Ярославская государственная медицинская академия

Кафедра факультетской хирургии

История болезни

Клинический диагноз:

Основное заболевание: острый аппендицит

Осложнение основного заболевания: аппендикулярный инфильтрат

Сопутствующее заболевание: нет

Куратор: студентка 4 курса,

17 группы, лечебного факультета

Азарова Ксения Олеговна

Время курации:

Начало – 03.11.09.

Окончание – 06.11.09.

Ярославль 2009 г.

**Паспортная часть**

Номер истории болезни: 1098

ФИО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 21 год.

Пол: мужской.

Время поступления: 16.10.09., 16.40.

Профессия и место работы: дорожный рабочий

Место постоянного жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз направившего лечебного учреждения: Острый аппендицит. Аппендикулярный абсцесс.

Диагноз, с которым больной поступил: Острый аппендицит. Аппендикулярный инфильтрат.

Основное заболевание, установленное куратором: Острый аппендицит. Аппендикулярный инфильтрат.

Осложнения основного заболевания: нет.

Название, день и час операции: Лапаротомия – 01.11.09.

Осложнения после операции: нет.

Группа крови и резус принадлежность: 0(1), Rh –положительный.

Время курации: 03.11.09. – 06.11.09.

**Жалобы больного при поступлении в лечебное учреждение:**

Боль в правой подвздошной области, усиливающаяся при движении и надавливании. Боль ноющая, постоянная, не иррадиирует. Температура тела 37, 5 С, слабость.

**Жалобы, на момент курации:**

Боль в правой подвздошной области только при надавливании и при резкой смене положения тела.

**История развития заболевания (Anamnesis morbi)**

Первые признаки заболевания появились 14.10.09. Пациент почувствовал боль в области эпигастрия, ноющую, постоянную, без иррадиации, которая в течение дня переместилась в правую подвздошную область и стала интенсивней. 14.10.09. болезненность сохранялась в правой подвздошной области, при движении и надавливании усиливалась. 15.10.09. повысилась температура тела до 39 С, боль сохранялась. 16.10.09. боль в правой подвздошной области усилилась, температура тела опустилась до 37,5 С.

16.10.09. обратился за помощью в хирургическое отделение больницы им. Соловьёва, где был осмотрен хирургом и прошёл УЗИ. Был поставлен предварительный диагноз – острый аппендицит, после чего направлен во 2 поликлинику, где после осмотра в этот же день, в 16.40, был доставлен машиной Скорой Помощи в хирургическое отделение МСЧ НЯ НПЗ, госпитализирован с предварительным диагнозом: острый аппендицит; аппендикулярный абсцесс. Состояние при поступлении удовлетворительное.

В течение трёх дней, до госпитализации, обезболивающие препараты не принимал, лечебных мероприятий не было.

По мнению больного, возникновение заболевания связано со злоупотреблением алкоголя за последний месяц и преобладанием в пище копчёностей, жирных и жареных продуктов.

У больного отмечаются, на момент поступления в стационар, положительные симптомы Раздольского, Ровзинга, Ситковского, Бартомье – Михельсона. Симптомы Щёткина-Блюмберга, Воскресенского, Менделя отсутствуют.

**Anamnesis vitae:**

Илья Сергеевич родился в Ярославле в семье, состоящей из трёх человек: отца, матери и сестры. Развитие в раннем детском возрасте и дошкольном периоде соответствовало норме. В школу начал ходить с семилетнего возраста. Учёба давалась хорошо.

Половое созревание началось с 13 лет, особенностей его протекания не отмечал.

Учился в техникуме, получил специальность строителя. Работал разнорабочим с 13 лет, в настоящий момент работал дорожным рабочим на ООО Аэродомдорстрой. Режим работы 12-ти часовой, на открытом воздухе, физически тяжёлый. Отпуска за последний год не имел.

В армии не служил.

Холост, детей нет.

Бытовые условия хорошие. Проживает с родителями в 2-х комнатной квартире. Конфликты бывают редко.

Питается не регулярно, 3-4 раза в день с перекусами. Употребляет в пищу копчёные, жареные, жирные продукты. Особых предпочтений в еде не наблюдает.

Курит ( 1 пачка в день ), употребляет алкоголь умеренно, но периодически злоупотребляет им, наркотики не использует.

В настоящий момент спортом не занимается.

Из перенесённых заболеваний отмечает: ОРЗ в детском возрасте, переломы конечностей, остеохондроз, болезнь Озгут-Шляттера – в юношеском возрасте. В 17 лет перенёс операцию по восстановлению носовой перегородки, летом 2009 года, вследствие травмы рассёк верхнюю губу, после чего на область рассечения были наложены швы. Не имеет наследственных заболеваний; туберкулёзом, сифилисом, психическими расстройствами, заболеваниями сердечно - сосудистой системы, злокачественными новообразованиями, гемофилией не страдает. Наличие данных заболеваний у ближайших родственников отрицает.

Аллергические реакции отрицает.

**Status praesens**

Общее состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное.

Телосложение правильное, конституция нормостеническая. Вес 65 кг, рост 171 см, температура тела в подмышечной впадине 36,60С.

Питание нормальное.

Осанка сутуловатая, походка медленная.

Кожные покровы бледного цвета, гиперпигментации, повышенной потливости, шелушения, расчёсов нет. Гнойников, язв, пролежней на коже нет. Влажность кожи умеренная, тургор тканей и эластичность кожи сохранены. Ногти, волосы без патологических изменений.

Слизистые губ, носа, рта - бледно-розовые, влажные, высыпаний нет, склеры не изменены, иктеричности не наблюдается.

На щеках имеется единичная розеолезная сыпь, кожа щёк розовая.

Сосудистые изменения и кровоизлияния не отмечаются.

Имеется рубец над верхней губой слева, в форме «звёздочки», диаметром около 1 см, подвижный, безболезненный.

Видимые опухоли не отмечаются.

Слизистые губ, носа, рта - бледно-розовые, влажные, высыпаний нет, склеры не изменены, иктеричности не наблюдается.

Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Толщина складки под лопаткой – 1 см. Отёков нет. При пальпации болезненности подкожно-жировой клетчатки не отмечается.

