**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Ф. И. О.

Возраст - 59 лет (25.01.51г.)

Место работы – не работает.

Адрес - Дата поступления в клинику - 10.01.10г., 14.10

Предварительный диагноз – Острый аппендицит. Местный перитонит. Артериальная гипертензия Iст., риск - II.

Клинический диагноз

А) основное заболевание- острый гангренозный аппендицит.

Б) осложнения- местный перитонит.

В) сопутствующие заболевания- гипертоническая болезнь 1ст., риск-2

Операция – Аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости.

Окончательный диагноз

Основной – острый перфоративно-гангренозный аппендицит.

Осложнения – местный гнойный перитонит. Рыхлый аппендикулярный инфильтрат.

Сопутствующие заболевания – Артериальная гипертензия I ст., II - риск.

**ЖАЛОБЫ**

На момент курации больной предъявляет жалобы на боли в послеоперационной ране, слабость.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Пациент считает себя больным со 2.01.10г., когда впервые вечером появились боли в эпигастральной и околопупочной областях. На следующий день боли спустились в правую подвздошную область. Самостоятельно не лечился. На следующий день боли стали менее интенсивные. 9.01.10г. наступило ухудшение – боли усилились, появилась тошнота, выраженная слабость, поднялась температура до 37,5. 10.01.10г. вызвал бригаду скорой помощи и был доставлен в приёмное отделение БСМП. Пациент был осмотрен дежурным хирургом и по экстренным показаниям отправлен в операционную. 15.20-16.20 – проведена аппендектомия, санация и дренирование брюшной полости. Был выставлен послеоперационный диагноз – острый перфоративно-гангренозный аппендицит. Местный гнойный перитонит. Рыхлый гнойный инфильтрат.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Со слов больного, родился в городе Ульяновске. Рос и развивался соответственно возрасту. Была вторым ребёнком в семье. После окончания школы поступил в училище, затем после его окончания устроился на работу. На данный момент негде не работает. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Перенесённые заболевания – ОРВИ, детские инфекции. Наследственность – со слов больного, у матери была ГБ.

Вредные привычки – курение в течение 10 лет.

Аллергию на лекарственные средства, пищевые продукты, химические вещества отрицает.

Трансфузионный анамнез – отрицает.

Контакты с инфекционными больными отрицает, вирусный гепетит, туберкулёз, ВИЧ, венерические заболевания отрицает.

**НАСТОЯЩЕЕ СОСТОНИЕ**

Общее состояние – средней степени тяжести. Сознание ясное, положение тела активное. Температура 37,30С , PS - 78 . Телосложение нормостеническое. Рост - , вес - .

Окраска кожных покровов и видимых слизистых обычная, на коже сыпей, кровоизлияний, изъязвлений и депигментаций нет. Волосяной покров развит соответственно полу и возрасту. Кожа умеренной влажности, тургор сохранён.

Ногти обычной конфигурации. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, подкожная эмфизема отсутствует. Кожа над лимфатическими узлами обычной окраски, л/узлы доступные для пальпации не увеличены, безболезненны.

Мускулатура развита нормально, симметрично, тонус и сила мышц нормальные. Судорог и дрожаний нет. При пальпации мышцы безболезненны.

Костная система: искривлений, деформаций, укорочений, периоститов и болезненности нет. Пальцы в форме барабанных палочек отсутствуют. Суставы обычные по форме и объему, изменений окраски кожных покровов над ними не наблюдается, флюктуация и хруст в суставах отсутствуют. Тугоподвижность не наблюдается.

Позвоночник: сколиоз, патологический кифоз и лордоз не обнаружены. Боли отсутствуют.

Голова нормальной формы и величины, дрожаний, деформаций нет. Нос обычной формы, крылья носа в акте дыхания не участвуют, герпеса нет. Глаза умеренно блестящие, склеры обычной окраски, атеросклеротические изменения кровеносных сосудов глаза отсутствуют.

**ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА**

Грудная клетка нормостенического типа, деформаций и асимметрий не наблюдается, межреберье нормальные, не расширены , не выбухают. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания, дыхание через нос не затруднено; одышка и удушье не наблюдаются.

Голосовое дрожание и бронхофония не изменены, при пальпации ребра и межреберные промежутки безболезненны. При перкуссии перкуторный звук ясный легочный. Границы легких в пределах нормы.

