Кафедра хирургии

**История болезни**

Аппендикулярная колика, хронический холецистит

Дата поступления: время 10.00

Дата выписки: время 12.00

Отделение Общей хирургии

Аллергический статус: Популяция «А»

Ф.И.О: пациента.

Число, месяц, год рождения: 14.06.1981 возраст 28лет

Гражданство:

Категория пациента: домохозяйка

Место жительства: ул Патриссии Лулумбы 12

Клинический диагноз: Аппендикулярная колика

Сопутсвующее заболевания: Хронический холецистит.Поверхностный гастрит

Жалобы

Боли в животе, изжогу, понос, рвоту.

История развития заболевания (ANAMNESIS MORBI)

Заболевание началось вчера вечером после приёма жирной пищи. Боли вначале появились вокруг пупка и в подложечной области, а затем спустились в правую половину живота, подвздошную область. Принимала лекарства (но-шпа, фестал) принесло облегчение. Утром боли возобновились, решила обратиться за помощью в Хирургический центр имени И.Сеченова.

История жизни (ANAMNESIS VITAE)

Родилась в 1981 году. Росла и развивалась соответственно возрасту. Временно не работает. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Питание нерегулярное. Вредные привычки отрицает. Перенесенные заболевания: ОРВИ, простудные заболевания. Оперативные вмешательства: не отмечает. Туберкулез, венерические заболевания, гемотрансфузии отрицает. Аллергические реакции не отмечает. Наследственность не отягощена.

Объективное исследование больного (STATUS PRAESENS OBJECTIVUS)

Общее состояние.

1. Общее состояние больной: тяжелое.
2. Сознание: ясное.
3. Положение больного: вынужденное
4. Телосложение: нормастеническое, ближе к астеническому
5. Температура тела: 36.8
6. Вес, рост: 58кг, 165см
7. Кожные покровы: обычной окраски, влажность кожи умеренная. Тургор сохранен, кожа на тыльной поверхности кисти, на передней поверхности грудной клетки над ребрами, в локтевом сгибе берется в складку и сразу же расправляется после отнятия пальцев.
8. Подкожно-жировая клетчатка: развита слабо, равномерно распределена, отеков, пастозности нет.
9. Тип оволосения: по женскому типу.
10. Ногти здоровые
11. Мышечной атрофии нет. Тонус хороший.
12. Суставы внешне не изменены, движения в полном объеме
13. Лимфоузлы не пальпируются, безболезненны

Органы чувств

Глаза: бинокулярное зрение

Слух: без особенностей

Чувствительность кожных покровов сохранена

Обоняние: без особенностей

Система дыхания

Осмотр:

* + Дыхание через нос: свободный
  + Форма грудной клетки: нормостеническая.
  + Грудная клетка: цилиндрическая.
  + Ширина межреберных промежутков умеренная.
  + Тип дыхания грудной.
  + Симметричность дыхательных движений.
  + Число дыхательных движений в минуту: 18
  + Ритм правильный

Пальпация:

* + Безболезненная.
  + Грудная клетка эластична.
  + Голосовое дрожание проводится одинаково с обеих сторон

Перкуссия легких:

Сравнительная перкуссия: ясный легочный звук на симметричных участках грудной клетки.

Топографическая перкуссия.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Топографическая линия | | Правое легкое | Левое легкое |
| Верхняя граница | | | |
| 1 | Высота стояния верхушек спереди | 3-4 см выше ключицы | 3-4 см выше ключицы |
| 2 | Высота стояния верхушек сзади | 7 шейный позвонок | 7 шейный позвонок |
| Нижняя граница | | | |
| 1 | По окологрудинной линии | Верхний край 6 ребра | Не определяется |
| 2 | По срединно – ключичной линии | 6 ребро | Не определяется |
| 3 | По передней подмышечной линии | 7 ребро | 7 ребро |
| 4 | По средней подмышечной линии | 8 ребро | 8 ребро |
| 5 | По задней подмышечной линии | 9 ребро | 9 ребро |
| 6 | По лопаточной линии | 10 ребро | 10 ребро |
| 7 | По колопозвоночной линии | Остистый отросток Th11 | Остистый отросток Th11 |

#### Дыхательная подвижность нижнего края легких:

По средней подмышечной линии:6-8см справа и слева

По среднеключичной линий: справа 4-6см слева не определяется

По лопаточной линий: 4-6см. справа и слева.

Аускультация: прослушивается везикулярное дыхание, шум трения плевры не определяется.

Сердечно-сосудистая система

Осмотр: видимая пульсация артерий и вен в области шеи не прослеживается, видимые

выпячивания и пульсация в области сердца так же не обнаружены.