Пальпируются одиночные лимфатические узлы: подчелюстные, подмышечные. Размером 1 см, овальной формы, эластичные, безболезненные, не сращённые с кожей, окружающими тканями и между собой; кожа над ними не изменена. Затылочные, околоушные, подбородочные, шейные, подключичные, надключичные, локтевые, подколенные и паховые лимфоузлы не пальпируются.

Зев бледно-розовый, красноты не отмечается, без припухлости и налёта. Миндалины, диаметром до 2 см, без налёта.

Развитие скелетной мускулатуры умеренное, развиты мышцы равномерно по всему телу. Тонус сохранён, при пальпации безболезненны, уплотнений нет.

Форма костей изменена только на большеберцовых костях обеих конечностей за счёт болезни Озгут-Шляттера ( разрастание бугристости большеберцовой кости). В области коленного сустава имеются шишковидное выпячивание кости, диаметром 2,5 см. При ощупывании безболезненны, при поколачивании есть болевые ощущения. Состояние концевых фаланг пальцев рук и ног в пределах нормы, патологических деформаций нет.

Суставы правильной формы ( за исключением коленных суставов), припухлости нет, кожа не изменена над суставами. Болезненности нет при пальпации. Движения свободные, активные, в симметричных суставах одинаковые.

**Система органов дыхания**

Форма носа не изменена, дыхание через нос свободное, отделяемого из носа и кровотечения нет. Гортань не деформирована, в её области припухлости нет. Голос тихий, чистый.

Форма грудной клетки нормостеническая. Над- и подключичные ямки умеренно вогнуты, ширина межрёберных промежутков 1,2 см, направление рёбер умеренно косое. Эпигастральный угол прямой, лопатки и ключица выступают умеренно. Грудная клетка симметрична.

Имеется сколиоз.

Тип дыхания брюшной.

Движения грудной клетки при дыхании равномерное, межрёберные промежутки не западают и не выпячиваются. Число дыхательных движений - 15 в минуту. Дыхание глубокое, ритмичное, одышки нет. При пальпации грудной клетки болезненности не обнаружено. Грудная клетка резистентна. Голосовое дрожание проводится одинаково с обеих сторон. Трение плевры не определяется. При проведении сравнительной перкуссии над перкутируемой поверхностью лёгких перкуторный звук ясный, лёгочный (длительный, низкий, нетимпанический), одинаковый с обеих сторон. Топографическая перкуссия:

**Высота стояния верхушек лёгкого:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  лёгкое |  Спереди |  Сзади |
| правое | на 2 см выше ключицы | на уровне 7 шейного позвонка по линии, соединяющей середину ости лопатки и точку на 3 см латеральнее остистого отростка 7 шейного позвонка |
| левое | на 2 см выше ключицы | на уровне 7 шейного позвонка по линии, соединяющей середину ости лопатки и точку на 3 см латеральнее остистого отростка 7 шейного позвонка |

**Нижние границы лёгкого:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  место перкуссии |  Правое лёгкое |  Левое лёгкое |
| окологрудинная линия | Верхний край 6 ребра |  - |
| срединно-ключичная линия | 6 ребро |  - |
| передняя подмышечная линия | 7 ребро | 7 ребро |
| средняя подмышечная линия | 8 ребро | 8 ребро |
| задняя подмышечная линия | 9 ребро | 9 ребро |
| лопаточная линия | 10 ребро | 10 ребро |
| околопозвоночная линия | Остистый отросток 11 грудного позвонка | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

**Подвижность нижних лёгочных краёв:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  Правое лёгкое |  Левое лёгкое |
|  место перкуссии | на вдохе | На выдохе | сумма | на вдохе | На выдохе | сумма |
| срединно-ключичная линия |  2 |  2 |  4 |  - |  - |  - |
| средняя подмышечная линия |  2,5 |  2,5 |  5 |  2,5 |  2,5 |  5 |
| лопаточная линия |  2,5 |  2,5 |  5 |  2,5 |  2,5 |  5 |

При аускультации лёгких выявлено везикулярное дыхание над всей исследуемой поверхностью. Хрипов, крепитации и шума трения плевры нет. Бронхофония симметричная, не изменена.

В области сердца грудная клетка не деформирована, пульсации не просматривается. Видимой пульсации, надчревной пульсации нет. Локализованный верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, площадью в 2 квадратных см, умеренной силы. Дрожания в области сердца нет. Перкуссия сердца:

**Границы относительной сердечной тупости:**

|  |  |
| --- | --- |
| правая | на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберьи |
| левая | на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье  |
| так называемая верхняя | по верхнему краю 3 ребра по левой окологрудинной линии |

Поперечник сердца 12 см.

**Контуры сердца и сосудистого пучка:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  граница |
| место определения |  Справа |  слева |
| 2 межреберье | по правому краю грудины | по левому краю грудины |
| 3 межреберье | на 0,5 см кнаружи от правого края грудины | на 1 см кнаружи от левого края грудины |
| 4 межреберье | на 1 см кнаружи от правого края грудины | на 2 см кнаружи от левого края грудины |
| 5 межреберье |  - | на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии |

Ширина сосудистого пучка 5 см. Конфигурация сердца нормальная.

**Границы абсолютной сердечной тупости:**

|  |  |
| --- | --- |
| граница | локализация |
| правая | по левому краю грудины в 4 межреберье |
| левая | на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье |
| верхняя | хрящ 4 ребра по левой окологрудинной линии |

При аускультации сердца тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений 88 в минуту. Шумов не выявлено ни в положении стоя, ни сидя, ни лёжа на левом боку. Проба Штанге - 55 сек. Проба Саабразе - 28 сек.

При осмотре сосудов видимой пульсации и патологических изменений не наблюдается. Видимая пульсация артерий яремной ямки и эпигастральной области отсутствует. При пальпации артерии плотные, неизвитые. Артериальная пульсация пальпируется на височной, сонной, подключичной, подмышечной, плечевой, лучевой, локтевой, бедренной, подколенной, передней и задней большеберцовых артериях и на тыльной артерии стопы; пульсация симметричная не ослабленная. При аускультации артерий патологических звуковых явлений не обнаружено. Артериальный пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, 88 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление на плечевой артерии: 125 на 85 мм ртутного столба на обеих руках. Венозная система умеренно развитая; пульсация вен, венный пульс, звуковые явления не выявляются. Трофических расстройств нет.

