Дагестанская Государственная Медицинская Академия

Стоматологический факультет

Кафедра хирургических болезней

**История болезни**

**На тему:**

**«Острый парапроктит»**

Махачкала 2012

Паспортная часть

Ф.И.О.:

Возраст:

Пол: мужской.

Национальность:

Образование:

Профессия:

Место работы:

Должность

Домашний адрес:

Дата поступления:19.09.2012.

Дата выписки: 24.09.2012.

Диагноз направившего учреждения: острый парапроктит.

Диагноз при поступлении: острый ишиоректальный парапроктит.

Клинический диагноз:

А) основное заболевание: Острый ишиоректальный парапроктит.

Б) осложнения основного заболевания: нет.

В) сопутствующие заболевания: нет.

Операция: вскрытие и дренирование острого парапроктита

Дата операции: 19.09.2012

Вид обезболивания: общее (внутривенное введение 1 г. Тиопентала Na)

Жалобы

На момент поступления больной предъявляет жалобы на боли, дискомфорт и чувство распирания в области заднего прохода, повышение температуры тела до 38,5С, при дефекации боль резко усиливается.

Anamnesis morbi

Со слов больного, заболевание началось 14.09.1012 г., когда появились интенсивные боли в области заднего прохода, возникающие вне зависимости от приема пищи и физических усилий. Через несколько дней возникли чувство распирания в промежности и боли при дефекации. Видимых улучшений не наблюдалось, трудоспособность снизилась. На дому применял новокаиновые свечи, которые эффекта не дали. Заболевание связывает с переохлаждением на работе. 19.09.2012 в связи с интенсивными болями обратился в скорую медицинскую помощь и был доставлен в М.Г.Б. №1 с диагнозом острый парапроктит.

Anamnesis vitae

Родился 09.04.1968 в с. \*\*\*\*. Наследственность не отягощена. Рос и развивался соответственно возрасту. До 6 лет находился на грудном вскармливании. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Питание регулярное. Условия труда не удовлетворительные (работа в холодном гараже). Вредные привычки – курит, пьет. Перенесенные ранее заболевания, операции и травмы отрицает. Аллергические реакции не отмечает.

Status praesens

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Выражение лица обычное. Телосложение крепкое, правильное. Тип конституции нормостенический. Рост 170 см., вес 84 кг., температура тела 38,5 С.

Кожа, периферические лимфоузлы и слизистые оболочки

Кожные покровы нормального цвета, температуры и влажности. Тургор кожи не снижен. Подкожно-жировая клетчатка выражена умерено. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти квадратной формы, розового цвета, чистые. Слизистая рта бледно-розовая, патологических изменений не выявлено. Склеры чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются.

Опорно-двигательный аппарат.

Осанка правильная, походка без особенностей. Общее развитие мышечной системы нормальное, тонус мышц не снижен. Болезненности при ощупывании мышц нет, атрофии и уплотнений не обнаружено. Деформации костей и болезненности при поколачивании нет. Конфигурация суставов не изменена.

Нейропсихический статус.

Сознание ясное. Настроение приподнятое. Сон нормальный. Головные боли не беспокоят. Менингиальные симптомы отрицательные. Сухожильные, периостальные, кожно-брюшные, глоточные рефлексы сохранены. Чувствительность не нарушена. Глазное яблоко, состояние зрачков и зрачковые рефлексы в норме. Слух в норме.

Дыхательная система.

Дыхание через нос свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания грудной. Частота дыхательных движений 20 в минуту. Форма грудной клетки правильная, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенке грудной клетки. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются. Пальпация грудной клетки безболезненна. Голосовое дрожание симметричное, не изменено.

Топографическая перкуссия.

Нижние границы легких.

Правое легкое:

l.parasternalis – 6 ребро;

l.medioclavicularis – 7 ребро;

l.axillaris anterior – 7 ребро;

l.axillaris media – 8 ребро;

l.axillaris posterior – 8 ребро;

l.scapularis – 9 ребро;

l.paravertebralis – на уровне остистого отростка Th 10.

Левое легкое:

l.parasternalis – 6 ребро;

l.medioclavicularis – 6 ребро;

l.axillaris anterior – 7 ребро;

l.axillaris media – 8 ребро;

l.axillaris posterior – 9 ребро;

l.scapularis – 10 ребро;

l.paravertebralis – на уровне остистого отростка Th 11.