Пальпация:

- верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 1,5-2 см медиальнее левой среднеключичной линии(нормальной силы, ограниченный).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Правая | 4 межреберье 0.5 – 1 см правее края грудины | 4 межреберье по левому краю грудины |
| Левая | 5 межреберье на 1.5-2 см медиальнее левой среднеключичной линии | От области верхушечного толчка двигаться к центру (1.5-2см медиальнее) |
| Верхняя | Парастернальная линия 3 межреберье | 4 межреберье |

Аускультация:

Тоны: - ритмичные

- число сердечных сокращений – 74

- первый тон нормальной звучности

- второй тон нормальной звучности

- дополнительные тоны не прослушиваются

Артериальный пульс на лучевых артериях: симметричный, ритмичный, твердый, полный.

Артериальное давление на плечевых артериях: 110/70 мм. рт. ст.

Пищеварительная система.

Полость рта:

* Язык обложен белым налетом, умеренно влажный.
* Состояние зубов: зубы санированы.
* Зев чистый, миндалины не увеличены.

Живот:

* Обычной формы
* Симметричен.
* Пупок без видимых повреждений.
* Мягкий, болезненный.

Перкуссия:

* тимпанический звук на всем протяжении.
* свободной жидкости в брюшной полости нет.

Пальпация:

Поверхностная: живот безболезненный, без напряжения мышц брюшного пресса.

Отрицательные симптомы paздpaжения брюшины (Щеткина — Блюмберга, Раздопьского, Воскрecенского)

Глубокая: по методу Образцова - Стражеско:

* Сигмовидная кишка: безболезненная, не плотной консистенций с гладкой поверхностью, урчащая, определяется перистальтика, подвижность 3-4 см, дополнительные образования не обнаружены.
* Слепая кишка: безболезненна, упругая, урчащая, подвижность 2-3 см, дополнительные образования не определяются.
* Поперечная ободочная кишка: безболезненна, не урчащая, подвижна 2-3 см, дополнительные образования не определяются.
* Червеобразный отросток: не пальпируется.
* Подвздошная кишка: безболезненная, урчащая.

Аускультация:

* выслушиваются кишечные шумы, связанные с перистальтикой кишечника. Шум трения кишечника не прослушивается.

Печень и желчный пузырь.

Перкуссия: границы печени по Курлову:

* верхняя граница абсолютной тупости печени:

по правой среднеключичной линии – 6 ребро.

* Правая передней подмышечная-8 ребро.
* Правая окологрудинная-6 ребро
* Нижняя граница абсолютной тупости:

по правой среднеключичной линии – нижний край правой реберной дуги.

* По передней срединной линии – на 3-6 см от нижнего края мечевидного отростка. По левой реберной дуге – не заходит за левую окологрудинную линию.

Поколачивание по правой реберной дуге: симптом Грекова – Ортнера не подтвержден.

Пальпация:

* Печень: нижняя граница прощупывается по правой среднеключичной линии. Край печени острый, мягкий, безболезненный, Размеры печени не увеличены.

Размеры печени по Курлову:

* по правой среднеключичной линии – 9-11 см.
* по передней срединной линии – 7-9 см.
* по левой реберной дуге – 6-8см.

Желчный пузырь: не пальпируется, безболезненный.

Аускультация: шум трения брюшины не прослушивается.

Поджелудочная железа.

* При пальпации болезненности, увеличения или уплотнения поджелудочной железы не обнаруживаются.

Селезенка: не прощупывается.

Мочевыделительная система

Количество мочи за сутки в среднем ≈ 1-1.5 л. Жалом на болезненное мочеиспускание нет. При нанесении коротких ударов боковой поверхностью кисти по поясничной области ниже XII ребра боль не возникает – отрицательный Симптом Пастернацкого.

Почки не пальпируются.

Мочевой пузырь без особенностей.

Система половых органов: Жалоб на боли нет. Женский тип оволосения.

Эндокринная система:

Рост, телосложение и пропорциональность частей тела соответствует возрасту. Соответственная пигментация. Размеры языка, носа, челюстей, ушных раковин, кистей рук и стоп соответствуют развитию.

Щитовидная железа мягкой консистенции, не увеличена, безболезненна.

Нервная система:

Память, внимание, сон, сохранены. Настроение – соответствует тяжести болезни. Ограничение двигательной активности в связи с болезнью. В чувствительной сфере нет отклонений.

Состояние психики:

* сознание ясное, нормально ориентировано в пространстве, времени и ситуации.
* Интеллект резвый.
* Поведение адекватное.
* Уравновешена, общительна.
* Никаких отклонений не наблюдается

Обоснование предварительного диагноза

На основании жалоб, анамнеза болезни и локальных данных предварительный диагноз:

Аппендикулярная колика.

План обследования

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Биохимия крови

Ультра звуковое исследование органов брюшной полости.