**Система органов пищеварения**

Язык ярко-розовый, влажный, обложен белым налётом, сосочковый слой выражен. Зубы: кариозных изменений не обнаружено, зубных протезов нет. Зубная формула:

Десны розовые, плотные, без признаков кровоточивости. Мягкое и твердое нёбо розовые, без налётов, изъязвлений и геморрагий. Зев и задняя стенка глотки раздражены, слегка гиперемированы. Миндалины не увеличены, розовой окраски, лакуны чистые. Запах изо рта отсутствует. Живот при исследовании стоя и лёжа обычной конфигурации, не вздут, симметричный, участвует в дыхании. Видимой на глаз перистальтики и расширенных подкожных вен нет. Кожа живота не изменена. При поверхностной пальпации напряжения передней брюшной стенки не выявлено, живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Расхождения прямых мышц живота не наблюдается, грыжи белой линии живота, пупочной грыжи нет. Симптомы Щёткина–Блюмберга, Воскресенского ( симптом «рубашки»), Менделя отрицательны. Пальпация правой подвздошной области невозможна из-за наличия послеоперационного шва.

**Глубокая пальпация по Образцову-Стражеско**

Пальпация слепой, подвздошной кишок, восходящего отдела кишечника, червеобразного отростка невозможна из-за наличия послеоперационного шва в правой подвздошной области, покрытого перевязочным материалом. При пальпации в левой подвздошной области сигмовидная кишка прощупывается в виде гладкого эластичного цилиндра, диаметром 2 см, безболезненного при пальпации, не урчащего, вяло перистальтирующего, смещаемого на 3-4 см в обе стороны. Нисходящий отдел поперечно-ободочной кишки пальпируется в виде мягкого, эластичного цилиндра, диаметром 1,5- 2 см, безболезненного при пальпации. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Большая кривизна желудка не пальпируется. Поджелудочная железа не пальпируется.

При перкуссии нижняя граница желудка определяется на 3 см выше пупка. Шум плеска не определяется.

При аускультации кишечника выслушивается отчётливая перистальтика. Шум трения брюшины не выслушивается.

Стул регулярный, оформленный. Отхождение газов свободное.

Наличия ограниченного выпячивания в области правого подреберья и ограничения этой области в дыхании нет.

**Границы печени:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  место перкуссии |  верхняя (относительная) |  Нижняя |
| правая срединно-ключичная линия | На уровне 4 ребра | На уровне нижнего края рёберной дуги |
| срединная линия | - | На границе между верхней и средней третью расстояния между мечевидным отростком и пупком |
| левая рёберная дуга |  - | На уровне 7 ребра |

**Размеры печени по Курлову:**

|  |  |
| --- | --- |
| по правой срединно-ключичной линии | 8 см |
| по срединной линии | 7 см |
| по рёберной дуге | 6 см |

Желчный пузырь не пальпируется, симптомы Курвуазье, Ортнера и френикус-симптом отрицательные.

Печень внешне не увеличена, пульсации нет. Край печени не пальпируется.

Селезёнка для пальпации в положении лёжа на спине и на боку не доступна. Перкуссия селезёнки:

|  |  |
| --- | --- |
| Поперечник | 6 см |
| Длинник  | 6 см |

Поджелудочная железа не пальпируется.

При осмотре поясничной области гиперемии кожи, сглаживания контуров и выбухания области почек не выявлено. Пальпаторно в положении лёжа и стоя почки не пальпируются. Пальпация в рёберно-позвоночных точках (проекция почек) безболезненна.Симптом поколачивания по поясничной области (Пастернацкого) отрицательный. Мочевой пузырь не пальпируется, при перкуссии над исследуемой поверхностью мочевого пузыря, притупленный тимпанический перкуторный звук.

Тип оволосенения мужской, волосяной покров на лице незначительный, на животе отсутствует, в подмышечных впадинах и в лобковой области умеренно выражен. Гинекомастии не наблюдается. Голос низкий. При осмотре наружных половых органов аномалий не наблюдается, отёка мошонки нет, эрозий, язв и опухолевых образований полового члена не выявлено. При пальпации яичек болезненности нет.

Нарушения роста, телосложения и пропорциональности отдельных частей тела не выявлено. Ожирения нет, вес в норме.

Кожные покровы умеренно влажные, не истончены, гиперпигментации кожи и кожных складок нет. Диспропорции в органах нет.

При осмотре щитовидной железы увеличения размеров не выявлено. Пальпируется перешеек железы мягкой консистенции, безболезненный, подвижный.

Сознание ясное. Ориентировка в месте, времени, ситуации адекватная. Интеллект соответствует уровню развития. Ослабления внимания, снижения памяти, нарушение критики, сужения круга интересов не отмечается. Поведение больного в клинике адекватное, общителен, уравновешен. Обоняние, вкус выражены. Зрение, слух, речь не нарушены. Выделений из наружного слухового прохода и слезотечения нет. Движения координированы, в позе Ромберга устойчив, пальценосовая проба положительная.

Судороги не наблюдаются, контрактуры мышц нет, объём движений и сила в конечностях сохранены.

Пальпаторной болезненности по ходу нервных стволов и корешков нет, нарушений кожной и глубокой чувствительности не выявлено.

Патологических симптомов нет, сухожильные рефлексы сохранены.

**Status localis**

На момент поступления в стационар у пациента в правой подвздошной области пальпируется плотный, болезненный, мало подвижный, неспаянный с кожей инфильтрат. Размеры 4\*6 см. Кожа над ним не изменена. Передняя брюшная стенка участвует в дыхании, симптомов раздражения париетальной брюшины (Щёткина-Блюмберга, Воскресенского, Менделя) нет. Симптом Ровзинга положительный. Усиливается болезненность при пальпации на левом боку (симптом Бартомье-Михельсона) и при повороте на левый бок (симптом Ситковского). При покашливании больной болезненные ощущения локализуются в правой половине живота (симптом Черемского). При перкуссии над данной зоной выслушивается притупленный тимпанический звук. Симптом Раздольского положительный. При аускультации перистальтика выслушивается.