Границы верхнего края легких.

Правое легкое:

- спереди на 3,5 см выше ключицы;

- сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Левое легкое:

- спереди на 3 см выше ключицы;

- сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Сравнительная перкуссия.

Над симметричными участками легких перкуторно определяется ясный легочной звук.

Аускультация.

Дыхание везикулярное на всем протяжении легочных полей, хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система.

Пальпация.

Пульс симметричный, частотой 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Определяется пульсация височной, сонной, подключичной, подмышечной, плечевой, локтевой, лучевой, бедренной, подколенной артерий. Верхушечный толчок пальпируется на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, площадью 1,5 на 2 см, умеренной силы, резистентный.

Перкуссия.

Границы относительной сердечной тупости:

Правая – в 4 межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины;

Верхняя – на уровне 3 ребра между l.sternalis et l.parasternalis sinistrae;

Левая – в 5 межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая – по левому краю грудины;

Верхняя – на уровне 4 ребра;

Левая – на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости.

Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1 и 2 межреберьях.

Аускультация.

Тоны сердца ритмичные, звучные.

Артериальное давление на момент поступления 110/70 мм.рт.ст.

Пищеварительная система.

Осмотр

Живот правильной формы, симметричный, не участвует в акте дыхания, пупок втянут.

Пальпация

Поверхностная: Живот мягкий, безболезненный.

Глубокая: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется. Нижний край печени острый, ровный, эластичный, безболезненный, не выходит из-под края реберной дуги; поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера - отрицательные. Селезенка не пальпируется. Перкуссия Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 10 см, по передней срединной линии 9 см, по левой реберной дуге 7 см. Верхняя граница селезенки по левой средне - оксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре. Мочеполовая система.

В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются.

Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Наружные половые органы без особенностей

Status localis

В параректальной области с левой стороны от анального отверстия при положении больного на спине имеется инфильтрат в диаметре до 9см, плотный, резко болезненный при пальпации, кожа гиперемирована, отёчна, в центре инфильтрата размягчение, наблюдается местное повышение температуры. Исследование прямой кишки невозможно из-за болезненности и деформации заднепроходного отверстия отеком тканей.

Предварительный диагноз.

Острый парапроктит.

План обследования больного.

1.Общий анализ крови

2.Общий анализ мочи

3.Анализ крови на сахар

4.Анализ крови на свертываемость

5.Анализ крови на ВИЧ

7.Кал на я/глист

Данные лабораторных и дополнительных методов исследования

Анализ крови на глюкозу 19.09.12г

6,1 ммоль/л

В крови повышенное содержание глюкозы

Анализ крови на свертываемость:

Протромбиновый индекс - 86%

Фибриноген - 5,77 г/л

Фибриноген "В1" - отриц.

КА-103%

Связ. гем. - 2\*10\*4 г/л

Показатели в норме

Общий анализ крови

Гемоглобин 148г/л

Эритроциты 4,8\*1012/л

Ретикулоциты 4,3%

Тромбоциты 222 \*109/л

Лейкоциты 17,9\*109/л

СОЭ 22 мм/ч

Нейтрофилы:

Палочкоядерные 5%

Сегментоядерные 79%

Лимфоциты 12%

Моноциты 4%

В анализе повышено содержание лейкоцитов, ретикулоцитов, сегметоядерных нейтрофилов, показатель СОЭ, что свидетельствут о наличии воспалительного процесса в организме.

Общий анализ мочи:

Цв соломенно-желтый

Реакция кислая

Удельный вес 1010

Эпителий плоский немного в п. зр.

Лейкоциты 3-6 в п. зр

Слизь +++

Белок отрицателен

Наличие повышенного количества лейкоцитов в поле зрения и слизи говорит о воспалительном процессе в организме.

