Паспортная часть:

Фамилия:

Имя:

Отчество:

Дата рождения:

Пол:

Домашний адрес:

Семейное положение:

Профессия:

Место работы:

Направившее учреждение:

Диагноз при направлении: Острый аппендицит.

Диагноз при госпитализации: Острый аппендицит.

Клинический диагноз: Острый гангренозно-перфоративный аппендицит. **Местный** фибринозно-гнойный перитонит.

Операция: аппендектомия, дренирование брюшной полости **(дата)**

Исход болезни: выздоровление.

Дата и время госпитализации: (дата время)

СРОКИ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| От начала заболевания до поступления | Длительность обследования в приёмном покое | От госпитализации до операции | Длительность заболевания от начала до операции |
|  |  |  |  |

ЖАЛОБЫ

При поступлении больной предъявлял жалобы на: боль в нижней части живота, больше справа, резкая, постоянная, неиррадиирующая, повышение температуры до 38,3°С, слабость, снижение аппетита.

На момент курации: боль в области послеоперационной раны.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Со слов больного, (дата), около 11.00 появилась боль в эпигастрии, сместившаяся в нижнюю часть живота, ниже пупка, больше справа, постоянная, неиррадиирующая, слабость, снижение аппетита, ночью спала плохо. Утром (на следующий день-дата) была двухкратная рвота, боль усилилась, стала резкой, нарастала слабость, повысилась температура до 38,3 С. 2.04.2007 г. в 11.50 скорой помощью больной был доставлен в приёмное отделение (….) гор. больницы с диагнозом острый аппендицит.

**Расспрос по системам**

Органы дыхания

Жалобы на ощущение сухости в носу, носовые кровотечении, боли у корня носа, в области лобных пазух гайморовых полостей больной не предъявляет. Обоняние в норме.

На боли при разговоре, глотании не жалуется.

Боли в груди отсутствуют. Одышки, удушья, кашля, кровохарканья нет.

Сердечно-сосудистая система

Сердцебиение, ощущение пульса в других частях тела, боли в области сердца или за грудиной, другие ненормальные ощущения в области сердца: замирание, ощущение тяжести, пустоты, ощущение тоски, чувство безотчетного страха, ощущение перебоев не наблюдается.

Органы пищеварения

Язык сухой, у корня обложен белым налётом. Слизистая оболочка внутренних поверхностей губ, щёк, нёба, зев бледно-розовая. Миндалины не изменены. Запах изо рта обычный. Аппетит плохой. Насыщаемость: быстрая. Сухость во рту, жажду, неприятный вкус, чувство кислоты, металлический вкус, слюнотечение, больной не отмечает

Больной хорошо прожевывает пищу, боли при жевании отсутствуют.

Глотание: свободное, безболезненное. Прохождение пищи через пищевод: свободное.

Рвота натощак. Не зависит от рода пищи. Количество рвотных масс среднее, вкус горький. Характер рвотных масс: остатки пищи, съеденные задолго до рвоты.

Боль в нижней части живота, больше справа, резкая, постоянная, неиррадиирующая, не зависящая от рода пищи, количества и качества ее, боли постоянные. Не проходит от приема пищи или жидкости. Не влияет на перемену тела, движения.

Метеоризм отсутствует.

Дефекация ежедневно. Чувство неполного опорожнения кишечника отсутствует. Испражнения кашицеобразные, присутствие глистов, их члеников больной отрицает. Боли при дефекации отсутствуют.

Мочеполовая система

При осмотре поясничной области изменений не выявлено. В положении лежа и стоя почки не пальпируются, область их безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. При пальпации по ходу мочеточников болезненность отсутствует. Пальпация живота в проекции мочевого пузыря безболезненна. Мочеиспускание 3 раза в сутки, безболезненное. Боли в области мочевого пузыря отсутствуют.

Нервная система и органы чувств.

Сознание ясное, память, речь не нарушены. Сон беспокойный. Координация движений и чувствительность кожи не нарушена. Сухожильные рефлексы одинаковы с обеих сторон. Память и сон не нарушены. Головные боли и головокружения отсутствуют. Зрение, слух в норме.

анамнез ЖИЗНИ

Родился (дата) года в г. Запорожье, от вторых родов, здоровым, доношенным ребёнком. Рос и развивался без отклонений, соответственно возрасту. Материально-бытовые условия удовлетворительные: проживает в благоустроенной 3-х комнатной квартире. Материальное обеспечение и питание удовлетворительное.

Аллергический и наследственный анамнезы не отягощены. Гемотрансфузий не было. Перенесённые заболевания: ОРВИ, корь. Привит по возрасту.

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Рост- см, вес-кг. Общее состояние больного относительно удовлетворительное, положение в постели вынужденное, на правом боку, ноги приведены к передней брюшной стенке, сознание ясное. Температура тела – 38,3С.