При аускультации – дыхание везикулярное, одинаковое на симметричных участках, патологических шумов нет.

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

При осмотре верхушечный толчок в 5-ом межреберье на 1 см кнутри от левой средино-ключичной линии, сердечный горб отсутствует. При надавливании пальцем между ножками правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы боль не возникает (симптом Мюсси-Георгиевского отрицателен). Пляска каротид, капиллярный пульс Квинке, набухание яремных вен не наблюдаются.

Пульс на лучевых артериях ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжения, средней величины 78 ударов в минуту, одинаковый на обеих руках, дефицита пульса нет. АД 140/90, одинаковое на обеих руках.

При перкуссии границы сердечной тупости в пределах нормы.

При аускультции в положении стоя, лёжа на левом боку – 1 тон обычной громкости, 2 тон без акцентов, 3 и 4 тоны не выслушиваются. Шумов трения перикарда нет, сердечных шумов нет.

**ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Аппетит снижен, влечения к несъедобным вещам не отмечает, избирательного отвращения к пищи нет. Вкус во рту нормальный, сухости и гиперсаливации не отмечает, пьет в день около 2 литров воды. Пережевывание пищи хорошее, глотание безболезненное, свободное. Прохождение пищи по пищеводу без затруднений. Изжоги и отрыжки нет. Стул бывает ежедневно. Кал оформленный темно-коричневого цвета. Примесей крови, слизи и непереваренных частиц пищи в кале нет.

Осмотр.

Полость рта: цвет слизистых нормальный, без высыпаний.

Язык влажный, обложен белым налётом у корня.

Зубы: санированы.

Десны розовые, без припухлости и кровоточивости.

Исследование живота.

Живот правильной формы, не вздут, мягкий, симметричный, участвует в акте дыхания. Расширенные подкожные вены не наблюдаются.

Пальпация.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот болезненный в области послеоперационной раны.

При поверхностной сравнительной пальпации мышцы передней брюшной стенки не напряжены. Симптом Щёткина – Блюмберга – отрицательный.

Печень не пальпируется,

Селезенка не пальпируется;

Желчный пузырь не пальпируется.

Перкуссия.

Звук при перкуссии тимпанический.

Свободная жидкость в полости живота отсутствует.

Размеры печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии - 11 см;

по передней срединной линии - 10 см;

по левой реберной дуге - 9см.

Аускультация.

При аускультации живота выслушивается шум перистальтики кишечника,

ритмичный, средней громкости.

Мочевыделительная система.

Осмотр.

В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Выпячивания, припухлости в области почек не наблюдается.

Пальпация и перкуссия.

Почки в положении пациента лежа и стоя пропальпировать не удалось. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Болезненности при поколачивании справа и слева в области почек не обнаружено.

Болезненность при пальпации справа и слева верхних, средних и нижних

мочеточниковых точек отсутствует.

Мочевой пузырь в положении лежа и стоя не пальпируется.

Болезненности в надлобковой области нет.

Мочеиспускание со слов больного регулярное, безболезненное.

Половая система.

Патологии не выявлено.

**Эндокринная система.**

При пальпации щитовидная железа не пальпируется.

Глазные симптомы (Грефе, Мебиуса, Штельвага, акромегалия) не выявляются.

Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту.

**Нервная система.**

Сознание ясное, настроение спокойное. Со слов пациента он не раздражителен, не вспыльчив, проявляет интерес к окружающему миру и событиям, способен сосредоточиться.

Память не снижена. Сон нормальный. Головные боли не беспокоят. Иногда бывает головокружение. Слышит хорошо. Зрение в норме.

Сухожильные и кожные рефлексы сохранены.

**STATUS LOCALIS**

В правой подвздошной области **-** послеоперационная рана. Повязка умеренно пропитана серозно-геморрагическим отделяемым. По дренажу – около 50 мл геморрагической жидкости.

**СВОДКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ**

На основании предъявляемых жалоб, анамнеза заболевания и данных осмотра выставлен

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Острый аппендицит. Местный перитонит.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**

Общий анализ крови.

Общий анализ мочи.

