Наименование лечебного учреждения: Ульяновская Областная Клиническая Больница №1

Группа крови: А (II)

Резус-фактор: +

Ф.И.О. больного: Пол: мужской  
Возраст:

Место работы:

Место жительства:

Дата поступления в стационар: 26.02.2007 (21ч. 10 мин.)   
Дата заболевания: 26.02.2007 (07ч. 20мин.)   
Диагноз при поступлении: Острый аппендицит   
Диагноз клинический: Острый катаральный аппендицит   
Диагноз заключительный: Острый катаральный аппендицит   
Операция: экстренная аппендэктомия 26.02.2007

Осложнения:

Сопутствующие заболевания:  
Койкодни:

**Жалобы при поступлении в больницу:**

Больной предъявлял жалобы на острые, режущие боли в эпигастральной области, которые через некоторое время переместились в   
правую подвздошную область. Отмечал тошноту, общую слабость, недомогание,   
небольшое повышение температуры (до 37.5). Боли носили постоянный   
характер, не иррадиировали.

**Жалобы на момент курации:**Больной предъявляет жалобы на не интенсивные, ноющие боли в области послеоперационной раны.

**Анамнез заболевания:**

26.02.2007 (07ч.20мин) внезапно появилисьне очень интенсивные боли в эпигастральной области, которые в дальнейшем переместились в правую   
подвздошную область. Боли усиливались, носили постоянно нарастающий   
характер, усиливались при мочеиспускании. Наблюдалось небольшое   
повышение температуры (до 37.7),общая слабость, недомогание, тошнота и   
озноб. Подобные явления в прошлом не наблюдались.

26.02.2007 вечером боли стали более интенсивными, носили постоянный характер. В связи с этим была вызвана скорая помощь, и больной был   
госпитализирован в хирургическое отделение УОКБ №1. Был произведен   
осмотр хирургом : язык обложенный, влажный; температура тела 37.5; при   
пальпации определялась болезненность в правой подвздошной области   
живота и напряжение мышц живота; симптомы Ровзинга. Ситковского,   
Образцова Воскресенского, Бартомье-Михельсона — положительные;   
симптом Щеткина-Блюмберга – отрицательный, и поставлен диагноз:   
острый аппендицит. В экстренном порядке произведено оперативное   
вмешательство — экстренная аппендэктомия. На основе гистологического   
исследования был поставлен клинический диагноз - острый катаральный   
аппендицит.

**Анамнез жизни:**

Родился 08.12.1990года в г. Ульяновске, вторым ребенком в семье. Рос и

развивался соответственно полу и возрасту.   
В школу пошел с 7 лет. После школы получает среднее специальное образование. Не работает. Не женат, детей нет. Жилищные условия нормальные.

Перенесенные заболевания: в детстве часто болел ангиной, перенес ветрянку.   
Наследственность: не отягощена.   
Привычные интоксикации отрицает.   
Аллергологический анамнез: отрицает.   
Трансфузионный анамнез: кровь не переливалась, донором не является.

**Объективное исследование на момент курации:**

Общее состояние***:***удовлетворительное.

Положение больного: вынужденное.

Сознание: ясное   
Выражение лица: обычное

Телосложение: нормостеническое.

Температура тела: 37о.

Вес соответствует росту.   
Кожные покровы телесного цвета, сниженной эластичности, нормальной влажности. Сыпи, рубцы, варикозное расширение вен не отмечается.

Слизистые глаз, носа, губ, полости рта - розового цвета, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, отеки не выявляются. Лимфатические узлы  
 подчелюстные, подмышечные, паховые - величиной 3-6 мм, округлой ф  
ормы, мягко-эластической консистенции, не спаянные с окружающей клетчаткой, безболезненны при пальпации.   
Мышцы развиты умеренно, среднего тонуса, Безболезненны при пальпации.

Кости без деформации, безболезненны при пальпации.

Суставы без деформаций безболезненны, не ограничены при активной и   
пассивной подвижности.

**Исследование нервной системы.**

Обоняние, вкус, зрение, слух - без выраженных изменении. Речь,   
координация движений не нарушены.

**Органы дыхания.**

Дыхание через нос свободное. Голос сохранен. Грудная клетка без деформаций, правильной конфигурации. Над и подключичные ямки выражены умеренно, ключицы расположены симметрично, лопатки прилежат к грудной клетке, ребра имеют косо-нисходящий ход, эпигастральный угол 90 – грудная клетка нормостенического типа. Тип дыхания – смешанный. Частота дыхания – 20 в минуту.