Квадратного, башенного черепа нет, размягчение костей черепа отсутствует. Мозговой череп преобладает над лицевым.

Глазные щели расположены симметрично. Слизистая склеры, конъюнктивы физиологической окраски. Зрачки одинаковые, правильной формы. Прямая реакция на свет живая, содружественная. Симптомы Грефе, Краусса отрицательные. Отрицательные симптомы Мебиуса, Штельвага, симптом «гневного взгляда». Нистагм отсутствует.

Спинка носа: западания нет; искривление носовой перегородки, дефекты, седловидный нос отсутствуют. Крылья носа в акте дыхания не участвуют. Носогубные складки симметричны. Углы губ находятся на одном уровне; трещин, заед, высыпаний нет. Губы бледно-розовые.

Язык высовывается по срединной линии, имеется белый налет; сосочки выражены, отпечатков зубов нет. Задняя стенка глотки гладкая, бледная; налетов, кровоизлияний нет. Видимые слизистые оболочки бледные.

Небо физиологической окраски, налетов, кровоизлияний нет. Миндалины физиологической окраски, налетов кровоизлияний, гнойных пробок, гнойников лакунах нет.

Десны бледно-розовые, кровоточивости, гноетечения нет.

Зубы: кариозные поражения отсутствуют, зубных протезов нет, все зубы присутствуют.

Шея средних размеров. Кровенаполнение сосудов шеи нормальное; кривошеи, ограничения движения нет; воротника Стокса, ожерелья Венеры нет.

Визуально определяется щитовидная железа. При пальпации щитовидная железа не увеличена, безболезненная, подвижная.

Запах тела и выдыхаемого воздуха физиологический. Телосложение правильное. Конституция нормостеническая. Удовлетворительное питание. Подкожная жировая клетчатка – 2 см в области реберной дуги, распределение равномерное.

Кожные покровы бледные, отмечается гиперпигментация вокруг глаз, витилиго в области спины; сыпи, язв, пролежней нет. Коллатеральное кровообращение отсутствует.

Оволосение по женскому типу. Ногти бледно-розовые, расслоения, исчерченности нет. Ногтей в виде «часовых стекол», пальцев в виде «барабанных палочек» нет.

Пальпация кожи: тургор сохранен, влажность нормальная, эластичность кожи на тыльной стороне кистей снижена.

Лимфоузлы: околоушные, собственно шейные, заушные, подчелюстные, надключичные, подключичные, подмышечные, подколенные, – не пальпируются.

Кости безболезненны, не деформированы, опорная функция не нарушена. Суставы: движения в полном объеме, безболезненны, кожа над суставами не изменена. Мышцы безболезненны; функции сохранены, мышечная сила симметрично снижена. Позвоночник имеет физиологические изгибы, безболезненный; движение в полном объеме. Отеков на лице и крестце нет.

**ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ДЫХАНИЯ**

**1. Осмотр грудной клетки.** Грудная клетка нормостеническая: переднезадний размер меньше бокового, над- и подключичные ямки выражены умеренно, ребра имеют умеренно-косой ход, межреберные промежутки умеренно выражены, плечешейный угол тупой, угол Людвига не выражен, эпигастральный угол прямой, лопатки контурируются нерезко; грудной отдел туловища по высоте равен брюшному.

Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания, отставания одной половины от другой нет. Смешанный тип дыхания. Ритм дыхания правильный. Дыхательные движения средней глубины; частота дыхательных движений – 16 в минуту. Объективные признаки одышки: изменение частоты и глубины дыхания, участие вспомогательной мускулатуры и крыльев носа в акте дыхания, акроцианоз, ортопноэ, – отсутствуют.

**2. Пальпация.** Резистентность грудной клетки нормальная. Болезненности по ходу межреберных нервов, мышц, ребер нет. Голосовое дрожание не изменено, проводится одинаково на симметричных участках грудной клетки. Ощущения трения плевры при пальпации нет. Экскурсия грудной клетки при спокойном дыхании составляет 2 см, максимальная экскурсия – 7 см.

**3. Перкуссия грудной клетки.**

Топографическая перкуссия легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижние границы легких: | | |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | Верхний край 6 ребра | 4 ребро |
| l.medioclavicularis | Нижний край 6 ребра | 6 ребро |
| l.axillaris anterior | Верхний край 7 ребра | 7 ребро |
| l.axillaris media | Верхний край 8 ребра | 8 ребро |
| l.axillaris posterior | Верхний край 8 ребра | 9 ребро |
| l. scapularis | Верхний край 9 ребра | 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 |

Определение активной подвижности легких по линиям:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Опознавательная линия** | **Правое легкое** | **Левое легкое** |
| Срединно-ключичная | 5 см | – |
| Средняя подмышечная | 7 см | 7 см |
| Лопаточная | 6 см | 6 см |

Высота стояния верхушек легких: спереди (относительно ключицы) – 2 см справа и слева; сзади – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка справа и слева. Ширина полей Кренига – 6 см справа и слева. Полулунное пространство Траубе свободно. Дыхание везикулярное. Хрипы, крепитация, шум трения плевры не выслушиваются.