ЭКГ

Биохимический анализ крови

Кровь на ВИЧ и RW

Кровь на сахар

Коагулограмма

УЗИ органов брюшной полости

**ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ**

1. ОАК от 11.01.10г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **показатель** | **результаты исследования** | |
| **в норме** | **у больного** |
| эритроциты | 3,7 – 4,7 | 4,2\*1012/л |
| гемоглобин | 140 – 160 | 143 г/л |
| цвет. показатель. | 0,8 – 1,0 | 0,9 |
| лейкоциты | 4,0 – 10,0 | 10,4\*109/л |
| палочкоядерные | 1 - 4 | 12 |
| сегментоядерные | 45 - 70 | 67 |
| лимфоциты | 18 - 40 | 13 |
| моноциты | 6 - 8 | 8 |
| эозинофилы | 0-5 | 0 |
| СОЭ | 1-10 | 42мм/ч |

Заключение – признаки воспалительной реакции предположительно бактериальной природы

ОАК от 15.01.10г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **показатель** | **результаты исследования** | |
| **в норме** | **у больного** |
| эритроциты | 3,7 – 4,7 | 4,2\*1012/л |
| гемоглобин | 140 – 160 | 147 г/л |
| цвет. показатель. | 0,8 – 1,0 | 0,9 |
| лейкоциты | 4,0 – 10,0 | 9,0\*109/л |
| палочкоядерные | 1 - 4 | 5 |
| сегментоядерные | 45 - 70 | 65 |
| лимфоциты | 18 - 40 | 25 |
| моноциты | 6 - 8 | 5 |
| эозинофилы | 0-5 | 0 |
| СОЭ | 1-10 | 27мм/ч |

Заключение – наблюдается положительная динамика – стихание воспалительного процесса.

ОАК от 19.01.10г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **показатель** | **результаты исследования** | |
| **в норме** | **у больного** |
| эритроциты | 3,7 – 4,7 | 4,2\*1012/л |
| гемоглобин | 140 – 160 | 147 г/л |
| цвет. показатель. | 0,8 – 1,0 | 0,9 |
| лейкоциты | 4,0 – 10,0 | 6,5\*109/л |
| палочкоядерные | 1 - 4 | 3 |
| сегментоядерные | 45 - 70 | 67 |
| лимфоциты | 18 - 40 | 25 |
| моноциты | 6 - 8 | 5 |
| эозинофилы | 0-5 | 0 |
| СОЭ | 1-10 | 17мм/ч |

Заключение - наблюдается положительная динамика – стихание воспалительного процесса.

1. ОАМ от 10.01.10г.

Количество – 20 мл.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **показатель** | **результаты исследования** | |
| **в норме** | **у больного** |
| удельный вес | 1012 – 1024 | не определяется - мало мочи |
| цвет | светло-желтый | светло-желтый |
| реакция | нейтр./сл. кисл. | кислая |
| прозрачность | прозрачная | прозрачная |
| белок | 0 | 0 |
| эпителий плоский | 0 - 3 | 1-2 |
| лейкоциты | До 5 | 2-3 в поле зр. |
| эритроциты | 0 | 0 |

Заключение – показатели в пределах нормы.

ОАМ от 11.01.10г.

Количество – 700 мл.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **показатель** | **результаты исследования** | |
| **в норме** | **у больного** |
| удельный вес | 1012 – 1024 | 1022 |
| цвет | светло-желтый | светло-желтый |
| реакция | нейтр./сл. кисл. | кислая |
| прозрачность | прозрачная | прозрачная |
| белок | 0 | 0 |
| эпителий плоский | 0 - 3 | 2-3 |
| лейкоциты | До 5 | 1-2 в поле зр. |
| эритроциты | 0 | 0 |

Заключение – показатели в пределах нормы.

ОАМ от 19.01.10г.

Количество – 250 мл.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **показатель** | **результаты исследования** | |
| **в норме** | **у больного** |
| удельный вес | 1012 – 1024 | 1020 |
| цвет | светло-желтый | светло-желтый |
| реакция | нейтр./сл. кисл. | кислая |
| прозрачность | прозрачная | прозрачная |
| белок | 0 | 0 |
| эпителий плоский | 0 - 3 | 2-3 |
| лейкоциты | До 5 | 1-2 в поле зр. |
| эритроциты | 0 | 0 |

Заключение – показатели в пределах нормы.

1. Биохимия крови от 12.01.10г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **показатель** | **результаты исследования** | |
| **в норме** | **у больного** |
| Общий белок | 65-85г/л | 72 г/л |
| биллирубин | До 20,5мкмоль/л | 11,0мкмоль/л |
| АЛТ | 0.1-0,68 мкмоль/л | 0,44 мкмоль/л |
| АСТ | 0,1-0,45 мкмоль/л | 0,13 мкмоль/л |
| Тимоловая проба | 0-4 | 2,7 |

Заключение - показатели в пределах нормы.

