

16.03.14г. 10⁰⁰

Жалоб нет.

Общее состояние больной удовлетворительное.

Дыхание везикулярное над обеими половинами грудной клетки, хрипов нет. Сердечные тоны ясные ритмичные PS- 72 в минуту, нормального наполнения, ритмичен. АД – 110\70 мм. Рт.

Ст. Мочеиспускание достаточное, б.болезненное, С.Покалывания отрицателен.

Язык влажный, чистый. Живот симметричен, не вздут, не напряжен, в акте дыхание участвует.

При пальпации живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных явления нет.

Физиологические отправления в норме. Повязки сухие, раны спокойные, без признаков воспаления, заживает первичным натяжением.

ОАК (14.03.2014г.): Hb – 60 г/л, Эр – $2,3 \cdot 10^{12}$ /л, ЦП – 0,7, Лейк – $5,0 \cdot 10^9$ /л, п/я – 4%, с/я – 70%, э – 1%, м-2%, лимф – 23%; СОЭ-20;

Пациент выписывается в удовлетворительном состоянии с улучшением на дальнейшее амбулаторное лечение по месту жительства у хирурга, гематолога.

Врач Рахымжан Г.К.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі	Ұйымның атауы Наименование организации №1 Калалық аурухана Городская больница №1 Хирургия г. Тараз, ул. Толе би №64. Тел:т8-7262-453874	Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрінің м.а. 2010 жылғы«23» қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген № 027 / е нысанды медициналық құжаттама
Министерство здравоохранения Республики Казахстан		Медицинская документация Форма № 027/у Утверждена приказом и.о. Министра здравоохранения РК от «23» ноября 2010 года №907

Стационарлық науқастың медициналық картасынан КӨШІРМЕСІ №3670 ВЫПИСКА №3670 из медицинской карты стационарного больного

1. Науқастыңтегі, аты, әкесініңаты (Фамилия, имя, отчество больного): Корабай Г. Б.
2. Туған күні (Дата рождения): 03.06.1994 г.р.
3. Үйінің мекенжайы(Домашний адрес) г.Тараз, ул. Токтарова 13
4. Жұмыс орны мен кәсібі (Место работы и род занятий): ЖМК- студент.
- 5) стационар бойынша: түсуі (по стационару: поступления) **27.03.14г.**
шығуы (выбытия) **31.03.14г.**
6. Толық диагнозы (негізгі ауруы, қосалқы асқынулар) (Полный диагноз (основное заболевание, сопутствующее осложнение) **Основное:** Острый флегмонозный аппендицит. Местный серозный перитонит.

Жалобы на: боли в эпигастрии и правой подвздошной области, тошноту, рвоту, сухость во рту, общая слабость.

An. morbi: Считает себя больной в течении 2-х суток, когда появились боли по всему животу, которые с течением времени локализовались в правую подвздошную область. Присоединилась тошнота, рвота, сухость во рту. С течением времени боли усилились. Боли ни чем не купировала, с ухудшением общего состояния самостоятельно обратилась в ГП№3, от туда направлена в ГБ№1, после осмотра хирурга, гинеколога, обследована, госпитализирована в х/о.

An. Vitae: ВИЧ, ТВС, кож-вен заболевания, болезнь Боткина отрицает. Аллергоанамнез и наследственность не отягощены. Эпидокружение чистое, контакт с инфекционными больными отрицает. Ранее гемотрансфузий и операций не было. На «Д» учете не состоит.

St. Objectivus: Состояние больной средней тяжести, в сознании. Положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, лимфоузлы не увеличены. Правильного телосложения, умеренного типа питания. Дыхание везикулярное над обеими половинами грудной клетки, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, PS - 100 в минуту, нормального наполнения, ритмичен. АД – 120\70 мм.рт.ст. Периферических отеков нет.

St. Localis: Язык суховат, обложен белым налетом. Живот симметричен, не вздут, в акте дыхание участвует. При пальпации болезненный и напряжен в правой подвздошной области. С-м Щеткина-Блюмберга слабо положительный справа. Положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание достаточное, безболезненное. Стула не было в течении 2-х суток, газы отходят.

Была госпитализирована с диагнозом острый аппендицит, в хирургическое отделение, где в экстренном порядке **27.03.14г. под ЭТН была произведена операция – лапароскопическая аппендэктомия, дренирование брюшной полости.**

П/о диагноз: Острый флегмонозный аппендицит. Местный серозный перитонит.

Обследование:

Гинеколог- ОГЗ нет.

ОАК (27.03.2014г.): Нб – 100 г/л, Эр – $3,6 \cdot 10^{12}/л$, ЦП – 0,83, Лейк – $8,5 \cdot 10^9/л$, п/я – 4%, с/я – 60%, Э-1; м-3%, лимф – 32%; СОЭ-13;

ОАМ (27.03.2014 г.): колич – 80,0, пр, отн.плотность –1013, кисл, белок отр, лейкоц – 2-0-1

Группа крови от 27.03.14г: О(1) первая, резус положительный.

Кровь на малярию от 29.03.14г.- отр.

Кровь на РВ от 29.03.14г.- отр

Кал на я/г: отр.

В отделении получала цефазолин 1,0 х 3р в/м №4; кетатоп 2,0 в/м №2; ежедневные перевязки.

Послеоперационный период протекал гладко. В результате проведенного лечения состояние пациента постепенно нормализовалось.

На момент выписки п/о рана спокойная, без признаков воспаления, заживает первичным натяжением. Швы сняты. Выписывается на амбулаторное лечение с улучшением в удовлетворительном состоянии.

- Рекомендовано:**
- 1. Диета 15**
 - 2. Наблюдение у врача хирурга.**
 - 3. Ограничение физической нагрузки 2 месяца**

Зав.хир.отд:
Лечащий врач:

Туктибаев Х.Т.
Рахымжан Г.К.

Выписку получил 31.03.14г: -----

Претензий не имею: -----