Б. Сравнительная перкуссия: над симметричными участками легких перкуторный звук легочный, не измененный.

**4. Аускультация.** Над симметричными участками легких выслушивается везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы: хрипы, шум трения плевры, крепитация, – отсутствуют. Бронхофония не изменена, выслушивается в виде неясного бормотания.

**ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

**1. Осмотр.**

Осмотр сердечной области: сердечный горб отсутствует; верхушечный толчок на глаз не определяется. Отрицательного верхушечного толчка нет. Сердечный толчок отсутствует. Эпигастральная пульсация отсутствует.

Осмотр крупных сосудов: пульсация височных артерий, пляска каротид, набухлость шейных вен, венный пульс не наблюдается. Капиллярный пульс Квинке, расширение подкожных вен на грудной клетке отсутствуют. Имеется варикозное расширение вен на нижних конечностях. Симптом Альфреда Мюссе отсутствует.

**2. Пальпация.** Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии; ритмичный, площадь 2 см2. Сердечный толчок не определяется.

Симптом «кошачьего мурлыканья», трение перикарда отсутствуют.

Пульс одинакового наполнения на обеих руках. Правильный (pulsus regularis), твердый (pulsus durus), полный (pulsus plenuus). Частота пульса – 85 в минуту.

1. **Перкуссия сердца.**

Определение границ относительной и абсолютной тупости сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| Правая | правый край грудины, 4 межреберье | левый край грудины, 4 межреберье |
| Левая | на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, 5 межреберье | на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, 5 межреберье |
| Верхняя | 3 ребро, левая парастернальная линия | 4 ребро, левая парастернальная линия |

Ширина сосудистого пучка – 6 см.

**4. Аускультация.**

А. Аускультация сердца:

I точка: выслушиваются 2 тона; тоны ритмичные, усиленные; 1 тон громче, чем 2 тон.,

II точка: выслушиваются 2 тона; тоны ритмичные, усиленные; 2 тон громче, чем 1 тон.

III точка: выслушиваются 2 тона; тоны ритмичные, усиленные; 2 тон громче, чем 1 тон.

IV точка: выслушиваются 2 тона; тоны ритмичные, усиленные; 2 тон громче, чем 1 тон, выслушивается дующий систолический шум.

Точка Боткина-Эрба: выслушиваются 2 тона; тоны ритмичные, усиленные; 2 тон громче, чем 1 тон.

Изменений конфигурации тонов ни в одной из точек аускультации нет. Ритм перепела, ритм галопа не выслушиваются. Шум трения перикарда отсутствует.

Б. Аускультация сосудов:

На сонных, подключичных артериях выслушиваются 2 тона. Тоны Траубе, двойной шум Виноградова-Дюрозье при аускультации бедренной артерии отсутствуют. Симптом Сиротинина-Куковерова отсутствует. Шум волчка при выслушивании яремных вен отсутствует.

Артериальное давление 105/70 мм рт. ст.

**ИССЛЕДОВАНИЕ СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Осмотр. Язык сухой, у корня обложен белым налётом. Слизистая оболочка внутренних поверхностей губ, щёк, нёба, зев нормальной окраски. Миндалины не изменены. Запах изо рта обычный.

Форма живота обычная. Живот симметричен, не вздут. Видимая перистальтика и антиперистальтика желудка и кишечника отсутствует. Грыжевых выпячиваний нет. При дыхании правая половина живота отстаёт от левой. Венозные коллатерали отсутствуют.

Пальпация. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется защитное напряжение мышц, положительный симптом Воскресенского. Расхождения мышц брюшного пресса, грыжи, поверхностно расположенные опухоли не определяются.  
При методической, топографической, глубокой, скользящей пальпации по Образцову - Стражеско: резкая болезненность в правой подвздошной области положительны симптомы Щёткина-Блюмберга, Раздольского, Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Образцова. Симптом Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом) – отрицательный.

Инфильтратов, опухолей нет.

Перкуссия. Над брюшной полостью определяется тимпанический перкуторный звук, более высокий над кишечником и более низкий над желудком. Перкуссия в правой подвздошной области болезненна.

Перистальтика выслушивается. Последний стул 1.04.07. около 18.40. кашицеобразный, обычного цвета.

**Осмотр живота в вертикальном и горизонтальном положении.** Форма живота обычная, в лобковой области имеется выпячивание; пупок втянут. Расширенные кожные вены, пигментация, цианотические участки отсутствуют. Перистальтические и антиперистальтические движения желудка и кишечника не отмечаются.