На момент курации в правой подвздошной области имеется послеоперационный шов, длиной 10 см, в середине которого оставлено отверстие, диаметром 2 см для тампонирования послеоперационной раны и установления дренажа. Шов покрыт перевязочным материалом.

В правой подвздошной области сохраняется болезненность в области послеоперационной раны. Послеоперационная рана без выраженных признаков воспаления. По тампонам из брюшной полости стекает умеренное количество мутного серозно-геморрагического отделяемого. Тампоны удалены. Заведён перчаточный дренаж. Выполнена перевязка послеоперационной раны. Передняя брюшная стенка участвует в дыхании, симптомов раздражения париетальной брюшины нет. Симптомы, характерные для острого аппендицита, отсутствуют. При аускультации перистальтика выслушивается.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больного при поступлении в лечебное учреждение на боль в правой подвздошной области, усиливающейся при движении и надавливании, характера боли: ноющая, постоянная, без иррадиации, повышении температуры тела до 37, 5 С, слабость. На основании жалоб на момент курации: боль в правой подвздошной области при надавливании и при резкой смене положения тела;

на основании анамнеза заболевания: внезапно появившиеся ноющие, постоянные, без иррадиации, боли в области эпигастрия, которые в течение первого дня болезни переместились в правую подвздошную область и стали интенсивней, а в течение последующих двух дней усилились, особенно при движении и смене положения тела; повышение температуры тела вначале до 39 С, а к моменту поступления в клинику опустилась до 37,5 С. Характерное течение по времени ( 3 дня) данного заболевания, что наводит на мысль о воспалительном процессе в правой подвздошной области;

на основании анамнеза жизни: предшествующее появлению боли чрезмерное употребления алкоголя, жирной, жареной, копчёной пищи, нерегулярное питание, курение, физически тяжёлая работа на открытом воздухе;

на основании данных объективного обследования больного: кожные покровы бледного цвета, язык ярко-розовый, влажный, обложен белым налётом, сосочковый слой выражен ( заболевания органов брюшной полости); при поверхностной пальпации напряжения передней брюшной стенки не выявлено, живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области; положительные симптомы Ситковского, Бартомье-Михельсона, Черемского ( возможна патология червеобразного отростка);

на основании локального статуса: на момент поступления в стационар у пациента в правой подвздошной области пальпируется плотный, болезненный, мало подвижный, неспаянный с кожей инфильтрат, с притупленным тимпаническим звуком над ним,размером 4\*6 см ставлю *предварительный диагноз:* ***острый аппендицит, осложнённый аппендикулярным инфильтратом.***

**План обследования больного:**

1. Общеклинический анализ крови.
2. Биохимический анализ крови( общий белок, билирубин, ПТИ, мочевина, сахар крови, альфа-амилаза).
3. Общеклинический анализ мочи.
4. Определение группы крови и резус-фактора.
5. Исследование на ВИЧ, сифилис, гепатит.
6. УЗИ органов брюшной полости.
7. Обзорная рентгенография органов грудной клетки.
8. ЭКГ
9. Осмотр анестезиолога.

**Данные лабораторных инструментальных методов исследования и консультации специалистов**

Общеклинический анализ крови:

17.10.09.

WBC 11.2 x 103/л

RBC 5.33 x 1012/л

HGB 158 g/L

HCT 0.457

MCV 84.5 fL

MCH 85.7 Pg

MCHC 346 g/L

PLT 227 x 109/л

LYM% 0.175

MXD% 0.119

NEUT% 0.706

LYM# 2,0 x 109/л

MXD# 1.3 x 109/л

NEUT# 7.9 x 109/л

RDV-SD 43.1 fL

RDV-CV 0.130

PDV 13.2 fL

MPV 10.8 fL

P-LCR 0.307

СОЭ 24 мм/мин

27.10 09.

WBC 23.1 x 109/л

RBC 4.96 x 1012/л

HGB 147 g/L

HCT 0.419

MCV 84.5 fL

MCH 29.6 Pg

MCHC 351 g/L

PLT 247 x 109/л

LYM% 0.058

MXD% 0.082

NEUT% 0.860

LYM# 1.3 x 109/л

MXD# 1.9 x 109/л

NEUT# 19.9 x 109/л

RDV-SD 38.9 fL

RDV-CV 0.125

PDV 15.1 fL

MPV 10.9 fL

P-LCR 0.321

СОЭ 38 мм/мин

29.10.09.

WBC 14.8 x 109/л

RBC 5.01x 1012/л

HGB 147 g/L

HCT 0.428

MCV 85.4 fL

MCH 29.3 Pg

MCHC 343 g/L

PLT 267 x 109/л

LYM% 0.144

MXD% 0.133

NEUT% 0.723

LYM# 2.1 x 109/л

MXD# 2.0 x 109/л

NEUT# 10.7 x 109/л

RDV 39.2 fL

PDV 14.8 fL

MPV 11.4 fL

P-LCR 0.354

СОЭ 18 мм/мин

Биохимический анализ крови:

Общий белок 82 г/л

Билирубин 12 мкмоль/л

Альфа-амилаза 124

Общеклинический анализ мочи:

17.10.09.

Цвет - тёмно-жёлтый

Реакция - кислая

Удельный вес – 1021

Белка нет.

Сахара нет.

Микроскопия осадка:

Эпителиальные клетки –нет

Лейкоциты – 2-4

Эритроциты – 10-15 в поле зрения

21.10.09.

Цвет - жёлтый

Реакция - кислая

Удельный вес – 1020

Белка нет.

Сахара нет.

Микроскопия осадка:

Эпителиальные клетки – единичные

Лейкоциты – 0-1

Эритроциты – 1-2

Группа крови: 1 (0)

Резус-фактор: положительный

Реакции на ВИЧ: отрицательная

Реакция на гепатит: отрицательная

Реакция на сифилис: отрицательная

УЗИ органов брюшной полости:

Печень обычно расположена, не увеличена, передне-задний размер правой доли 17.4 см, левой доли – 8.6 см, контуры ровные, края острые. Эхоструктура печени однородна. Эхогенность – не изменена.