1. Анализ крови на сахар от 12.01.10г.

Глюкоза - 4,8 ммоль/л (норма)

1. RW- реакция отрицательна от 10.01.10г.
2. Группа крови - II(А), Rh+(положительный) от 10.01.10г.

7. Протромбин-94%

Время свёртываемости крови- 4 мин. 20 сек.

8.ЭКГ от 12.01.10г.

Ритм правильный, синусовый, ЧСС- 75 уд. в минуту. ЭОС – срединная. Блокада правой ножки пучка Гиса.

9. УЗИ органов брюшной полости от 10.01.10г. 14.35.

Заключение: на уровне правой подвздошной области определяется аппендикулярный отросток 85х25 мм, деформирован, стенки неравномерной толщины. Внутренний просвет более 12-15 мм с размытыми, нечёткими контурами. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Признаки деструктивного аппендицита.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Острый гангренозный аппендицит необходимо дифференцировать с перфоративной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки, острым холециститом, острым панкреатитом, поскольку данные заболевания имеют сходную клиническую картину.

1. Острый гангренозный аппендицит и перфоративная язва имеют следующие отличительные признаки:

- у данного больного отмечались боли средней интенсивности характерной локализации с симптомом Кохера-Волковича (появились в области пупка, затем переместились в правую подвздошную область, усилились), при перфоративной язве боли высокой интенсивности («кинжальные») в эпигастральной области;

-при пальпации у больного было обнаружено локальное напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области, болезненности там же, при перфоративной язве напряжение мышц значительное («доскообразный живот»), пальпация в эпигастральной области и правом подреберье резко болезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга хорошо определяется в эпигастральной области, у данного больного выражен в правой подвздошной области;

-при проведении перкуссии печеночная тупость определяется, чего обычно не бывает при перфоративной язве.

2. Острый гангренозный аппендицит и острый холецистит имеют следующие отличительные признаки:

-у данного больного отмечались боли в правой подвздошной области с симптомом Кохера-Волковича, при остром холецистите боли локализуются в правом подреберье часто иррадиируют в правое плечо, правую лопатку, также бывает неукротимая рвота желчью, чего у данного больно не отмечалось; при остром холецистите во время пальпации живота обнаруживаются: болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье, нередко обнаруживается увеличенный болезненный желчный пузырь, у больного данные симптомы не наблюдаются, желчный пузырь не пальпируется, пальпация в данной области безболезненна, симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи, Мюсси-Георгиевского отрицательны.

3. Острый гангренозный аппендицит и острый панкреатит имеют следующие отличительные признаки:

-у данного больного отмечались боли средней интенсивности в правой подвздошной области с симптомом Кохера-Волковича, которые в последствии стихли, при остром панкреатите боли высокой интенсивности локализуются в эпигастральной области, часто опоясывающие;

-при остром панкреатите во время пальпации живота обнаруживаются: болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга в эпигастральной области, у данного больного такие симптомы не наблюдаются;

также у больного отрицательны симптомы Керте и Мейо-Робсона, на УЗИ, проведенном 10.01.10г. в 14.45 изменений в поджелудочной железе не выявлено.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

Основной – Острый гангренозный аппендицит.

Осложнения – Местный перитонит.

Сопутствующий – Гипертоническая болезнь I ст., II – риск.

Диагноз поставлен на основании:

1) Жалоб и анамнеза - 02.01.10г. вечером появились боли в эпигастральной и околопупочной областях, которые постепенно усилились. Через несколько часов боли спустились в правую подвздошную область.(положительный симптом Кохера-Волковича) На следующий день интенсивность болей уменьшилась. 9.01.10г. наступило ухудшение – боли резко усилились, появилась тошнота, температура повысилась до 37,8.

2)Объективного исследования: в приёмном покое дежурным хирургом были обнаружены положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Образцова, Щёткина-Блюмберга

3) На основании лабораторных и инструментальных данных (лейкоциты крови при поступлении – 11,5, ОАК – СОЭ – 42 мм/ч, данные УЗИ)

4) на основании дифференциальной диагностики

4) Гипертоническая болезнь I ст., II – риск ( А/Д – 140/90 в течение 6 месяцев, наличие факторов риска – возраст, курение, наследственность).