**Пальпация печени по Образцову.** Нижний край печени не выступает из-под правой реберной дуги, находится у края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии; мягкий, с гладкой поверхностью, острый, ровный, безболезненный.

Пульсация при пальпации печени не отмечается. резкая болезненность в правой подвздошной области положительны симптомы Щёткина-Блюмберга, Раздольского, Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Образцова

**Пальпация желчного пузыря.** Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Захарьина, Лепене, Кера-Гаусмана, Ортнера, Образцова-Мерфи, Курвуазье, Георгиевского-Мюсси отрицательные.

**Пальпация поджелудочной железы.** Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненность в треугольнике Шоффара не отмечается. Болезненность в точке Дежардена отсутствует. Симптомы Гротта, Мейо-Робсона, Катча отрицательные.

**Пальпация селезенки в горизонтальном положении и на правом боку (по Сали).** Селезенка не прощупывается.

Симптом Поргеса отрицательный.

**5. Перкуссия живота.** Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптом Образцова отрицательный.

Перкуторные размеры печени по Курлову:

- 9 см – по правой срединно-ключичной линии;

- 8 см – по передней срединной линии;

- 7 см – по левой реберной дуге.

Перкуторные размеры селезенки: продольный – 7 см, поперечный – 6 см.

**6. Аускультация.** Выслушиваются шумы во всех отделах кишечника. Шум трения брюшины над печенью, селезенкой не выслушивается.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ**

**1. Осмотр.** Осмотр поясничной области: припухлости, покраснения кожных покровов нет. Визуально определяется увеличение мочевого пузыря.

**2. Пальпация.** Пальпация почек по Образцову и Боткину: почки не пальпируются.

Пальпация мочевого пузыря: не пальпируется.

Пальпация по ходу мочеточников: безболезненна.

1. **Перкуссия.** Симптом Пастернацкого отрицательный. Перкуссия мочевого пузыря: перкуторный звук над мочевым пузырем тимпанический.

**ИССЛЕДОВАНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

Сознание ясное. Интеллект: нормальный. Настроение: спокойное. Речь: нормальная. Походка: уверенная. Раздражения двигательной сферы не имеются. Зрение, слух и обоняние в норме.

**МЕСТНЫЙ СТАТУС**

При пальпации определяется резкая болезненность в правой подвздошной области, там же имеется защитное напряжение мышц живота, положительные симптомы Щёткина - Блюмберга, Воскресенского, Раздольского, Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Образцова.

Предварительный диагноз:

**На основании анамнеза:** боль в эпигастрии, сместившаяся в нижнюю часть живота, ниже пупка, больше справа, постоянная, неиррадиирующая, слабость, снижение аппетита, бессонница, двухкратная рвота.

**На основании расспрос по системам:** боль в нижней части живота, больше справа, резкая, постоянная, неиррадиирующая, не зависящая от рода пищи, количества и качества ее, боли постоянные. Не проходит от приема пищи или жидкости. Не влияет на перемену тела, движения; испражнения: кашицеобразные.

**На основании объективного исследования:** (при пальпации резкая болезненность в правой подвздошной области, защитное напряжение мышц живота, при методической, топографической, глубокой, резкая болезненность в правой подвздошной области положительны симптомы Щёткина-Блюмберга, Раздольского, Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Образцова).

**можно поставить предварительный диагноз**: Острый гангренозно-перфоративный аппендицит, местный перитонит.

**План обследования:**

1. Общий анализ крови

2. Общий анализ мочи

3. Биохимический анализ крови

4. Анализ крови на состав глюкозы

Лабораторные исследования

1. Общий анализ крови
2. Эритроциты 4,4 1012 г/л.

Нb - 110 г/л

Лейкоциты - 10,9۰109 г/л

Тромбоциты – 24 109 г/л

Эозинофилы – 5

Палочкоядерные – 4

Сегментоядерные – 84

Лимфоциты – 43

Моноциты – 1

СОЭ - 20 мм/ч

2. Общий анализ мочи

Количество – 55 мл.

Цвет – светло-желтый

Удельная плотность – 1025

рН - кислая

Белок – не обнаружен

Глюкоза – не обнаружена.

Лейкоциты-2-3 в поле зрения

Плоский эпителий – много.

6. Биохимический анализ крови

Показатели системы свертывания

Протромбиновый индекс: 88%

Фибриноген: 4,6 г\л

Фибриноген «В» +++

Активир. время рекальцификации 91 сек.

7. Анализ крови на состав глюкозы

4,6 ммоль/л (в н. 4,4 -6,6 ммоль/л.)

**Дифференциальный диагноз.**

Дифференциальная диагностика острого аппендецита должна проводиться с пятью группами заболеваний: с заболеваниями органов брюшной полости, органов забрюшинного пространства, с заболеваниями органов грудной клетки, с инфекционными заболеваниями, с болезнями сосудов и крови.