Сосудистый рисунок не изменён.Желчные протоки не расширены. Холедох- 5 мм.

Желчный пузырь расположен обычно. Сокращён.

Поджелудочная железа обычной формы. Контуры её чёткие, ровные. Размеры не увеличены. Эхоструктура железы незначительно неоднородна. Эхогенность не изменена. Вирсунгов проток не расширен.

Селезёнка обычной формы, контуры её чёткие, ровные. Размеры не увеличены. Эхоструктура селезёнки однородна, эхогенность не изменена.

Правая почка расположена обычно. Дыхательная подвижность нормальная. Контуры почки чёткие и ровные. Размеры в пределах нормы. Толщина паренхимы достаточна. Эхоструктура паренхимы сохранна, кортико-медуллярная дифференциация выражена. Чашечно-лоханочная система не расширена. Конкременты не определяются.

Левая почка расположена обычно. Дыхательная подвижность нормальная. Контуры почки чёткие и ровные. Размеры в пределах нормы. Толщина паренхимы достаточна. Эхоструктура паренхимы сохранна, кортико-медуллярная дифференциация выражена. Чашечно-лоханочная система не расширена. Конкременты не определяются.

В правой подвздошной области лоцируется инфильтрат неоднородной структуры с чёткими контурами, размером 11,2 \* 7,4 см, в нём гипо (анэхогенный) участок с ровными контурами, размером 2,1 \* 1,9 см.

Жидкости в брюшной полости не выявлено.

Лоцируются расширенные петли кишечника.

Заключение: Аппендикулярный инфильтрат.

Обзорная рентгенография органов грудной полости: Лёгкие и сердечнососудистая тень в пределах нормы.

Осмотр анестезиолога:

Обследованы общее состояние больного, деятельность сердечнососудистой, дыхательной, пищеварительной систем. Выбран адекватный метод анестезии.

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальную диагностику острого аппендицита, осложнённого аппендикулярным абсцессом будем проводить со следующими заболеваниями: правосторонняя почечная колика, острый холецистит, острый панкреатит, острая кишечная непроходимость, перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, острый гастроэнтероколит, аппендикулярный абсцесс, опухоль слепой кишки.

Правосторонняя почечная колика (при ущемлении камня в правом мочеточника) может сопровождаться сильными болями в правой подвздошной области и вздутием живота, а у моего больного боль была умеренной силы, усиливающаяся при пальпации, живот не вздут. В случае почечной колики будет болезненным поколачивание по поясничной области справа и положительный симптом Пастернацкого, что не характерно для острого аппендицита (за исключением тех случаев, когда отросток расположен ретроцекально) и не наблюдалось у Ильи Сергеевича. При почечной колике имеют место дизурические явления (учащенное и болезненное мочеиспускание),при исследовании мочи отмечается макро- или микрогематурия, а у моего пациента дизурических явлений не было, гематурии не наблюдалось.

В случае острого холецистита боль будет локализоваться по всей правой стороне брюшной стенки, а у моего больного боль сразу переместилась в правую подвздошную область. Напряжения в правом подреберье, иррадиация болей в правое плечо или лопатку, прощупываемый желчный пузырь, что характерно для этого заболевания, у Ильи Сергеевича не выявляется. У него желчный пузырь не пальпируется, боль никуда не ирадиировала. Из анамнеза заболевания получаем данные о том, что мой пациент не болел желчно-каменной болезнью в прошлом, что часто предшествует острому холециститу. По результатам УЗИ получаем данные о том, что у Ильи Сергеевича не имеется патологии гепато-билиарной системы, что обязательно выявится при остром холецистите.

При остром панкреатите боли, как правило, локализуются в эпигастральной области. Они часто бывают опоясывающего характера, отдают в грудную клетку и спину. Почти всегда бывает многократная рвота. А у моего больного, боль из эпигастральной области, в течение первого дня болезни переместилась в правую подвздошную область и носила локальный характер. Рвоты не было. В отличие от острого аппендицита, температура часто не повышается, а в нашем случае имеет место повышение температура до 39 С, а затем снижение до 37,5 С. При остром панкреатите уже в начале заболевания состояние больного бывает тяжелым, снижается артериальное давление, чего не наблюдалось у моего больного, развитие болезни носило постепенный характер. При панкреатите живот умеренно вздут в верхних отделах, здесь же определеяется напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга, а у моего больного живот не вздут, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

В дифференциальном диагнозе острого аппендицита от кишечной непроходимости помогают такие признаки, как характерный для непроходимости схваткообразный характер болей, вздутие и асимметрия живота, задержка стула и газа, пальпируемое в животе образование, усиление перистальтических шумов. У моего больного боль носила постоянный характер, вздутия не наблюдалось. Ассиметрия была незначительной, за счёт уплотнения в правой подвздошной области. Задержки стула и газов не было. Перистальтика в норме.

Для перфоративной язвы характерно острое начало заболевания с появлением "кинжальных" болей в эпигастральной области, которые затем могут переместиться в правую подвздошную область, у моего пациента боль носила ноющий, постоянный характер, усиливающийся при пальпации и движении. Уже в начале заболевания имеется выраженное напряжение передней брюшной стенки, которое затем также ослабевает, чего не наблюдалось у Ильи Сергеевича. При перкуссии живота - отсутствие печеночной тупости, притупление в отлогих местах живота за счет наличия свободной жидкости в брюшной полости, у нашего же больного печёночная тупость сохранена, притупления нет.

Острый гастроэнтероколит, в том числе - при острой пищевой интоксикации, также дифференцируем с острым аппендицитом. Боли при этом часто носят разлитой, спастический характер, сопровождаются тошнотой, рвотой, урчанием и вздутием живота, поносом, тенезмами. Не характерны аппендикулярные симптомы. В нашем случае, тошноты, рвоты, урчания и вздутия живота не наблюдалось, стул нормальный, боль носила локальный, постоянный характер.

