по поводу острого гангреннозного аппендицита, местного серозно - фибринозного перитонита. Состояние средней тяжести.
3) настоящего состояния больного: общее состояние больного: состояние средней тяжести, стабильное. Состояние сознания: ясное. Конституция: нормостеническая. Температура тела 37,7  **План обследования:** Общий анализ крови
 Общий анализ мочи
 ЭКГ
 УЗИ брюшной полости, малого таза
 Рентгенография грудной клетки

 Консультация гинеколога

***Результаты обследования:*** *1)* Общий анализ крови: Hb-146 гр/л, Ht- 43,9%, WBC-11,8 \*10-9/л.

2) Биохимический анализ крови, общий анализ мочи без отклонений от нормы.
3) Ультразвуковое исследование брюшной полости.
Заключение: Умеренно выраженные диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

4) ЭКГ: Острой коронарной патологии не выявлено.

5) Рентгенография грудной клетки.

**З*аключение:*** без очаговых и инфильтративных теней

**Дифференциальный диагноз**

***Острый панкреатит:*** в отличие от острого аппендицита начинается с резких болей чаще опоясывающего характера, в верхних отделах живота. Боли нередко иррадиируют в спину и сопровождаются многократной рвотой желчью, не приносящей облегчения.

В начальной стадии острого панкреатита больные ведут себя беспокойно, затем по мере нарастания интоксикации они становятся вялыми, адинамичными; при бурно прогрессирующем заболевании может наблюдаться коллапс. Кожные покровы бледные, иногда с некоторым акроцианозом, пульс значительно учащён, в то время как температура, по крайней мере, в течение первых часов заболевания остается нормальной.

При объективном исследовании живота обращает на себя внимание несоответствие между тяжестью общего состояния и относительно невыраженной болезненностью в эпигастральной области. В правой подвздошной области болезненность чаще всего отсутствует вообще. Лишь в поздних стадиях острого панкреатита по мере распространения выпота из сальниковой сумки и правого подреберья в сторону правого бокового ка­нала и подвздошной области могут появиться симптомы, симулирующие острый аппендицит. Между тем и в этом случае анамнез заболевания, наличие максимальной болезненности в эпигастральной области и характерных для острого панкреатита симптомов (отсутствие пульсации брюшной аорты в эпигастрии, наличие болезненной резистентности брюшной стенки несколько выше пупка и болезненности в левом реберно-позвоночном углу), будут способствовать установлению истинного диагноза. В трудных случаях дифференциальной диагностики большим подспорьем служит лабораторная оценка содержания амилазы (диастазы) в крови и моче. В частности, если содержание амилазы в моче превышает 128 ед. (по Вольгемуту), то при сомнении в диагнозе этот факт свидетельствует скорее в пользу острого панкреатита.

***Прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки****:* наличие классической триады (желудочный анамнез, кинжальная боль в эпигастральной области, распространенное мышечное напряжение), как правило, позволяет сразу же установить точный диагноз. Кроме того, при прободении язвы очень редко бывает рвота и часто выявляется исчезновение печеночной тупости - симптом, патогномоничный для прободения полого органа. Длительно существующий желудочный дискомфорт или прямые указания на предшествующую язвенную болезнь, начало острого заболевания не с тупых, а с очень резких болей в эпигастральной области, отсутствие рвоты свидетельствуют не в пользу острого аппендицита. Сомнения могут быть полностью разрешены при перкуторном или рентгенологическом выявлении свободного газа в брюшной полости.

При необычной локализации червеобразного отростка (под печенью, вблизи мочевыводящих путей, в малом тазу) возникает необходимость в дифференциальном диагнозе между острым холециститом, урологическими заболеваниями.

***Острый холецистит:*** в отличие от острого аппендицита начинается чаще всего не с тупых, а с очень острых болей в правом подреберье с типичной иррадиацией в правое плечо и лопатку. Эта начальная стадия острого холецистита, известная под названием желчной (печеночной) колики, сопровождается нередко многократной рвотой пищей и желчью. При расспросе больного, как правило, выясняется, что подобные приступы болей бывали неоднократно и появление их было связано с изменением обычной диеты: приемом большого количества жирной пищи, копченостей, алкоголя. При обследовании живота следует учитывать, что в случае высокого положения червеобразного отростка максимальная болезненность и напряжение мышц локализуются в латеральных отделах правого подреберья, в то время как при холецистите эти признаки выявляются более медиально. При остром холецистите нередко удаётся так­же прощупать увеличенный и резко болезненный желчный пузырь. Температура тела при остром холецистите значительно выше, чем при остром аппендиците во всех стадиях заболевания, хотя в целом деструктивный процесс при остром холецистите развивается более медленно, чем при аппендиците. Существенной разницы в динамике лейкоцитоза и в том, и в другом случае, как правило, не имеется.