При пальпации грудная клетка эластична, безболезненна.

При сравнительной перкуссии перкуторный звук над легочными полями - легочный, симметричный.   
При топографической перкуссии высота стояния верхушек спереди 3 см слева

и 3 см справа, сзади - на уровне остистого отростка II шейного позвонка с   
обеих сторон.

**Нижние границы легких.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| По линиям | Правого легкого | Левого легкого |
| Паростерналъные  Срединноключичные  Передние подмышечные  Средние подмышечные  Задние подмышечные  Лопаточные | V РЕБРО  VI РЕБРО  VII РЕБРО  VIII РЕБРО  IX РЕБРО  X РЕБРО | VI РЕБРО  VI РЕБРО  VII РЕБРО  VIII РЕБРО  IX РЕБРО  X РЕБРО |

Подвижность нижних границ легких по задней подмышечной линии   
при форсированном дыхании справа - 6 см, слева - 6 см.

При аускультации дыхание везикулярное.   
Крепитация, хрипы шум трения плевры не прослушивается. Бронхофония   
выражена средне, симметрична.

**Органы кровообращения.**

Область сердца без патологии. Сердечный горб отсутствует. Патологической пульсации в области крупных сосудов не выявляется. При пальпации области сердца верхушечный толчок определяется в 5 межреберье, справа, на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, умеренной силы, резистентный, низкий, положительный. Сердечный толчок пальпаторно не определяется.

Границы относительной сердечной тупости:

* Правая - 1 см кнаружи от правого края грудины (в 4 межреберье)
* Верхняя – на уровне 3 ребра слева
* Левая – 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии (в 5 межреберье), совпадает с верхушечным толчком

Границы абсолютной сердечной тупости:

* Правая – левый край грудины (в 5 межреберье)
* Верхняя – на уровне 4 ребра
* Левая – на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии (в 5 межреберье)

Ширина сосудистого пучка 4 см. Конфигурация сердца нормальная, талия сохранена.

При аускультации тоны сердца ясные, средней громкости, ритмичные. Соотношение тонов на верхушке и основании сохранено. АД 110/70 мм.рт.ст. Пульс определяется на лучевых артериях, 90 уд/мин, ритмичный

**Органы пищеварения.**

Язык чистый, влажный. Имеются кариозные зубы, санированы.   
Глотание не нарушено. Живот обычной конфигурации, участвует в акте   
дыхания, видимой перистальтики не отмечается. Наблюдается   
послеоперационный рубец в правой подвздошной области по поводу   
проведенной аппендэктомии.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный; болезненность отмечается в области послеоперационного рубца.

При сравнительной пальпации мышцы умеренного тонуса, наблюдаетсянебольшое напряжение мышц в области послеоперационного рубца.

При глубокой пальпации: пальпируется сигмовидная   
кишка; восходящий и нисходящий участки толстого кишечника в виде   
мягких, эластичных, безболезненных тяжей шириной 2-2,5 см. Тело и   
пилорический отдел желудка не пальпируется.

Перкуторный звук тимпанический.

При аускультации: перистальтика умеренная, тихая.

**Гепатолиенальная система.**

Печень не пальпируется. Выпячивания, деформации в области печени не выявляются. Размеры печеночной тупости по Курлову:

По среднеключичной линии – 10 см,

По срединной линии – 9 см,

По левому краю реберной дуги – 8 см.

При осмотре области селезенки выпячиваний и деформаций нет. Селезенка не пальпируется. Перкуссия селезенки:

Длинник – 8 см,

Поперечник – 4 см.

**Органы мочевыделения.**

Область почек без деформаций. Почки, в положении больного лежа, стоя   
не пальпируются. Мочеточниковые точки безболезненны. Болезненность при   
поколачивании области почек не выявляется. Мочевой пузырь не   
пальпируется, перкуторно не определяется.

**Эндокринная система.**

При осмотре и пальпации щитовидная железа не определяется. Патологические глазные симптомы не выявляются. Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту.

**Хирургический статус:**

Состояние больного после операции удовлетворительное, сознание ясное. При   
осмотре живота: живот мягкий в области послеоперационной раны   
наблюдается небольшое напряжение. В правой подвздошной области   
наблюдается послеоперационный рубец, длиной 6-7 см, количество швов — 6,   
края раны прилегают плотно, отека, красноты, кровоподтеков не наблюдается;   
прорезывание швов и отделяемого нет. При пальпации вокруг раны больной отмечает болевые ощущения. Аппендикулярного инфильтрата не определяется.