Для аппендикулярного абсцесса, как и для аппендикулярного инфильтрата, характерно в жалобах присутствие болей правосторонней локализации, зависящей от расположения отростка, а в анамнезе присутствие клиники острого аппендицита, но т.к. абсцесс является более грозным осложнением то клиника его будет представлена ярче. При абсцессе болевой синдром будет сильнее, в жалобах присутствие синдрома общей интоксикации - сильная слабость, повышенная утомляемость, подъём температуры до гектической или интермиттирующей, её может не быть только у ослабленных больных. Сильной слабости у Ильи Сергеевича не было от момента начала заболевания, болевой синдром проявлялся лишь при надавливании на правую подвздошную область. При осмотре абсцесс, в большей мере, чем инфильтрат, может создавать заметное на глаз выпячивание на передней брюшной стенке в правой подвздошной области. В нашем случае выпячивание было почти не заметно. При пальпации аппендикулярного абсцесса - это резко болезненное образование, у инфильтрата болезненность может быть менее выражена, что мы и наблюдаем у Ильи Сергеевича. Края абсцесса более чёткие, чем у инфильтрата. При перкуссии, если абсцесс не прорвался, над ним будет выслушиваться тупой перкуторный звук, аускультативных явлений не будет. При лабораторном исследовании крови у больного с абсцессом лейкоцитоз будет достигать более высоких цифр со значительным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, резким повышением СОЭ. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости может быть видна полость или ограниченное интенсивное затемнение с чёткими контурами при абсцессе, и менее интенсивное затемнение без чётких границ при инфильтрате, в обоих случаях возможно появление чаш Клойбера, но при абсцессе вероятность их более высока. При ультразвуковом исследовании можно чётко увидеть стенку капсулы абсцесса и наличие жидкости внутри него, в нашем же случае жидкость не выявлена и, насмотря на то, что инфильтрат ограничен, стенка капсулы не определяется.

Для опухоли слепой кишки на раннем этапе характерно безсимптомное течение и лишь только в более позднем периоде может появиться болевой синдром, и симптомы нарушения пассажа пищи по желудочно-кишечному тракту (в том числе и кишечная непроходимость).У Ильи Сергеевича болезнь началась внезапно и проявилась, в первую очередь, болью.Симптомов нарушения прохождения пассажа пищи по желудочно-кишечному тракту не выявлялось. Если опухоль не растёт в просвет кишки, а инфильтрирует окружающие ткани, то она может быть очень похожа на аппендикулярный инфильтрат. Но всё же для инфильтрата более характерно наличие болевых явлений и явлений острого заболевания, чем для опухоли, которая чаще сигнализирует о себе симптомами нарушения пассажа пищи. Лейкоцитоз и повышение СОЭ для опухоли не характерно, если не присоединяется перифокальное воспаление, а в клиническом анализе монго больного СОЭ повышено, имеется лейкоцитоз.

**Клинический диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больного при поступлении в лечебное учреждение на боль в правой подвздошной области, усиливающейся при движении и надавливании, характера боли: ноющая, постоянная, без иррадиации, повышении температуры тела до 37, 5 С, слабость. На основании жалоб на момент курации: боль в правой подвздошной области при надавливании и при резкой смене положения тела;

на основании анамнеза заболевания: внезапно появившиеся ноющие, постоянные, без иррадиации, боли в области эпигастрия, которые в течение первого дня болезни переместились в правую подвздошную область и стали интенсивней, а в течение последующих двух дней усилились, особенно при движении и смене положения тела; повышение температуры тела вначале до 39 С, а к моменту поступления в клинику опустилась до 37,5 С. Характерное течение по времени ( 3 дня) данного заболевания, что наводит на мысль о воспалительном процессе в правой подвздошной области;

на основании анамнеза жизни: предшествующее появлению боли чрезмерное употребления алкоголя, жирной, жареной, копчёной пищи, нерегулярное питание, курение, физически тяжёлая работа на открытом воздухе;

на основании данных объективного обследования больного: кожные покровы бледного цвета, язык ярко-розовый, влажный, обложен белым налётом, сосочковый слой выражен ( заболевания органов брюшной полости); при поверхностной пальпации напряжения передней брюшной стенки не выявлено, живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области; положительные симптомы Ситковского, Бартомье-Михельсона, Черемского ( возможна патология червеобразного отростка);

на основании локального статуса: на момент поступления в стационар у пациента в правой подвздошной области пальпируется плотный, болезненный, мало подвижный, неспаянный с кожей инфильтрат, с притупленным тимпаническим звуком над ним,размером 4\*6 см;

на основании предварительного диагноза;

на основании результатов специальных дополнительных методов обследования: повышено количество эритроцитов, лейкоцитоз, повышено СОЭ, увеличено содержание гемоглобина в крови, увеличено содержание альфа-амилазы крои; на УЗИ органов брюшной полости в правой подвздошной области определяется инфильтрат неоднородной структуры, анэхогенный;

на основании наблюдения за течением болезни в стационаре: снижения болезненности в правой подвздошной области после консервативного и хирургического лечения, установления нормальной температуры тела, уменьшения количества инфильтрата, постепенного улучшения данных лабораторных анализов *ставлю клинический диагноз:*

основной: острый аппендицит;

осложнение: аппендикулярный инфильтрат;

сопутствующее: нет.

**Этиология и ПГ заболевания**

В этиологии острого аппендицита выделяют следующие факторы: алиментарный ( употребление пищи, богатой животным белком);

Застой содержимого червеобразного отростка, глистная инвазия ( особенно в детском возрасте); изменение реактивности организма при инфекциях; тромбоз сосудов брыжейки отростка.

Инфекционная теория патогенеза острого аппендицита была выдвинута в 1908 году Людвигом Ашоффом: аппендицит вызывается местной инфекцией, распространяющейся из слепой кишки. Специфические возбудители здесь роли не играют. Для возникновения и развития инфекции в червеобразном отростке необходимы определённые предрасполагающие моменты: большая длина отростка с узким просветом; вялая перистальтика, благоприятствующая застою содержимого; сужения отростка, вызванные каловыми камнями, спайками.

Ангионевротическая теория патогенеза острого аппендицита выдвинута в 1927 году Риккером и Брюном: воспаление червеобразного отростка, что ведёт к нарушению кровообращения, а роль бактерий при этом оказывается вторичной.