**ЭТИОПАТОГЕНЕЗ.**

Острый аппендицит - полиэтиологическое заболевание. В основе воспалительного процесса лежит бактериальный фактор. По своему характеру флора может быть специфичекой и неспецифической.

Специфическое восплаение отростка может быть при туберкулезе, бациллярной дизентерии, брюшном тифе. Кроме того, заболевание может быть вызвано простейшими: балантидиями, патогенными амебами, трихомонадами.

Однако, в преобладающем большинстве случаев острый аппендицит связан с неспецифической инфекцией смешанного характера: кишечная палочка, стафилококк, стрептококк, анаэробные микроорганизмы. Наиболее характерным возбудителем является кишечная палочка. Эта микрофлора постоянно находится в кишечнике, не только не оказывая вредного влияния, но являясь необходимым фактором нормального пищеварения. Лишь при появлении неблагоприятных условий возникающих в червеобразном отростке, она проявляется свои патогенные свойства.

Способствующими факторами являются:

1. Обструкция просвета червеобразного отростка, вызывающая застой или образование замкнутой полости. Закупорка может быть обусловлена копролитами, лимфоидной гипертрофией, инородными телами, гельминтами, слизистыми пробками, деформациями отростка.

2**.** Сосудистые нарушения, приводящие к развитию сосудистого застоя, тромбозу, появлению сегментарного некроза.

3. Неврогенные нарушения, сопровождающиеся усилением перистальтики, растяжением просвета, повышенными слизеобразованием, нарушениями микроциркуляции.

Существуют также общие факторы, способствующие развитию острого аппендицита:

1. Алиментарный фактор.

2. Существование в организме очага инфекции, из которого происходит гематогенное распространение.

3. Заболевания, сопровождающиеся выраженными иммунными реакциями.

Под влиянием этиологических факторов начинается серозное воспаление, нарушается в еще большей степени микроциркуляция, развивается некробиоз. На этом фоне усиливается размножение микроорганизмов, повышается концентрация бактериальных токсинов. В результате, серозное воспаление сменяется деструктивными формами, развиваются осложнения **(**в данном случае – гангренозный аппендицит, осложнения – местный перитонит**).**

**ЛЕЧЕНИЕ(общие принципы лечения)**

Единственно радикальным методом лечения острого аппендицита является

операция - аппендэктомия.

Срочная операция показан во всех случаях , когда установлен диагноз острого аппендицита, при наличии гнойника или перитонита. Исключением является наличие плотного аппендикулярного инфильтрата без признаков абсцедирования. При неясной клинической картине можно обследовать больного в течение 6-12 часов с целью проведения дифференциального диагноза. Если при этом диагноз острого аппендицита не удается исключить, показано хирургическое вмешательство (лапароскопическое или посредством лапаротомии).

Предоперационная подготовка кратковременная и включает:

1. Опорожнение мочевого пузыря.

2. Опорожнение желудка (если после последнего приема пищи прошло менее 4-6 часов).

3. Подготовку операционного поля.

4. Премедикацию.

Аппендэктомия может быть выполнена с использоваением местной анестезии; регионарной анестезии (спинномозговой, эпидуральной) или общего обезболивания. Последнее является предпочтительным.

Аппендэктомия, как и любое оперативное вмешательство, состоит из трех основных этапов: оперативного доступа, собственно оперативного приема и этапа завершения операции.

Оперативный доступ в большинстве случаев осуществляется разрезом Волковича-Дьяконова. Это косой разрез в правой подзвдошной области, проходящий через точку Мак-Бурнея перпендикулярно линии, соединяющей пупок и верхнюю переднюю ость правой подзвдошной кости. При расположении червеообразного отростка под печенью, между петлями тонкой кишки или в полости малого таза, требуется расширение разреза путем рассечения апоневроза наружной косой мышцы. Реже применяются разрез Ленандера по наружному краю правой прямой мышцы живота и поперечный разрез Шпренгеля. При трудном диагнозе (когда нельзя исключить другое заболевание органов брюшной полости) и при разлитом перитоните необходима среднниа лапартомия, чтобы кроме аппендкэтомии произвести также тщательную санацию и адекватное дренирование брюшной полости.

В последнее время все большее распространение получает лапароскопическая аппендэктомия, которая выполняется по специальной технологии.