При перфоративной язве желудка или двенадцатиперстной кишки боли появляются внезапно носят резкий чрезвычайно интенсивный характер, локализуются в эпигастральной области, также наблюдается «доскообразное» напряжение мышц передней брюшной стенки. А у нашего больного боли также появились внезапно, но носили менее интенсивный и резкий характер, доскообразного напряжения мышц передней брюшной стенки также не наблюдалась. При пальпации болезненность возникала только в правой подвздошной области в отличие от перфоративной язвы при которой резкая болезненность возникает в эпигастральной области и правом подреберье. Перкуторно при перфоративной язве определяется свободный газ в брюшной полости, перкуссия нашего больного с острым аппендицитом такого симптома не определила. Рентгенологически также можно при перфоративной язве определить свободный газ в брюшной полости. Отличие заключается также и в том, что в первые часы после перфорации ( до развития перитонита ) температура тела больных остаётся нормальной, так как в нашем случае имело место повышение температуры. При перфоративной язве симптом Щёткина – Блюмберга хорошо определяется на обширном участке эпигастральной области и правого подреберья, а в нашем случае этот симптом имел ограниченную локализацию в правой подвздошной области.

Острый холецистит отличается локализацией болей в правом подреберье с характерной иррадиацией в правое плечо, надплечье лопатку, многократной рвотой желчью, не приносящей облегчения, чего у данного больного не было. Боли чаще возникают после погрешностей в диете, а данный больной ел абсолютно всё. При пальпации живота болезненность напряжение мышц и симптом Щёткина-Блюмберга определяется в правом подреберье, тогда как аналогичные симптомы у данного больного оределяются в правой подвздошной области. Так же часто пальпируется увеличенный, напряжённый желчный пузырь, а у нашего больного желчный пузырь не пальпировался. Температура тела у больных при остром аппендеците обычно выше, чем при аппендеците (у больного самая высокая была 37,2оС).

Острый панкреатит отличие в том, что при остром панкреатите рвота, как правило, многократная, боли локализуютмся в эпигастральной области, очень интенсивные, при пальпации здесь же определяется резкая болезненность, выраженное защитное напряжение мышц живота, температура нормальная, некоторое вздутие живота в результате пареза кишечника. Все вышеперечисленные симптомы отличаются от клинической картины у данного больного. При панкреатите болезненность при надавливании в левом рёберно-позвоночном углу, чего у данного больного не наблюдалось. Патогномонично для острого панкреатита повышение в крови и моче уровня диастазы, чего нет у данного больного.

Болезнь Крона и воспаление дивертикула Меккеля дают сходную клиническую картину, поэтому дифференциальный диагноз до операции труден. Если во время операции изменения в червеобразном отростке не соответствуют выраженности клинической картины заболевания, следует осмотреть участок подвздошной кишки на протяжении 1 м, чтобы не пропустить болезнь Крона или воспаление дивертикула Меккеля.

Острая кишечная непроходимость дифференцировать нужно в тех случаях, когда причина инвагинация тонкой кишки в слепую, что часто наблюдается у детей. Характерны схваткообразные боли, ноно нет напряжения мышц живота, и симптомы раздражения брюшины выражены слабо. При пальпации определяют малоболезненное подвижное образование инвагинат. Отчётливые симптомы кишечной непроходимости – вздутие живота, задержка отхождения стула и газов, при перкуссии живота определяют тимпанит. Часто в прямой кишке выявляют слизь с кровью.

Плеврит и правосторонняя пневмония, так как иногда сопровождаются болями в животе и напряжением мышц брюшной стенки. Нужно внимательно осмотреть больного, провести физикальное обследование лёгких, всё это позволяет избежать диагностических ошибок. При плевропневмонии кашель, одышка, цианоз губ, в лёгких хрипы, иногда шум трения плевры

Острый гастроэнтерит и дизентерия отличаются более интенсивные схваткообразные боли, многократная рвота пищей, понос, чего у данного больного не было. Так же ещё больные указывают на приём недоброкачественной пищи. При пальпации не удаётся точно определить место наибольшей болезненности, нет напряжения мышц брюшной стенки и симптомов раздражения брюшины, что противоречит результатам пальпации у данного больного. При гастроэнтерите и дизентерии в анализе крови нормальное количество лейкоцитов.

**Окончательный диагноз:**

На основании анамнеза заболевания: 31 марта, около 11.00 появилась боль в эпигастрии, сместившаяся в нижнюю часть живота, ниже пупка, больше справа, постоянная, неиррадиирующая, слабость, снижение аппетита, ночью спала плохо. Утром 3 апреля была двухкратная рвота, боль усилилась, стала резкой, нарастала слабость, повысилась температура до 38,3 С.

На основании жалоб больной: боль в нижней части живота, больше справа, резкая, постоянная, неиррадиирующая, повышение температуры до 38,3°С, слабость, снижение аппетита.