Анализ крови на ВИЧ: отрицательный

Анализ кала на я/глист: отрицательный

Дневники болезни

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата, пульс  АД, t, ЧДД | Жалобы, объективный статус | Назначения |
| 20.09.2012,  75 уд. в мин.,  110/70 мм. рт. ст.,  36,4 С ,  20 д.д. в мин. | Общее состояние удовлетворительное.  Жалобы на боль средней интенсивности в области послеоперационной раны возникающую при ходьбе. Температура в норме. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме.  Перевязка: отмечается выраженный отек и гиперемия в области послеоперационной раны. Из раны отделяемое жидкое, мутное. Туалет раны - 3% раствором Н2О2 и хлоргексидином. Поставлены турунда с Диоксизолем и резиновый выпускник | 1.Режим - полупостельный.  2.Питание – щадящая диета стол №1б.  3.Кетерол 2.0 + анальгин 2.0 мл. в/м при болях, перевязки. |
| 21.09.2012,  78 уд. в мин.,  110/70 мм. рт. ст.,  36,5 С ,  19 д.д. в мин. | Состояние удовлетворительное.  Жалобы на боль средней интенсивности в области послеоперационной раны.  Положение активное. Сознание ясное, выражение лица спокойное. Паховые лимфатические узлы не пальпируются. Движения в тазобедренном суставе активные, объём движений незначительно снижен из-за болевых ощущений низкой интенсивности, возникающих при ходьбе.  Рана от хирургической обработки гнойного очага заживает вторично, в ране наличие грануляции, признаков воспаления с гнойной экссудацией нет.  Врачебные назначения выполняются | 1.Режим - полупостельный.  2.Питание – щадящая диета стол №1б.  3.Кетерол 2.0 + анальгин 2.0 мл. в/м при болях, перевязки. |
| 22.09.2012,  75 уд. в мин.,  110/70 мм. рт. ст.,  36,4 С ,  20 д.д. в мин. | Общее состояние удовлетворительное.  Жалобы на незначительные боли в послеоперационной ране при ходьбе.  Положение активное. Сознание ясное, выражение лица спокойное. Паховые лимфатические узлы не пальпируются.  Рана от хирургической обработки гнойного очага заживает вторично, в ране наличие грануляции, признаков воспаления с гнойной экссудацией нет. Врачебные назначения выполняются | 1.Режим - полупотельный.  2.Питание – щадящая диета стол №1б.  3.Кетерол 2.0 + анальгин 2.0 мл. в/м при болях, перевязки. |
| 23.09.2012,  75 уд. в мин.,  110/70 мм. рт. ст.,  36,4 С ,  20 д.д. в мин. | Общее состояние удовлетворительное. Жалоб активных нет, температура в норме. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Положение активное. Сознание ясное, выражение лица спокойное. Паховые лимфатические узлы не пальпируются.  Рана от хирургической обработки гнойного очага заживает вторично, в ране наличие грануляции, признаков воспаления с гнойной экссудацией нет. Врачебные назначения выполняются | 1.Режим - полупостельный.  2.Питание – щадящая диета стол №1б.  3.Кетерол 2.0 + анальгин 2.0 мл. в/м при болях, перевязки. |

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз при остром проктите проводят с:

* язвенным проктитом
* абсцедирующим фурункулом промежности
* и раком прямой кишки.

Для язвенного проктита и острого парапроктита характерны следующие симптомы: остро возникшие, нарастающие [боли в прямой кишке](http://www.treatmentabroad.ru/diseasesintestine/painsyndromerectum/), промежности, в области таза, в сочетании с общим недомоганием, слабостью, головной болью, ознобом, лихорадкой.

Но правильный диагноз может быть установлен только после ректоскопии: на всем протяжении прямой кишки или на ограниченном ее отрезке (обычно на протяжении нижних 7 см) видна характерная зернистость слизистой оболочки ярко-малинового цвета, с множественными точечными геморрагиями на отечном фоне. Легкое прикосновение к поверхности набухшей слизистой оболочки дает диффузную кровоточивость. Нередко наблюдаются множественные эрозии, различной величины язвы, некротические и гнойные налеты.

Для рака прямой кишки и острого парапроктита характерны следующие симптомы: чувство дискомфорта, напряжения в заднем проходе, нарастание болевого синдрома, анальный зуд.

При раке прямой кишки наблюдаются примесь крови в стуле, чувство инородного тела в заднем проходе или около него.

Абсцедирующий фурункул промежности и острый парапроктит имеют общие признаки: выраженный отек, гиперемия, боли в области абсцесса, субфебрильная температура тела, в лабораторных показателях имеется сдвиг лейкоцитарной формулы влево и повышение СОЭ.

Но в отличие от парапроктита абсцедирующий фурункул промежности - это воспаление волосяного фоликула, он имеет гнойно-некротический стержень.

Таким образом, можно сделать вывод, что это острый парапроктит.

Обоснование диагноза основного заболевания и методов лечения больного

На основании жалоб больного - на боли, дискомфорт и чувство распирания в области заднего прохода, повышение температуры тела до 38,5С, усиливающуюся боль при дефекации.

На основании анамнеза заболевания – 14.09.2012 появились интенсивные боли в области заднего прохода, возникали вне зависимости от приема пищи и физических усилий. Через несколько дней возникли чувство распирания в промежности и боли при дефекации. Видимых улучшений не наблюдалось, трудоспособность снизилась. На дому применял новокаиновые свечи, которые эффекта не дали.

На основании объективных данных - в параректальной области с левой стороны от анального отверстия при положении больного на спине имеется инфильтрат в диаметре до 9см, плотный, резко болезненный при пальпации, кожа гиперемирована, отёчна, в центре инфильтрата размягчение, наблюдается местное повышение температуры.

Можно поставить следующий диагноз: острый парапроктит.

Обоснование проведения операции:

У больного имеется острый парапроктит, причиняющий ему выраженное болевое расстройство, дискомфорт, снижающий его трудоспособность, что является показанием для проведения операции. Планируется операция вскрытия и дренирования острого парапроктита. Противопоказаний нет. Обезболивание общее. Больной на операцию согласен.

Протокол операции.

Больной:

Диагноз: острый ишиоректальный парапроктит

Операция: вскрытие и дренирование острого парапроктита

Оперировал: Адильгереева А.А.

Анестезиолог: Магомедов А.А.

Анестезия: в/в Тиопентал натрия 1 г

Описание операции:

Подготовили операционное поле, обезболили пациента.

Обработали троекратно йодом и спиртом операционное поле.

Разрезом, длиной около 4 см, вскрыли острый парапроктит. При разведении зажимом вышел гной с примесью крови в количестве 40,0 мл, коричневого цвета с резким ихорозным запахом. Полость гнойника промыта 3 % перекисью водорода. Гемостаз по ходу операции. Рану обработали, наложили повязку с Диоксизолем.

Эпикриз

Больной \*\*\*\* поступил в хирургическое отделение МБ №1 с жалобами на боли, дискомфорт и чувство распирания в области заднего прохода, повышение температуры тела до 38,5С, усиливающуюся боль при дефекации.

Со слов больного, заболевание началось 14.09.2012 г., когда появились интенсивные боли в области заднего прохода, возникающие вне зависимости от приема пищи и физических усилий. Через несколько дней возникли чувство распирания в промежности и боли при дефекации. Видимых улучшений не наблюдалось, трудоспособность снизилась. На дому применял новокаиновые свечи, которые эффекта не дали. Заболевание связывает с переохлаждением на работе. 19.09.2012 в связи с интенсивными болями обратился в скорую медицинскую помощь и был доставлен в М.Г.Б. №1 с диагнозом острый парапроктит.

При обследовании установлено: абсолютный нейтрофильный лейкоцитоз с регенераторным сдвигом влево; увеличение СОЭ. Был поставлен клинический диагноз: острый ишиоректальный парапроктит.

Проводилось лечение: 19.09.2012г., хирургическая обработка гнойного очага. После операции проводилась антибиотикотерапия и противоболевая терапия. В процессе лечения отмечено благоприятное течение послеоперационного периода без осложнений, заживление раны проходит вторичным натяжением. Пациент готовится к выписке.

##### Прогноз

Прогноз в отношении заболевания благоприятный, так как больной выздоровел, в отношении жизни - благоприятный, так как нет угрозы развития осложнений, опасных для жизни, в отношении трудоспособности - временная утрата трудоспособности.

Использованная литература

1. Заремба А.А Клиническая проктология – Рига, 1978.
2. Канделис Б.Л. Неотложная проктология
3. Дульцев Ю.В. – Парапроктит. – 1981.