Лабораторные исследования

Общий анализ крови:

* Hb = 180г/л
* ЦП = 0,9
* Эритроциты = 4,9\*1012/л
* Цветной показатель=0,8
* Лейкоциты = 12\*109/л

Нейтрофилы

* Палочкоядерных=9%
* Сегментоядерные=85%
* Эозинофилы=0%
* Моноциты=2%
* Лимфоциты=4%
* СОЭ = 4мм/ч

Общий анализ мочи:

* Цв соломенно-желтый
* Реакция кислая
* Удельный вес 1017
* Эпителий плоский 12-11-19 в п. зр.
* Лейкоциты 7-6-5 в п. зр
* Слизь +
* Белок отрицателен

Биохимия крови

1. Общий белок 82,8г/л
2. Сахар – 5,5мм
3. Остаточный азот – 14,4
4. Мочевина – 4,0
5. Протромбиновый индекс 8,5 %
6. Общий билирубин =13,0
   * Прямой н/о
   * Не прямой 13,8

Ультра - звуковое исследование

1)Край печени у реберной дуги. Структура однородная мелкозернистая.

Гипоэхогенная. Поверхность ровная.

2)Холедох D-5мм в просвете гомогенное содержимое.

V.porte D-4мм 69х25мм.

3)Овоидная S-образная форма желчного пузыря. Стенка желчного пузыря составляет 3мм.

4)Поджелудочная железа: головка N, тело N, хвост N. Структура однородная гипоэхогенная контур железы чёткий.

5)Селезенка не увеличена, структура однородная, мелкозернистая, гипоэхогенная.

6)Почки в типичном месте.

Жидкость в брюшной полости не определяется.

Каких-либо воспалительных изменений в червеобразном отростке не выявлено.

Поверхностный гастрит.

Дифференцированный диагноз

При простом (поверхностном) аппендиците умеренная боль в правой подвздошной области, однократная рвота. Общее состояние удовлетворительное, пульс соответствует температуре, которая незначительно повышена. Пальпаторно боль в правой подвздошной области без выраженных перитонеальных симптомов. В крови умеренный лейкоцитоз с незначительным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Макроскопически на париетальной брюшине (видимым глазом) изменения не отмечаются, расширены сосуды серозной оболочки червеобразного отростка, на разрезе все слои отростка отчетливо дифференцируются, слизистая гиперемирована, набухшая, нередко имеются множественные мелкие кровоизлияния, подслизистый и мышечный слои несколько отечны.

Микроскопическая картина непостоянна и весьма вариабельна, гнойного расплавления тканей нет.

Для флегмонозного аппендицита характерное начало заболевания — умеренно повышенная температура и лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Язык обложен, суховат, пульс учащен. Пальпаторно боль и напряжение мышц передней брюшной стенки в месте локализации червеобразного отростка, положительный симптом Щеткина — Блюмберга и другие перитонеальные симптомы, характерные для острого аппендицита.

Флегмонозно измененный червеобразный отросток резко утолщен, отечен, гиперемирован, покрыт фибринозно-гнойным налетом, слизистая отростка часто изъязвляется, в просвете гной. Скопление гноя в замкнутой полости отростка носит название эмпиемы.

При флегмонозном аппендиците в брюшной полости содержится мутный или гнойный выпот.

Гангренозный аппендицит является следствием тромбоза и тромбофлебита сосудов брыжейки или значительного участка стенки отростка. Обычно острый гангренозный аппендицит сопровождается местным перитонитом, который может перейти в распространенный, если наступает прободение.

При гангренозном аппендиците в большинстве наблюдений имеются те же симптомы, что и при флегмонозном, однако здесь на первое место выступают явления общей интоксикации организма: тяжелое общее состояние, сухой язык, лейкоцитоз, более резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Гангренозно измененный червеобразный отросток имеет грязно-зеленый цвет, издает зловонный запах, легко рвется, покрыт фибринозногнойным налетом, вокруг отростка мутный выпот. В некоторых случаях при гангрене червеобразного отростка вследствие пареза нервных окончаний исчезает боль, но остаются явления общей интоксикации, что необходимо учитывать при постановке диагноза.

Перфорация гангренозно измененного отростка может наступать в любое время откачала заболевания. Прободное отверстие может располагаться в различных отделах отростка, однако оно чаще всего располагается в дистальном отделе, на стороне, противоположной брыжейке. Клиническая картина прободного аппендицита в момент перфорации характеризуется сильнейшей болью, локализующейся в месте расположения червеобразного отростка, затем распространяющейся по всему животу, со всеми вытекающими отсюда симптомами распространенного острого перитонита.

Этиология и патогенез

Колика — внезапный приступ резких схваткообразных болей, возникающих при заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства, обусловленный длительным судорожным спазмом мышц этих органов.

Непосредственной причиной воспаления являются разнообразные микроорганизмы (бактерии, вирусы, простейшие), находящиеся в отростке.