На основании данных объективного исследования: положение вынужденное, на правом боку, ноги приведены к передней брюшной стенке. . При поверхностной пальпации живот болезненный и напряженный в правой подвздошной области. Отмечаются положительные симптомы Ровзинга, Образцова, Воскресенского, Ситковского, Бартомье-Михельсона Симптомы раздражения брюшины положительные в гипогастральной области.

На основании данных лабораторных:

Общий анализ крови . Эритроциты - 4,4 х 1012/л, Лейкоциты – 10,9 х 109/л,

Палочкоядерные – 4 Сегментоядерные – 84 Лимфоциты – 43 Моноциты – 1 СОЭ - 20 мм/ч

Общий анализ мочи. Цвет – светло-жёлтый, удельный вес – 1025, Белок – нет, Реакция − кислая, Сахар – нет, Эпителий - плоские ед. в поле зрения, Лейкоциты – 2-3 в поле зрения, Эритроциты – нет.

**можно поставить диагноз:** Острый аппендицит, местный перитонит.

**Современное состояние вопроса по данным литературы**

**1. Этиология и патогенез острого аппендицита**

В начале заболевания ни макро-, ни микроскопически никаких изменений в червеобразном отростке выявить не удается. Затем появляются очаги деструкции эпителия, вокруг которых откладывается фибрин. Слизистая оболочка эпителия становится отечной, гиперемированной, обильно сецернирует слизь. Это - катаральный (простой) аппендицит. Макроскопически отросток несколько утолщен, серозный покров его тусклый, под ним видно множество наполненных кровью мелких сосудов, что создает впечатление яркой гиперемии. На разрезе слизистая оболочка отечна, багрового цвета, в подслизистом слое иногда удается увидеть пятна кровоизлияний.

В просвете нередко содержится сукровичная жидкость. В брюшной полости при катаральном аппендиците изредка встречается прозрачный стерильный реактивный выпот.

Процесс распространяется как по протяжению червеобразного отростка, так и вглубь его стенки, на слизистой оболочке появляются изъязвления, в просвете скапливается гной. Стенка отростка утолщается, она инфильтрирована гноем, отросток становится напряженным, гиперемированным, покрыт фибринозным налетом. Это - флегмонозный аппендицит. В связи с тем, что воспалительный процесс переходит на брюшину, могут наблюдаться фибринозные наложения на куполе слепой кишки. В брюшной полости может быть значительный мутный выпот ввиду большой примеси лейкоцитов. Так как при этом нарушается биологическая проницаемость тканей аппендикса выпот может быть инфицированнным. В просвете отростка, как правило, содержится жидкий зловонный гной.

Слизистая оболочка отечна, легко ранима; нередко удается увидеть множественные эрозии и язвы, участки стенки отростка расплавляются, что приводит к его перфорации.

2. **ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считается что воспаление червеобразного отростка развивается вследствие нарушения его физиологической функции, как результат локального проявления реакции гиперчувствительности. У детей и людей молодого возраста червеобразный отросток богат кровеносными, лимфатическими и нервными элементами, что свидетельствует об активном функционировании. По клеточному составу, соотношению Т- и В-лимфоцитов он во многом напоминает вилочковую железу, играющую ключевую роль в формировании иммунной системы.

Червеобразный отросток, расположенный на границе двух отделов кишечника, по сути является иммунорецепторным органом, который по принципу обратной связи регулирует полноту ферментного расщепления продуктов питания с помощью оценки степени антигенности химуса.

В развитии заболевания играет роль сочетание специфической реакции немедленного типа и местной реакции гиперчувствительности замедленного типа. Обычно процесс развивается по смешанному варианту с участием аутоиммунного компонента. Причем полиморфизм клинической картины острого аппендицита определяется не только природой антигена, но и генетически обусловленным характером иммунного ответа. Как известно, при острых патологических процессах основная роль принадлежит раннему иммунному воспалению, обусловленному реакциями гиперчувствительности немедленного типа (феномен Артюса).

3. **Лечение острого аппендицита**

Лечебная тактика при остром аппендиците в отличие от многих других заболеваний органов брюшной полости общепризнана и заключается в возможно более раннем удалении червеобразного отростка, если только диагноз острого аппендицита твердо установлен.

Это положение закреплено решениями 111 Всесоюзной конференции хирургов и травматологов-ортопедов (Воронеж, 1967): "При установлении диагноза острого аппендицита показана срочная операция, независимо от формы острого аппендицита, возраста больного и времени, прошедшего от начала заболевания".

Подготовка к операции не сложна и не занимает много времени. Больного просят опорожнить мочевой пузырь, затем бреют область операционного поля (весь живот и лобок) и производят туалет 0,25% раствором нашатырного спирта или эфиром.

Очищение кишечника перед операцией с помощью клизмы недопустимо (!).

В подавляющем большинстве случаев аппендэктомию производят под местной анестезией, поэтому перед операцией больному вводят подкожно 2 мл 1% раствора промедола.