***Правосторонняя почечная колика:*** как правило, начинается не с тупых, а с чрезвычайно острых болей в правой поясничной или правой подвздошной области. Нередко на фоне болей возникает рвота, которая носит рефлекторный характер. Боли в типичных случаях иррадиируют в правое бедро, промежность, половые органы и сопровождаются дизурическими расстройствами в виде учащенного и болезненного мочеиспускания. Необходимо отметить, что дизурические явления могут наблюдаться и при остром аппендиците, если воспалённый червеобразный отросток находится в тес­ном соседстве с правой почкой, мочеточником или мочевым пузырём, однако в этом случае они менее выражены. В дифференциальной диагностике чрезвычайно важная роль принадлежит анамнезу: как известно, при аппендиците никогда не бывает очень сильных приступообразных болей с описанной выше иррадиацией. Кроме того, несмотря на сильные субъективные болевые ощущения, во время физикального исследования больного с почечной коликой не удаётся выявить ни интенсивной болезненности в животе, ни симптомов раздражения брюшины. Обнаружение нарушения пассажа мочи по одному из мочеточников, установленное путем урографии или хромоцистоскопии, при наличии описанного выше болевого синдрома служит патогномоничным признаком почечной колики. Определенную ясность в диагноз вносит ультразвуковое обследование, обнаруживающее у ряда больных конкременты в проекции правого мочеточника, увеличение размеров правой почки.

***Нарушенная внематочная беременность:*** устанавливается либо задержка менструации, либо наличие кровянистых выделений из влагалища. Характерно внезапное появление довольно сильных болей внизу живота, иррадиирующих в промежность, прямую кишку, тошноты, рвоты, обморочного состояния. При пальпации определяют болезненность внизу живота, напряжение мышц брюшной стенки отсутствует. При наличии внутрибрюшинного кровотечения возникает слабость, тахикардия, выражена бледность кожных покровов, тахикардия, снижение артериального давления, снижение в крови уровня гемоглобина и гематокрита. При ректальном исследовании определяют нависание передней стенки прямой кишки в результате скопления крови в малом тазе.

**Прогноз**

Прогноз для жизни данной больной благоприятный, та как за время наблюдения и лечения в стационаре наблюдалась явная положительная динамика состояния больного.

Прогноз для трудоспособности больной так же благоприятный.

**Лечение**

**Питание:**

В течение первых 2 дней после операции больному дают бульон, жидкую кашу, яйцо всмятку, чай, кисель, на 3—4-й день добавляют протертые супы, сливочное масло и белые сухари, на 5-й день — паровые котлеты, творог, простоквашу. В последующем больных переводят на общий стол.

**Медикаменты:**

* Антибиотики: Пенициллин в/м 200 000 - 300 000 ЕД/сут в течение 3-4 дней**,** Стрептомицин, Мономицин в/в в 0,25 % растворе новокаина 3 раза/сут
* Изотонический раствор NaCl и 5 % раствор глюкозы 3 - 4 л/сут совместно с витаминами B1, В2, В6 и С
* Цефтриаксон 1 - 2 г 1 раз/сут или по 0.5 - 1г в/м
Промедол 20 мг/мл в/м

**Дневники**

15.06.14.
Первые сутки после лапароскопической аппендэктомии по поводу острого аппендицита, местного перитонита.

Состояние средней тяжести. Жалобы на умеренные боли в области послеоперационных ран. Тошноты, рвоты нет. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски. Отеков нет. Дыхание везикулярное проводится во все отделы. Хрипов нет. ЧДД-16 в мин. PS—76 уд в мин. АД-120\80 мм.рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут.мягкий, болезненный в области операции. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Притупления перкуторного звука в отлогих местах живота не выявлено. Повязки сухие. Не мочилась.

16.06.14.
Вторые сутки после лапароскопической аппендэктомии по поводу острого аппендицита, местного перитонита.

Состояние средней тяжести. Жалобы на умеренные боли в области послеоперационных ран. Тошноты, рвоты нет. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски. Отеков нет. Дыхание везикулярное проводится во все отделы. Хрипов нет. ЧДД-17 в мин. PS—74 уд в мин. АД-125\80 мм.рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут.мягкий, болезненный в области операции. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Притупления перкуторного звука в отлогих местах живота на выявлено. Повязки сухие.

**Список литературы:**

1. Кочнев О.С. «Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта»
2. Нифонтьев О.Е. «Острый аппендицит»
3. Петриченко Л.Н. «Аппендицит»