Удаление воспаленного червеобразного отростка производится типичным или ретроградным путем. Типичная аппендэктомия начинается с тщательной перевязки (обычно - с прошиванием) и пересечения порций брыжеечки отростка. После завершения мобилизации червеобразного отростка вокруг его основании на стенку слепой кишки накладывается кисетный шов. Затем на основание отростка накладывется кетгутовая лигатура и дистальнее нее - зажим. Между лигатурой и зажимом отросток пересекается и удаляется. Культя его обрабатывается антисептиком и погружается кисетным швом. Дополнительную сверху накладывается Z-образный шов или серозно-мышечные узловые швы.

**ЛЕЧЕНИЕ ДАННОГО БОЛЬНОГО**

Данному больному показано оперативное лечение.Наличие положительных симптомов Кохера-Волковича, Ровзинга, Ситковского, Образцова, Щёткина-Блюмберга, данных лабораторных анализов (лейкоциты – 11,5, СОЭ – 42 мм/ч), а также данных УЗИ органов брюшной полости являются показанием к оперативному вмешательству (аппендэктомия).

Цель операции – удаление очага воспаления.

Риск тромбоэмболии – высокий.

Профилактика осложнений

– подъём и активная ходьба в первые сутки после операции

- обеспечение максимально возможной активности мышц нижних конечностей

- эластическая компрессия нижних конечностей

- Клексан – 40 мг п/к 1 раз в день

**АНЕСТЕЗИЯ**

Премедикация - : Sol.Promedoli 2% -20 mg

Sol.Atropini 0,1% - 1 mg

Sol.Dimedroli 1% -10 mg

Вид анестезии – ЭТН

**ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ**

Аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. 10.01.10г. 15.30-16.20.

Операционное поле трижды обработано 70% спиртовым раствором хлоргекседина биглюконата. Передняя брюшная стенка рассечена доступом Волковича-Дьяконова длиной до 20см. Гемостаз. В брюшной полости имеется гнойный выпот с запахом до 80 мл. В/в введён – р-р Цефазолина 1,0 мл, Цефатоксима 1,0мл, Метронидазола – 100,0мл. Аппендикулярный отросток расположен типично в правой подвздошной области. Купол слепой кишки с червеобразным отростком выведен в рану. Брыжейка червеобразного отростка прошита, перевязана, отсечена. Аппендикулярный отросток перевязан у основания кетгутом, отсечён. Культя отростка обработана спиртовым раствором йода, погружена под Z-образный и кисетный швы. При ревизии прилежащих органов патологии не выявлено. Контроль гемостаза – сухо. Особенности операции – аппендикулярный инфильтрат тупо разрушен. Брюшная полость осушена. Установлены дренаж, тампон. Послойное ушивание раны. Асептическая повязка.

Макропрепарат – червеобразный отросток длиной 14 см, диаметр – 2 см, чёрного цвета с перфоративными отверстиями 0,5 и 0,6 см в верхушке и средней трети.

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ДИАГНОЗ**

Основной – острый перфоративно-гангренозный аппендицит.

Осложнения – местный гнойный перитонит. Рыхлый аппендикулярный инфильтрат.

Сопутствующие заболевания – Артериальная гипертензия I ст., II - риск.

**НАЗНАЧЕНИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ**

Стол – 1-е сутки -0, 2,3-и – 1, с 4 суток – 15.

Режим – палатный, вставать, ходить через 6-8 часов после операции

Обезболевание – Sol. Promedoli 2%-1 ml п/к в 19.00 и 24.00, затем отменить.

Р-р анальгина 50%-2 мл в/м х 2 р в сутки при болях.

Антибиотикотерапия –

Sol. Methronidazoli 100ml, в/в 3 р/сут. 7 дней.

Sol. Cefazolini 1,0 в/м 2 р/сут., 5 дней, затем

Sol. Cefepimi 1,0 в/в 2 р/сут., 5 дней.

Перевязки – первые сутки, 4, 6 и при снятии швов.

Sol. Kleksani 0,4 1р/сут, п/к.