Среди бактерий чаще всего (90 %) обнаруживают анаэробную неспорообразуюшую флору (бактероиды и анаэробные кокки). Аэробная флора встречается реже (6—8 %) и представлена прежде всего кишечной палочкой, клебсиеллой, энтерококками и др.

В обычных условиях, благодаря барьерной функции слизистой оболочки отростка, микроорганизмы не могут проникнуть в его толщу. Повреждение этого барьера возможно при значительном повышении вирулентности микробной флоры, а также при ослаблении местных защитных механизмов вследствие нарушения оттока химуса из отростка, растяжения его стенок, ухудшения кровообращения и снижения местной иммунологической защиты.

Патогенез

Кроме того, патогенез связывают с аллергическими реакциями в отростке немедленного и замедленного типа. Местные проявления реакций (ангиоспазм и деструкция стенки отростка) ослабляют защитный барьер слизистой оболочки и позволяют кишечной флоре проникать в ткани и распространяться по лимфатическим сосудам. В ответ на микробную инвазию развивается отек слизистой оболочки, нарастает окклюзия отростка, возникает тромбоз сосудов микроциркуляторного русла и на фоне ишемии стенки аппендикса возникают гнойно-некротические изменения. После того как воспаление захватывает всю толщину стенки органа и достигает его серозной оболочки, в патологический процесс начинают вовлекаться париетальная брюшина и окружающие органы. Это приводит к появлению серозного выпота, который по мере прогрессирования заболевания становится гнойным.

Обоснование клинического диагноза

Ввиду того что, внезапно появившаяся клиника умеренных, ноющих болей в правой подвздошной области при удовлетворительном общем состоянии, пульс не учащен, температура нормальная. Живот мягкий, принимает участие в дыхании, пальпаторно незначительная болезненность в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Через 3—4 ч боль уменьшилась.

По данным УЗИ червеобразный отросток без воспалительных изменений.

Исходя из рассмотрения выше изложенных дифференциальных диагнозов, Выставляется диагноз: Аппендикулярная колика.

Лечение консервативное:

меxaничecки щадящая диета,

xoлод на живот,

антибиотики широкого спектpa действия,

спазмолитики

метронидазол.

Дневник

1день

ЧСС- 78, АД – 110/70 мм.рт.ст. t 36,7°

Состояние больной относительно удовлетворительное.

Жалобы на боли в подвздошной области.

Живот мягкий, принимает участие в дыхании, пальпаторно незначительная болезненность в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Температурной реакции нет. Гемодинамика стабильная.

Естественные отправления в норме.

Лечение получает.

5день

ЧСС- 75, АД – 110/70 мм.рт.ст. t 36,7°

Состояние больной удовлетворительное.

Жалоб не предъявляет. Температурной реакции нет. Гемодинамика стабильная

Живот мягкий, принимает участие в дыхании, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Естественные отправления в норме.

Лечение получает.

10день

ЧСС- 72, АД – 120/70 мм.рт.ст. t 36,6°

Состояние больной удовлетворительное. Жалоб нет.

Дыхание везикулярное, проводится с обеих сторон. ЧД = 18

Язык влажный, чистый.

Живот мягкий безболезненный. Диурез регулярный, газы отходят, стул без осложнений.

Выписана домой.

Выписной эпикриз

Больная Ф.И.О

14.06.1981года рождения находилась на стационарном лечении в отделении общей хирургии

с …. по … с клиническим диагнозом:

Аппендикулярная колика

Жалобы при поступление:

Боли в животе, изжогу, понос, рвоту

Анамнез: Заболевание началось после приёма жирной пищи. Боли вначале появились вокруг пупка и в подложечной области, а затем спустились в правую половину живота, подвздошную область. Принимала лекарства (но-шпа, фестал) принесло облегчение. Утром боли возобновились, решила обратиться за помощью в Хирургический центр имени И.Сеченова.

Проведены обследования: ОАК, ОАМ, УЗИ

Получала консервативное лечение:

меxaничecки щадящая диета,

xoлод на живот,

антибиотики широкого спектpa действия,

спазмолитики

метронидазол.

Больная в удовлетворительном состоянии выписывается домой

Проведена беседа по программе ЗОЖ

Рекомендации:

1. Наблюдение у хирурга по месту жительства
2. Соблюдать диету и личную гигиену
3. Избегать запоров, поносов
4. Переохлаждений

Использованная литература

1. «СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ В ХИРУРГИИ» И.М. Матяшин, А.А. Ольшанецкнй, А.М. Глузман „Здоров'я" Киев-1975
2. «Хирургические болезни» Под редакцией академика РАМН М. И. КУЗИНА

Издание третье, переработанное и дополненное.

1. «Общая хирургия» С.В Петров
2. «Пропедевтика внутренних болезней» Н.А. Мухин В.С. Моисеев