Алиментарная теория патогенеза острого аппендицита: большую роль в возникновении аппендицита играет режим питания. Обильное преимущественное белковое питание и связанная с этим наклонность к запорам, атония кишечника приводят к учащению заболеваемости острым аппендицитом. Можно думать, что избыточное количество аминокислот – продуктов распада белка составляет лучшую среду для роста микроорганизмов. Возможно, при этом изменяется кислотно-щелочное равновесие, усиливается возбуждение симпатической нервной системы, а червеобразный отросток снабжен мощным нервным аппаратом. Следовательно, в этиологии и патогенезе острого аппендицита основные теории – инфекционная, ангионевротическая, алиментарная не исключают, а дополняют друг друга.

Патологические изменения при остром аппендиците начинаются с функциональных расстройств, которые заключаются в спастических явлениях со стороны илеоцекального угла, слепой кишки и червеобразного отростка. Спазм гладкой мускулатуры сопровождается сосудистым спазмом. Первый из них способствует застою кишечного содержимого в отростке, второй – локальному нарушению питания слизистой оболочки и возникновению первичного эффекта. В условиях застоя повышается вирулентность кишечной флоры, которая проникает через первичный эффект в стенку червеобразного отростка. В дальнейшем идёт типичный нагноительный процесс, сопровождающийся сначала поражением слизистого и подслизистого слоя, а затем всей стенки отростка.

У моего пациента основными причинами возникновения заболевания острым аппендицитом являются:

- несоблюдение режима питания, нерегулярное питание, употребление жирных, жареных, копчёных продуктов;

- злоупотребление алкогольными напитками;

- работа Ильи Сергеевича физически тяжёлая, всё время на свежем воздухе, что могло способствовать снижению иммунитета, что послужило фоном для развития острого аппендицита;

- в последнее время пациент испытывал негативные эмоции личностного характера, что могло способствовать изменению реактивности организма при инфекциях, а также способствовать активации симпатической нервной системы и «раздражению» импульсами червеобразного отростка.

- аппендикулярный инфильтрат развился из-за несвоевременного обращения больного в ЛПУ и за 3 дня после появления первых признаков болезни образовался воспалительный инфильтрат.

Патогенез:

При обструкции проксимального отдела червеобразного отростка (например, в результате рефлекторного спазма) в его дистальной части продолжается секреция слизи, что приводит к значительному повышению внутрипросветного давления и нарушению кровообращения в стенке отростка. Дисфункция нервно-регуляторного аппарата приводит к спазму мышц и сосудов червеобразного отростка. В результате нарушений кровообращения в отростке происходит отёк его стенки. Набухшая слизистая оболочка закрывает устье червеобразного отростка, скапливающееся в нём содержимое, растягивает его, давит на стенку отростка, ещё больше нарушая его трофику. Слизистая оболочка в результате этого теряет устойчивость по отношению к микробам, которые всегда есть в его просвете. Они внедряются в стенку червеобразного отростка, и возникает воспаление. Когда воспалительный процесс захватывает всю толщу стенки отростка, в процесс вовлекаются окружающие ткани. Появляется серозный выпот. Из экссудата выпадает фибрин, который склеивает петли кишок, сальник, мочеточник, отграничивая очаг воспаления. Так образуется аппендикулярный инфильтрат, который в своём развитии проходит стадии рыхлого и плотного инфильтрата. Он может рассосаться и нагноиться с образованием аппендикулярного абсцесса, в зависимости от состояния систем защиты организма.

**Течение болезни (дневник)**

**3.11**

Жалобы на умеренные боли области послеоперационной раны. Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,6 С, пульс 78 ударов в минуту, ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Инфильтрат в правой подвздошной области малых размеров. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические оправления в норме.

Послеоперационная рана без выраженных признаков воспаления, по тампонам из брюшной полости стекает умеренное количество мутного серозно-геморрагического отделяемого. Тампоны удалены. Заведён перчаточный дренаж. Выполнена перевязка.

**5.11**

Жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны. Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,6 С, пульс 75 ударов в минуту, ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Инфильтрат в правой подвздошной области небольших размеров. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические оправления в норме.

Рана 3\*2 см, глубиной 6 см, сохраняется умеренное количество серозно-геморрагического отделяемого. Произведена смена дренажей, перевязка.

**6.11**

Жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны. Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,6 С, пульс 75 ударов в минуту, ритмичный. Кожные покровы обычной окраски. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Инфильтрат в правой подвздошной области прежних размеров. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические оправления в норме.

Рана 3\*2 см, глубиной 6 см, сохраняется умеренное количество серозно-геморрагического отделяемого. Произведена смена дренажей, перевязка.

**Обоснование лечения данного больного**

При аппендикулярном инфильтрате склонном к рассасыванию операция не показана.

1. Необходимо назначить больной постельный режим, чтобы уменьшить болезненные ощущения и не спровоцировать разрыв рыхлых соединительно-тканных перемычек и распространение инфекции по брюшной полости и в другие анатомические области.
2. Стол № 4Б по Певзнеру (острые и хронические заболевания кишечника в период обострения, сочетание их с заболеваниями желчевыводящих путей и поджелудочной железы) - обеспечение полноценного питания в условиях умерено выраженного воспалительного процесса в желудочно-кишечном тракте, снижение бродильных процессов в кишечнике.
3. Назначение антибиотика широкого спектра действия с целью недопущения распространения инфекции и абсцедирования инфильтрата. Обязательное проведение подкожной аллергической пробы с целью предупреждения аллергических реакций.
4. Для снижения болевых ощущений необходимо назначение обезболивающих средств.
5. Для повышения резистентности организма необходимо назначение общеукрепляющих средств и средств, повышающих иммунную защиту.
6. Для скорейшего рассасывания инфильтрата при благоприятном течении и отсутствии температуры назначаются тепловые процедуры и физиотерапевтическое лечение.
7. После рассасывания инфильтрата через 2-3 месяца в плановом порядке выполняют аппедэктомию, поскольку возможен рецидив заболевания.