**ДНЕВНИК ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Данные о состоянии больного | Назначения |
| 12.01.2010  А/Д 130/80, PS78  2-е сутки после операции.  14.01.2010г.  А/Д 120/80 PS 80  4-е сутки после операции.  16.01.2010  А/Д 120/80 PS 80  6-е сутки после операции  18.01.2010г.  А/Д 120/80 PS 80  8-е сутки после операции | Жалобы на боли послеоперационной ране, слабость.  Объективноно: средней степени тяжестние, сознание ясное. Кожные покровы чистые, умеренной влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное, газы отходили, стула не было.  П/о рана чистая, по дренажу 40 мл серозно-геморрагического отделяемого.  Жалобы на боли в области послеоперационной раны.  Объективно: средней степени тяжести, сознание ясное. Дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, живот мягкий, болезненный в области п/о раны. Диурез в норме, стул 1 раз, оформленный, без патологических примесей, дефекация безболезненна. Газы оходили.  П/о рана чистая, повязка с серозно-геморрагическим отделяемым. По дренажу около 30 мл серозно-геморрагического отделяемого.  Жалобы на незначительные боли в области послеоперационной раны.  Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Диурез без изменений, стул нормальный, дефекация безболезненна.  П/операционная рана без признаков воспаления, края ровные, не отёчные. Не гиперемированные, повязка сухая. Швы состоятельны.  Жалоб не предъявляет.  Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Дыхание везикулярное, хрипов нет, тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, живот мягкий, незначительно болезненный в области послеоперационной раны. Диурез без изменений, стул нормальный, дефекация безболезненна.  П/о рана чистая, края не гиперемированы, повязка сухая. Швы состоятельны. | Режим палатный, стол - №1.  Sol. Methronidazoli 100ml, в/в 3 р/сут.  Sol. Cefazolini 1,0 в/м 2 р/сут.,  Р-р анальгина 50%-2 мл в/м х 2 р в сутки  Б/х крови( общий белок, билирубин, АЛТ, АСТ, тимоловая проба), кровь на сахар, ЭКГ.  Режим – палатный.  Стол №15;  Р-р анальгина 50%-2 мл в/м х 2 р в сутки  Sol. Cefazolini 1,0 в/м 2 р/сут  Sol. Methronidazoli 100ml, в/в 3 р/сут.  Перевязка.  Режим - палатный;  Стол №15;  Sol. Cefepimi 1,0 в/в 2 р/сут.,  Sol. Methronidazoli 100ml, в/в 3 р/сут.  Перевязка, удаление дренажа.  Режим – общий;  Стол №15;  Sol. Cefepimi 1,0 в/в 2 р/сут.,  Снятие швов. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
|  | Субординатор . | | |  |
|  |  | | |  |
|  |  |
|  |  | | |  |

**ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ**

Больной[[[ . поступил в хирургическое отделение БСМП 10.01.10г. года в экстренном порядке с предварительным диагнозом – острый аппендицит, местный перитонит. При поступлении пациент предъявлял жалобы на интенсивные боли в правой подвздошной области, слабость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 37,8. Из анамнеза - 2.01.10г. появились боли в эпигастральной и околопупочной областях. На следующий день боли спустились в правую подвздошную область. Самостоятельно не лечился. 9.01.10г. наступило ухудшение – боли усилились, появилась тошнота, выраженная слабость, поднялась температура до 37,5. 10.01.10г. вызвал бригаду скорой помощи и был доставлен в приёмное отделение БСМП. При осмотре общее состояние тяжёлое. Сознание ясное. Положение активное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. А/Д 140/90, пульс 80 ударов в минуту. При пальпации – резкая болезненность в правой подвздошной области, положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Образцова, Щёткина-Блюмберга. Был проведён ряд лабораторных и инструментальных исследований – лейкоциты крови -11,5, СОЭ – 42 мм,ч, УЗИ органов брюшной полости – признаки деструктивного аппендицита. Больному был поставлен диагноз - острый гангренозный аппендицит. Местный перитонит. Сопутствующие заболевания - гипертоническая болезнь 1ст. В экстренном порядке больной был взят в операционную, где ему была проведена операция - аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Послеоперационный диагноз - Основной – острый перфоративно-гангренозный аппендицит. – местный гнойный перитонит. Рыхлый аппендикулярный инфильтрат.Сопутствующие заболевания – Артериальная гипертензия I ст., II - риск. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж удалён на 6-е сутки, швы сняты на 8-е сутки.Получал антибиотикотерапию( метронидазол, цефазолин, цефипим), анальгин для обезболивания. Послеоперационный рубец без признаков воспаления, состоятелен. Прогноз для жизни благоприятный, для восстановления трудоспособности – благоприятный.