Типичную аппендэктомию производят с помощью косого переменного доступа в правой подвздошной области (доступ Мак-Бурнея-Волковича-Дьяконова).

Ретроградная аппендэктомия применяется при невозможности выведения червеобразного отростка за пределы брюшной полости. Вначале отсекают отросток, обрабатывают его культю, а затем производят удаление отростка.

Ретроперитонеальная аппендэктомия производится в тех случаях, когда червеобразный отросток или дистальная часть его располагается забрюшинно, не имея брыжейки. Аппендэктомия при этом является наиболее сложной и трудной. После мобилизации купола слепой кишки рассекают париетальную брюшину латерального канала и отодвигают coecum медиально.

Проникнув таким образом в ретроцекальную клетчатку осторожно выделяют из нее дистальную часть отростка, уделяя при этом основное внимание гемостазу: обязательно надо отыскать a.appendicularis и тщательно ее лигировать.

Касаясь вопроса дренирования брюшной полости при аппендэктомии следует отметить, что для этого существуют следующие показания:

1) невозможность или отсутствие уверенности в полном внутрибрюш-ном гемостазе;

2) невозможность удаления воспаленного червеобразного отростка или хотя бы части его.

Первое может встретиться при ошибочной операции в стадии аппендикулярного инфильтрата, второе - при случайном отрыве глубоко фиксированной в брюшной полости верхушки червеобразного отростка, которую невозможно удалить.

3) наличие сформированного аппендикулярного гнойника;

4) наличие забрюшинной флегмоны.

Тампоны, установленные в брюшной полости, нельзя подтягивать (тем более извлекать!) ранее 5-6 дня после операции, т.к.только к этому времени вокруг них образуется прочный дренажный канал. Напротив, резиновые полиэтиленовые и пластмассовые трубки, установленные для введения антибиотиков, должны быть извлечены из брюшной полости не позже 3 дня поеле операции, т.к. в противном случае они могут вызвать пролежни прилежащих петель кишечника.

Особо следует остановиться на том случае, когда во время операции обнаруживают аппендикулярный инфильтрат, не распознанный до операции.

Заниматься в подобной ситуации выделением червеобразного отростка из инфильтрата нельзя, т.к. при этом не только легко можно повредить кишку, но и разрушив защитный барьер, вызвать угрозу разлитого перитонита.

Поэтому, обнаружив аппендикулярный инфильтрат ограничиваются внутрибрюшинным введением антибиотиков и оставлением, для этой же цели, ниппельного дренажа.

**Дневник:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Дата* | *Содержание дневника* | *Назначения* |
|  | Состояние удовлетворительное, температура тела-37.3°С. Жалобы на ноющие боли в области операционной раны. Кожные покровы обычной окраски, эластичные, умеренно влажные. Слизистые розовые, влажные, чистые. АД – 120/80 мм. рт. ст, пульс 76 уд/мин, хорошего наполнения и напряжения, ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное, ЧД – 19/мин. Живот мягкий, болезненный в области операционной раны. Стул, мочеиспускание в норме. | Стол №4, режим 1  Sol. Analgini 50% - 2 ml  Sol. Dimedroli 1% - 1 ml  Внутримышечно 1раз в день  Рефлин 0.5х4р/сутки,внутривенно  Гентамицин 4%-2ml,внутривенно |
|  | Состояние удовлетворительное, температура тела-36,7°С. Жалоб нет. Язык влажный, не обложен. Слизистые розовые, влажные, чистые. АД – 120/80 мм. рт. ст, пульс 73 уд/мин, хорошего наполнения и напряжения, ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание везикулярное, ЧД – 18/мин. Живот мягкий, болезненный в области операционной раны. Стул, мочеиспускание в норме. | Стол №4A, режим 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Общее состояние удовлетворительное, жалоб нет. t тела - 36,4°С. Объективно: Ps - 70 уд в мин, АД 115/75 мм.рт.ст., ЧДД - 16 дв. в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Status localis: Язык, слизистая полости рта - влажные нормального розового цвета. Живот симметричен, не вздут, при пальпации безболезнен. Перистальтика хорошая. В области раны: повязка сухая, швы не гиперемированы. Физиологические отправления в норме. | Назначения: Стол №15 Режим: стационара |

**ПРОГНОЗ**

В отношении жизни − прогноз благоприятный.

В отношении трудоспособности − временная потеря трудоспособности

**План операции:**

* косой попеременный разрез в правой подвздошной области по Волковичу-Дьяконову;
* выведение в операционную рану слепой кишки с основанием червеобразного отростка, захват салфеткой;
* перфорация брыжейки отростка у его основания зажимом Бильрота;
* проведение двух лигатур через отверстие в брыжейке, перевязка отростка;
* пересечение отростка между лигатурами, смазывание культи йодом;
* наложение у основания отростка серозно-мышечного кисетного шва, погружение культи;
* наложение на брыжейку зажимов пересечение ее, удаление отростка;
* перевязка брыжейки, контроль гемостаза;
* санация брюшной полости от воспалительного эксудата;
* установка дренажа (перчаточной резинки), микроирригатора в операционную рану;
* послойное ушивание мягких тканей и кожи до дренажа.