**Назначения:**

С целью обезболивания перед удалением тампона:

Sol. Promedoli 2% - 1,0 в/м

Однократно

\*\*\*

Sol. Dimedroli 1% 2.0\* 3 раза в день в/м

Sol. Analgini 50% 2.0 \* 3 раза в день в/м

\*\*\*

Sol. Ceftrianoni 1,0 \* 1 раз в день в/в

\*\*\*

Sol. No-spani 2/0 \*2 раза в день в/м

\*\*\*

Sol. Amoksiclavi 1,2 \* 3 раза в день в/в

\*\*\*

Sol. Metrogili 100 mg \*2 раза в день в/в

**Предоперационный эпикриз**

В ночь с 24.10 на 25.10 у пациента поднялась температура тела до 37,3 С, боли в правой подвздошной области усилились, состояние средней тяжести. Пульс 90 уд. В минуту, удовлетворительного наполнения. Язык обложен. В области правой подвздошной ямки положительный симптом Щёткина-Блюмберга, пальпируется инфильтрат, резко болезненный. В крови лейкоцитоз: 18,3 x 109/л. Приведённые данные свидетельствуют о клинике местного перитонита в правой подвздошной области. Показано оперативное вмешательство. Планируется выполнить лапаротомию в правой подвздошной области, туалет, дренирование брюшной полости, биопсия червеобразного отростка из разреза Волковича-Дьяконова. Операция будет выполняться под наркозом. Противопоказаний для анестезии и операции нет. Больной информирован о предстоящей операции. Получено письменное согласие на анестезию и операцию. Группа крови 0(1), резус - положительный.

**Протокол операции**

Дата: 25.10.09.

Начало: 12.10

Окончание: 13.10

Лапаротомия в правой подвздошной области, туалет, дренирование брюшной полости, биопсия червеобразного отростка.

Под наркозом разрезом в правой подвздошной области по Волковичу-Дьяконову вскрыта брюшная полость. Здесь определяется выраженный инфильтрат червеобразного отростка, переходящий на слепую кишку, плотный, спаянный с брюшной стенкой, к нему подпаян сальник. Инфильтрат размерами 12,0\*3,0\*3,0 см, подвижный. Выполнить аппендэктомию невозможно. При пункции иглой гноя не получено. В малом тазу небольшое количество серозного выпота, осушено. Из стенки инфильтрата в двух местах взята биопсия. Брюшная полость отграничена от инфильтрата тремя тампонами, в малый таз заведена трубка. Брюшная полость послойно ушита до дренажей. Наложена асептическая повязка.

Послеоперационный диагноз: аппендикулярный инфильтрат.

**Эпикриз**

Больной, Лупанов Илья Сергеевич, 21 год, поступил в клинику 16.10.09. с жалобами на боль в правой подвздошной области, усиливающуюся при движении и надавливании. Боль ноющая, постоянная, не иррадиирующая. Температура тела 37, 5 С, слабость. Из истории заболевания установлено: первые признаки заболевания появились 14.10.09. Пациент почувствовал боль в области эпигастрия, ноющую, постоянную, без иррадиации, которая в течение дня переместилась в правую подвздошную область и стала интенсивней. 14.10.09. болезненность сохранялась в правой подвздошной области, при движении и надавливании усиливалась. 15.10.09. повысилась температура тела до 39 С, боль сохранялась. 16.10.09. боль в правой подвздошной области усилилась, температура тела опустилась до 37,5 С.

16.10.09. обратился за помощью в хирургическое отделение больницы им. Соловьёва, где был осмотрен хирургом и прошёл УЗИ. Был поставлен предварительный диагноз – острый аппендицит, после чего направлен во 2 поликлинику, где после осмотра в этот же день, в 16.40, был доставлен машиной Скорой Помощи в хирургическое отделение МСЧ НЯ НПЗ, госпитализирован с предварительным диагнозом: острый аппендицит; аппендикулярный абсцесс. Состояние при поступлении удовлетворительное.

При поступлении объективно выявлено: кожные покровы бледного цвета, язык ярко-розовый, влажный, обложен белым налётом, сосочковый слой выражен; при поверхностной пальпации напряжения передней брюшной стенки не выявлено, живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области; положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Черемского. У пациента в правой подвздошной области пальпируется плотный, болезненный, малоподвижный, неспаянный с кожей инфильтрат, с притупленным тимпаническим звуком над ним, размером 4\*6 см.

При обследовании были назначены основные лабораторные анализы, УЗИ органов брюшной полости, которые подтвердили предварительный диагноз.

Поставлен клинический диагноз: острый аппендицит, осложнённый аппендикулярным инфильтратом.

25.10.09. проводилось оперативное вмешательство: лапаротомия в правой подвздошной области из разреза по Волковичу-Дьяконову. Послеоперационная рана тампонирована, установлен дренаж. Регулярно проводилась перевязка. Параллельно с хирургическим лечением проводилось консервативное лечение, отмечено уменьшение аппендикулярного инфильтрата, снижение болезненности в правой подвздошной области, нормализация данных клинических лабораторных анализов. Готовится к выписке на 11.11.09. Рекомендуется соблюдение режима питания и щадящей диеты: исключить из рациона острое, солёное, перченое, копчёное, жареные и жирные продукты питания. Необходима плановая госпитализация для проведения аппендэктомии. Рекомендуемая дата плановой госпитализации: 11.02.10. Прогноз в отношении заболевания, жизни и трудоспособности благоприятный.

**Указатель использованной литературы**

1. - Н.Н. Углев, А.В. Плюта, С.В. Козлов Методическое пособие по написанию академической истории болезни на кафедре факультетской хирургии. – Ярославль, 2006.
2. - А.А. Чумаков. Острый аппендицит. Ярославль 2008.
3. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. -М.: Медицина,1988.-208 с.: ил.
4. Шипов А.К. Клиническая хирургия. -Ярославль.: Верхне-Волжское книжное издательство,1969. -507 с.: ил.
5. Большая медицинская энциклопедия. Гл. ред. Б.В. Петровский. В 30-ти томах. -М.: “Сов. Энциклопедия”. -1975-1985 гг. Т 2, 12, 19, 21
6. Кузин М.И. с соавт. Хирургические болезни. - М.: Медицина, 1986.-704с.:ил.
7. Утешев Н.С. с соавт. Острый аппендицит. - М.: Медицина, 1975.-160с.:ил.
8. Тейлор Р.Б. Трудный диагноз. В 2 т. Т. I: Пер. с англ. - М.: Медицина, 1988.-608с.:ил.