**Предварительный диагноз.**

Основной: Острый аппендицит  
Осложнения основного диагноза:-  
Сопутствутотций диагноз:-

**План обследования.**

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Измерение температуры тела в подмышечной области

**Данные лабораторных и инструментальных исследований.**

Общий анализ крови (26.02.07)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **У больного** | **В норме** |
| Эритроциты | 4,2х1012/л | 4,0-5,6х1012/л |
| Гемоглобин | 134 г/л | 130-160 г/л |
| Цвет. показатель | 0,1 | 0,8-1,1 |
| Лейкоциты | 21,4х10^9/л | 4,3-11,2х109/л |
| Нейтрофилы  Палочкоядерные  Сегментоядерные | 3%  63% | 1-6%  47-72% |
| Лимфоциты | 36% | 18-40% |
| СОЭ | 62 мм/ч | 1-14 мм/ч |

Заключение: в крови наблюдается лейкоцитоз, ускоренная **СОЭ**

Общий анализ мочи (26.02.07)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатель** | **У больного** | **В норме** |
| Суточное кол-во | 1025мл | 1000-2000мл |
| Цвет | Светло-желтый | Соломенно-желтый |
| Прозрачность | прозрачная | Прозрачная |
| Белок | 0,0г/л | 0г/л |
| Сахар | 0 | 0 |
| Реакция | кислая | Кислая/слабокислая |
| Уд. вес | 1,025 | 1,010-1,025 |
| Плоский эпителий | 0 | 0-3 (в поле зрения) |
| Эпителий мочевых канальцев | Отр. | Отр. |

Заключение: все показатели в норме.

t0C от 26.02.2007 22ч. 00 мин:  
37,20С

**Клинический диагноз:**

На основании жалоб больной на внезапно возникшие боли в эпигастральной   
области, которые спустя некоторое время переместились в правую   
подвздошную область. Больная отмечала общую слабость, недомогание,   
тошноту, незначительное повышение температуры (до 37,5). Боли носили   
постоянный характер, не ирродиирующие.   
Через некоторое время боли стали усиливаться.

На основании осмотра больной при поступлении: состояние больной   
удовлетворительное, сознание ясное, положение вынужденное; язык   
обложенный, влажный; температура 37,7. При пальпации определяется   
болезненность в правой подвздошной области живота, определяется защитное   
напряжение мыши брюшной стенки. Симптомы Ровзинга, Ситковского,   
Образцова, Воскресенского, Бартомье-Михельсона положительные. Симптом   
Щеткина-Блюмберга отрицательный (свидетельствует об отсутствии   
перитонита).

На основании лабораторных данных: лейкоцитоз, ускоренное СОЭ.

Поставлен диагноз ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

В ходе операции был взят биоптат на гистологическое исследование, на   
основании полученных результатов (гиперемия слизистой оболочки,   
умеренная отечность отростка, инъекция сосудов) был поставлен клинический   
диагноз — ОСТРЫЙ КАТАРАЛЬНЫЙ АППЕНДИЦИТ.

**Дифференциальная диагностика:**

1. Острый холецистит — для острого холецистита характерна иррадиация болей в правую лопатку, плечо, правую половину шеи; боли   
локализуются в правом подреберье. Больные предъявляют жалобы на   
"отламывающуюся" поясницу. При пальпации выявляется опущение   
печени. При печеночной колике боли гораздо интенсивнее, отсутствуют   
признаки интоксикации, показатели температуры и лейкоцитоза крови в   
норме.

2. Острый панкреатит - основными симптомами дифференциальной   
диагностики являются характерные опоясывающие боли и повышение   
диастазы мочи (реакция по Вольгенуту) при панкреатите (однако могут   
быть не всегда выражены). Наличие более выраженной интоксикации,   
упорной не приносящей облегчения рвоты с желчью, отсутствие   
инфильтрата в правой подвздошной области при большой давности   
заболевания свидетельствует о наличии панкреатита. Для болей   
характерна иррадиация в левое плечо, лопатку, левую половину шей.   
Характерен симптом Мейо—Робсона (выраженная болезненность в   
левом реберно-позвоночном углу сзади).

3. Острая кишечная непроходимость - боли при кишечной   
непроходимости имеют схваткообразный характер, при аппендиците   
постоянный ноющий характер; характерна рвота не приносящая   
облегчения; губы и язык сухие (в то время как при остром аппендиците   
— влажные); живот деформирован, но мягкий; могут определяться   
раздутые петли кишечника; зияние ануса; асимметрия живота; при   
рентгенологическом исследовании — чаши Клойберга.