Планируемая премедикация: Sol.Promedoli 2% -1 ml, Sol.Atropini 0,1% - 0,5 ml, Sol.Dimedroli 1% -1 ml. Метод анестезии: общая, в/в наркоз. Группа крови и резус фактор: В (III), Rh (+).

Больная с планом операции и возможными осложнениями ознакомлена, согласие на операцию получено.

# Выбор метода обезболивания

Метод обезболивания − эндотрахеальный наркоз

**Протокол операции:**

2.04.2007 г. Операция: аппендектомия, дренирование брюшной полости. Премедикация: Sol.Promedoli 2% -1 ml

Sol.Atropini 0,1% - 0,5 ml

Sol.Dimedroli 1% -1 ml.

Sol.Nacefi 1,0

«После обработки операционного поля раствором хлоргексидина, под общим обезболиванием произведена лапаротомия доступом Волковича-Дьяконова. В правой подвздошной области брюшной полости до 50 мл жидкого гноя, без запаха, с хлопьями фибрина. Аспирирована, взята на бак. исследования. Отросток гангренозно изменен, с перфорацией в средней трети верхушки. Петли кишечника при ревизии умерено отечны, гиперемированы, в нескольких местах наложения фибрина легко удалены .Аппендэктомия киссетным способом и Z-образным швом. Промывание брюшной полости гипертоническим физ.раствором до чистых вод. Контроль на гемолиз и инородные тела. Шов раны, ас. повязка.

Исход: отросток до 10 см, дряблый, покрытый фибрином, два отверстия 0.2х0.2 на верхушке и средней трети.»

**Диагноз:** Острый гангренозно-перфоративный аппендицит. Местныйфибринозно-гнойный перитонит.

**Выписной эпикриз:**

Больной\_\_\_\_\_\_\_\_, года рождения находится на стационарном лечении в -ом хирургическом отделении (№…) гор. больницы с (дата) по поводу *острого гангренозного-перфоративного аппендицита, местного фибринозно-гнойного перитонита.*

Больной поступил с жалобами на внезапно появившиеся боли низкой интенсивности в эпигастральной области, которые через 15 часов переместились в правую подвздошную область (с. Кохера-Волковича «+»), усилились; повышение температуры (до 38,3°С), недомогание, слабость, тошноту, однократную рвоту. Объективно: состояние среднетяжелое, бледность и сухость кожных покровов и слизистых, повышенная температура (38,3°С). При поверхностной пальпации передняя брюшная стенка в правой подвздошной области напряжена, пальпация болезненна (симптом Воскресенского «+»), симптом Щеткина-Блюмберга слабо положителен в правой подвздошной области. Симптомы Ситковского, Бартомье-Михельсона, Образцова, Ровзинга - положительны. При перкуссии в правой подвздошной области - болезненность (симптом Раздольского «+»).

Были произведены следующие исследования: общий анализ крови, HbsAg, определение сахара крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи. Выявлено: лейкоцитоз (10,9\*109/л), «сдвиг лейкоцитарной формулы влево», ускоренное СОЭ (20 мм/ч).

По показаниям (наличие острого воспаления червеобразного отростка) произведена экстренная хирургическая операция: аппендектомия, дренирование брюшной полости, вид обезболивания: общее, в/в наркоз. Ход операции - по плану, без осложнений. Послеоперационный период протекает без осложнений, обезболивание в послеоперационном периоде: 2 инъекции Sol. Analgini 50% - 2 ml и Sol. Dimedroli 1% - 1 ml внутримышечно 1раз в день

Дезинтоксикационная, антибактериальная терапия Рефлин 0.5х4р/сутки,внутривенно

Гентамицин 4%-2ml,внутривенно

На настоящий момент состояние больного удовлетворительное, исход заболевания в результате лечения - выздоровление. После выписки из стационара необходимо в течение 6 месяцев ограничить физическую нагрузку. Прогноз для трудоспособности благоприятный.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Давыдовский И.В. Общая патология человека. Изд. П.М., «Медицина», 1969
2. Калитеевский П.Ф. Макроскопическая дифференциальная диагностика патологических процессов. М., «Медицина», 1996.
3. Общая патология человека. Руководство, т.1, 2. Под ред. А.И.Струкова, В.В. Серова, Д.С.Саркисова. М., «Медицина», 1990.
4. Серов В.В. , Ярыгин Н.Е., Пауков В.С. Патологическая анатомия. Атлас. М., «Медицина», 1987.