4. Заболевания почек — почечная колика никогда не сопровождается   
повышенной температурой, интоксикацией, изменениями со смены   
крови. Боли всегда стихают после применения спазмолитических   
средств, тепла. При остром аппендиците этого никогда не бывает. При   
почечной колике боли носят резкий схваткообразный характер,   
больные мечутся в постели. При наличии патологии правой почки,   
сопровождающейся обтурацией и пиелитом, картина напоминает   
клинику острого аппендицита. В этом случае помочь провести   
дифференциальную диагностику может своевременно сделанная   
хромоцистоскопия, которая позволяет выявить или исключить   
почечную патологию; блокада семенного канатика или круглой связки   
матки, паранефральная блокада, горячая ванна, которые быстро, купируют боли при почечной колике, и никогда не снимают болей при остром аппендиците.

**Этиология и патогенез:**

В результате дисфункции нервно-регуляторного аппарата червеобразного отростка в нем происходит нарушение кровообращения, что ведет к   
трофическим изменениям в червеобразном отростке. Дисфункцию нервно--  
регуляторного аппарата могут вызвать три группы факторов:

1. сенсибилизация (аллергические компонент — пищевая аллергия, глистная инвазия)

2. рефлекторный путь (болезни желудка, кишечника, желчного пузыря)   
3. непосредственное раздражение (инородные тела в червеобразном отростке; каловые камни; перегибы)

Дисфункция нервно-регуляторного аппарата приводит к спазму мышц и   
сосудов червеобразного отростка. В результате нарушений   
кровообращения в червеобразном отростке происходит отек его стенки.   
Набухшая слизистая оболочка закрывает устье червеобразного отростка,   
скапливающееся в нем содержимое растягивает его, давит на стенку   
отростка, еще больше нарушая его трофику. Слизистая оболочка в   
результате этого теряет устойчивость по отношению к микробам, они   
внедряются в стенку червеобразного отростка, и возникает воспаление.   
Острый аппендицит является неспецифическим воспалительным   
процессом.

**Лечение:   
Протокол анестезиологического пособия.**

При остром катаральном аппендиците необходима экстренная операция-

аппендэктомия:

Дата: 26.02. 2007   
Время: 23ч20 мин-23ч50мин

Больной взят в операционную в экстренном порядке, осмотр на   
операционном столе.

Состояние: средней тяжести   
Диагноз: Острый аппендицит; операция экстренная *аппендэктомия*Сознание: ясное;   
Дыхание: адекватное   
АД 130/85; пульс 78 уд/мин   
Наркоз: общая анестезия; эндотрахеальный; ИВЛ   
Премедикация: в/венно супрастин 20 мг;

Атропин 0,1% -0,5 мг

Вводный наркоз: диазепам 5 мг

Фентанил 0,1 мг

Дроперидол 5 мг

Интубация трахеи: положёние прямое; приём Селика; зонд в желудок

Поддержание анестезии: закись азота 3 л/мин

Кислород 1,5 л/мин   
 Диазепам 5 мг   
 фентанил 0,4 мг

Тиопентал 200 мг ( в/в балюсно)

ИВЛ: аппаратная;

Режим: ДО- 500 мл; частота- 16/мин; пульс- 78 уд/мин; АД — 130/85

Пробуждение через 10 мин после окончания операции; перевод в палату.

**Ход операции:**

Название операции — экстренная аппендэктомия   
Оператор:   
Ассистёнт:   
Операционная сестра:   
Описание операции:

Положение больного на спине.  
Доступ из разреза **Волковича-Дьяконова**.   
Произведен косой разрез длиной 10 см в правой подвздошной области (середина разреза проходит на границе средней и наружной третей линии, соединяющей переднюю верхнюю ость подвздошной кости с пупком). Пересечены и перевязаны ветви a. epigastrica superficialis. Произведен разрез апоневроза наружной косой мышцы живота. Введенными под апоневроз куперовскими ножницами он был отслоен от подлежащих мышц и рассечен на всем протяжении кожного разреза. Далее, сомкнутыми браншами ножниц тупо были раздвинуты волокна косой и поперечных мышц, а также поперечная фасция.   
Края раны были разведены тупыми крючками. Далее была рассечена брюшина.  
Со стороны правого бокового канала была найдена слепая кишка, купол ее вместе с червеобразным отростком был выведен из операционной раны. Червеобразный отросток отечен, напряжен, слепая кишка в районе отростка плотная, терминальная часть подвздошной кишки гиперемирована.  
На свободный край брыжейки у верхушки червеобразного отростка был наложен кровоостанавливающий зажим, в брыжейку было введено 15 мл 0,25% раствора новокаина, после чего на нее был наложен кровоостанавливающий зажим и она была отсечена.  
Червеобразный отросток у основания был пережат кровоостанавливающим зажимом, перевязан кетгутом по основанию. Вокруг основания отростка был наложен серозно-мышечный кисетный шов. Выше лигатуры, лежащей на основании отростка, был наложен кровоостанавливающий зажим, затем между ним и лигатурой отросток был отсечен и направлен на гистологическое исследование.  
Культя отростка была смазана спиртовым раствором йода и погружена в ранее наложенный кисетный шов, после чего он был затянут. Кисетный шов был завязан двумя узлами, поверх него был наложен Z-образный шов. Брюшная полость была обследована на наличие выпота (в правой подвздошной области выпота нет). Брюшина была зашита непрерывным кетгутовым швом. На мышечную рану были наложены узловые кетгутовые швы до сближения краев мышцы, на апоневроз наружной косой мышцы - шелковые швы, далее были ушиты подкожная клетчатка и кожа. Наложена асептическая повязка.  
Макроскопия: аппендикс 6-7 см, слизистая оболочка гиперемирована,   
наблюдается умеренная отечность отростка, инъекция сосудов.

Послеоперационный диагноз: Острый катаральный аппендицит.

**Назначение:**

1. стол 0   
2. режим палатный

3. холод на область послеоперационной раны

4. Sol. Oxacillini 2,0 \*4 раза в день в/в

5. Sol. Ketoroli 1,0 mlв/в   
6. УВЧ на рану

**Дневники:**

26.02.2007- Больной предъявляет жалобы на не интенсивные боли в области

послеоперационного рубца; температура тела в норме (36,7). Объективно общее состояние   
относительно удовлетворительное; сознание ясное. В легких дыхание   
везикулярное. ЧДД-17 в мин. Живот мягкий, безболезненный; умеренно   
болезненный при пальпации в области послеоперационной раны.   
Симптомов раздражения брюшины нет. Послеоперационный рубец длиной 6   
см, количество швов 6, края раны прилегают плотно; отека, красноты,   
кровоподтеков не наблюдается; прорезывание швов и отделяемого нет,

28.02.2007 — Больной предъявляет жалобы на не интенсивные боли в области   
послеоперационного рубца; температура тела в норме (36,7). Объективно общее состояние   
относительно удовлетворительное; сознание ясное. В легких дыхание   
везикулярное. ЧДД-17 в мин. Живот мягкий, безболезненный; умеренно   
болезненный при пальпации в области послеоперационной раны,   
Симптомов раздражения брюшины нет. Послеоперационный рубец длиной 6   
см, количество швов 6, края раны прилегают плотно; отека, красноты,   
кровоподтеков не наблюдается; прорезывание швов и отделяемого нет

02.03.2007- Больной жалоб не предъявляет. Температура тела в норме. Общее   
состояние удовлетворительное; сознание ясное. Живот мягкий,   
безболезненный; наблюдается небольшая болезненность при пальпации в   
области послеоперационной раны. Симптомов раздражения брюшины нет.   
Изменений со стороны послеоперационной раны нет.

**Эпикриз:**

Больной ФИО , …. лет, поступил в УОКБ №1 в   
21.10 26.02.2007 с жалобами на острые, режущие боли в   
эпигастральной области, которые через некоторое время переместились в   
правую подвздошную область. Отмечал общую слабость, недомогание, тошноту,   
небольшое повышение температуры (до 37.5). Боли носили постоянный   
характер, небольшой интенсивности, не иррадиировали. Больной   
госпитализирован в хирургическое отделение, где динамически наблюдался   
в течении 2-х часов. За это время были сделал, OAK, ОАМ.   
 В течении двух часов coстояние больного   
ухудшилось.

13.01.2004 в 18.40 была произведена операция- Экстренная аппендэктомия.   
Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной получал   
консервативное лечение, физиолечение (УВЧ) на область   
послеоперационной раны. В настоящее время состояние больной   
удовлетворительное. Швы сняты на 6 сутки. Рана заживает первичным   
натяжением.

Больной выписывается домой в удовлетворительном состоянии под   
наблюдением врача — хирурга по месту жительства.

Анализ крови и мочи в пределах нормы.

Рекомендовано: наблюдение у хирурга по месту жительства, ограничение   
тяжелой физической нагрузки на 1-2 месяца.

Прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный.