Министерство образования и науки РФ

ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет

имени М.К. Амосова

Медицинский институт

Кафедра общей хирургии, травматологии, ортопедии и медицины катастроф.

Медицинская карта стационарного больного

Выполнил: студент III курса ЛД 301-1

Проверил: к.м.н, доцент кафедры ОХТО и МК

Якутск, 2013

РБ №2 ЦЭМП

Отделение: колопроктология

ФИО больного: \_\_\_\_

Пол: мужской

Место жительства: г.Якутск, \_\_\_

Место работы, должность: образование среднее специальное, работает рабочим в ООО и заочно учиться в ВУЗе

Дата поступления в стационар: 25.03.13

Палата №4

Группа крови: В(III) Резус фактор: Rh(+)

Клинический диагноз:

а) основное заболевание: острый подслизистый парапроктит

б) сопутствующие заболевания: нет

в) осложнения основного заболевания: осложнения нет

Возраст: 23 года.

Дата и время осмотра: 25.03.2013 20:00

Принял: врач

Жалобы:

В момент осмотра больной жалуется на:

сильные боли в области ануса

общую слабость

головная боль стойкая, интенсивность умеренная

головная боль иррадиирует на шею

повышение температуры на 38-39С

Говорит что головные боли появились утром после сна.

Anamnes morbi

Болеет с 18.03.2013г. связывает с переохлаждением, т.к носил легкую одежду и суровыми условиями работы.

21.03.2013 проконсультировался у проктолога в частной клинике «Центромед», где ему выставили диагноз: геморрой и назначили консервативное лечение. Но консервативное лечение улучшение не дало.

25.03.2013г. боль в области ануса резко усилилась, повысилась температура до 38градусов Цельсия, появилась головная боль.

Госпитализировался экстренно в приемное отделение РБ№2 ЦЭМП.

Anamnes vitae:

Профессональная вредность: работа в тяжелых, холодных условиях

Туберкулез: не болел

Гепатит: в детстве болел гепатитом А

Травмы: перелом костей левого предплечья в 2004 году

Операции: в 2006 году проводили операцию по поводу варикоцеле

В армии не служил из-за мелкой аномалии сердца

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ОРЗ

Вредные привычки: курит по 10 сигарет в день (среднем), курит более 10 лет.

Аллергии: на лекарственные средства аллергий нет.

Жилично - бытовые условия: удовлетворительные

Место работы: рабочий в ООО «\*\*\*»

Status objectivus:

Общее состояние больного: средней тяжести

Сознание: ясное

Положение: активное

Телосложение: нормостеническое

Рост: 176 см

Вес: 75 кг

Температура тела: 37,5 С

Кожные покровы и слизистые: чистые, окраска обычная

Язык: влажный и чистый

Периферические лимфатические узлы: не увеличены

Дыхание: везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет

Частота дыхательных движений: 18 в минуту

Сердечные тоны: приглушены, ритмичные

Мышечной атрофии нет. Тонус хороший

Живот: мягкий при пальпации безболезненный

Ногти: здоровые

Лимфоузлы не пальпируются, безболезненны

Перистальтика кишечника: нормальная, прислушивается

Стул: нормальный, без примесей 2-3 раза в день

Мочеиспускание: безболезненное, свободное

АД-120/75

Status localis:

Прямая кишка: Тонус сфинктера удовлетворительный, при пальпации стенок прямой кишки определяется дефект слизистой оболочки, местами не гладкая слизистая. Болезненный, с инфильтрацией. Кожа левой полуокружности гиперемированна. Здесь же болезненный инфильтрат, размером 3х4 см с центром флюктуации, местная гиперемия. На высоте пальца патологические образования не чувствуются, на перчатке чисто. Кровотечения нет.

Предварительный диагноз

Острый подслизистый парапроктит

План обследования:

Дата и время: 26.03.2013 09:00

-общий анализ крови

-общий анализ мочи

-кровь на сахар

-определение группы крови и резус фактора

-ЭКГ

-осмотр анестезиолога

Данные лабараторного исследования

Дата и время: 27.03.2013 08:15

Общий анализ крови:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| HGB (гемоглобин) | 125 | г⁄л |
| RBC (эритроциты) | 4,1 | 1012 |
| Цветовой показатель | 0,8 |  |
| Ретикулоциты | 0,5 | % |
| Тромбоциты | 280 | 109 |
| СОЭ | 25 | мм⁄ч |
| Лейкоциты | 13 | 109 |
| Нейтрофилы:  Палочкоядерные | 2 | % |
| Сегментоядерные | 64 | % |
| Эозинофилы | 2 | % |
| Базофилы | 5 | % |
| Лимфоциты | 27 | % |
| Моноциты | 5 | % |

Дата и время: 28.03.2013 10:18

Общий анализ мочи:

Цвет соломено-желтый

Реакция кислая

Удельный вес 1010

Эпителий плоский 0-1-3 в п. зр.

Лейкоциты 2-3 в п. зр

Слизь

Белок отрицателен

Дата и время: 26.04.13 10:00

Результаты определения группы крови и резус-фактора:

III группа крови, Rh(+)

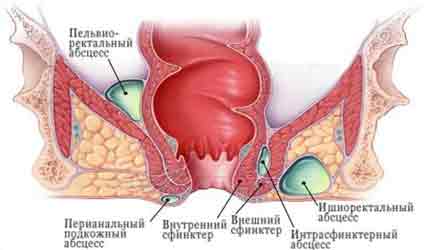
Дата и время: 26.04.13 10:15

Результаты определения сахара в крови:

6,5 ммоль/л

Обоснование диагноза

Острый парапроктит — острое воспаление околопрямокишечной клетчатки, обусловленное распространением воспалительного процесса из анальных крипт и анальных желез.



Этиология

Возбудителем инфекции в случае парапроктита чаще всего является смешанная флора: стафилококки и стрептококки, кишечная палочка. В некоторых случаях может отмечаться специфическая инфекция: клостридии, актиномикоз, туберкулез.

Специфический парапроктит встречается не чаще, чем у 1-2 % больных.

Классификация острого парапроктита

Острый парапроктит в зависимости от локализации и распространенности процесса подразделяется на подкожный парапроктит (параректальный абсцесс), интрасфинктерный, ишиоректальный и пельвиоректальный парапроктиты.

Подкожный парапроктит характеризуется гнойным расплавлением подкожной клетчатки в перианальной области. Этот вид парапроктита наиболее легко поддается излечению и имеет самый благоприятный прогноз.

При интрасфинктерном парапроктите воспаление затрагивает ткани анального сфинктера, при ишиоректальном парапроктите гнойный процесс локализуется в подвздошно-прямокишечной ямке.

Воспаление при пельвиоректальном парапроктите развивается внутри малого таза.

Факторы риска развития парапроктита

Развитию парапроктита способствует снижение иммунных свойств организма, общее истощение, хронические заболевания органов и систем, острая или хроническая инфекция пищеварительного тракта, специфические инфекционные заболевания, расстройства стула (запоры или поносы), проктологические патологии (проктит, геморрой, анальная трещина, криптит, папиллит).

Симптомы острого парапроктита

Острый парапроктит проявляется характерными для местного гнойного воспаления симптомами, болью, гиперемией, гипертермией и отеком тканей, гноетечением.

В отличие от неспецифической аэробной флоры, анаэробные микроорганизмы способствуют не гнойному расплавлению, а некротической деструкции тканей. Преобладание гнилостное анаэробной флоры способствует развитию гнилостного парапроктита, который характеризуется масштабным поражением, высокой скоростью деструкции тканей и выраженной интоксикацией. При неклостридиальном анаэробном парапроктите зачастую в патологический гнойный процесс вовлекаются мышцы и фасциальные структуры.

Диагностика острого парапроктита

Для предварительной диагностики [проктологу](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-proctology/proctologist) достаточно данных опроса, осмотра и физикального обследования. Характерные клинические признаки: лихорадка, местная болезненность, симптомы гнойного воспаления. Ввиду крайней болезненности процедур, пальцевое исследование заднего прохода и методы инструментальной диагностики проктологических заболевания ([аноскопия](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/endoscopic-proctology/anoscopy), [ректороманоскопия](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/endoscopic-proctology/rectoscopy)) не производятся. При исследовании крови отмечаются признаки гнойного воспаления: лейкоцитоз с нейтрофилезом, повышение СОЭ.

Дифференциальная диагностика острого парапроктита

Острый парапроктит в основном приходится дифференцировать от нагноившейся тератомы околопрямокишечной клетчатки, опухолей прямой кишки и окружающих ее тканей, [абсцесса дугласова пространства](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/douglas-space-abscess). Необходимость производить дополнительные исследования для дифференцирования парапроктита от других заболеваний обычно возникает в случае высокого расположения гнойника (в малом тазу или подвздошно-прямокишечной ямке).

Осложнения острого парапроктита

Наиболее опасным осложнением острого парапроктита является проникновение гнойного процесса в заполненные клетчаткой пространства малого таза, а также гнойное расплавление всех слоев кишечной стенки выше аноректальной линии. При этом происходит выход каловых масс в параректальную клетчатку, поражая близлежащие органы и угрожая выходом инфекции в кровяное русло (развитием сепсиса).

Анатомическая близость тазовой брюшины делает возможным распространение инфекции с развитием [перитонита](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/peritonitis). Соседство тазовой клетчатки с забрюшинной позволяет прорваться гною в забрюшинное пространство.

Такое распространение гнойного процесса характерно для пожилых и ослабленных лиц при позднем обращении к врачу.

Помимо прочего, парапроктит может осложниться прорывом абсцесса в прямую кишку, влагалище, на кожу промежности. Обычно после спонтанного вскрытия гнойника без осуществления мер по дренированию формируется свищевой ход. Если свищ не сформировался, но очаг инфекции сохранился, то со временем происходит рецидив – формирование нового гнойника.

Обоснование клинического диагноза

Жалобы на боли, припухлость, дискомфорт в области заднего прохода. ↑tє тела до 38-39Сє

Анамнез заболел остро неделю назад, после переохлаждения.

От консервативного лечения эффект только на момент действия препарата.

Status localis: При положение больного на спине.

Кожа левой полуокружности гиперемированна. Здесь же болезненный инфильтрат, размером 3х4 см с центром флюктуации, местная гиперемия.

Per rectum: резкая болезненность.

Показания к операции

Острый гнойный процесс

Болевой синдром, общая интоксикация

Нет эффекта от консервативной терапии

Планируется операция радикальное вскрытие парапроктита под спинномозговой анестезией. С пациентом согласованно. Противопоказаний нет.

Осмотр анестезиолога

Согласие больной на проведение анестезиологического пособия получено.

Больной в экстренном порядке взят в операционную по поводу острого парапроктита.

Общее состояние больного удовлетворительное.

Жалобы на основное заболевание.

Дыхание в легких проводиться с обеих сторон, везикулярное хрипов нет, ЧДД -18

Сердечные тоны ритмичные АД 120/80 Пульс 75 уд.в мин.

Анамнез в детстве болел гепатитом «А», перелом костей предплечья в 2004 году, курит стаж более 10лет.

Аллергологический анамнез: аллергии нет

Планируется спинномозговая анестезия.

Анестезиологическое пособие

Дата и время: 26.03.2013 10.30

Больной в операционной

Sol. Atropini Sulfati 1% - 0,5

Премедикация: в/м Sol. Relani 2,0

Sol. Dimedroli 1,0 - 1

В асептических условиях произведена спинномозговая анестезия

Введено: Sol. Lidocaini 2% - 30,0(мг)

Гемодинамика: АД 120/80 мм.рт.столба. Пульс 74-76-71 уд/мин.

Перелито в/в Sol. NaCl 0,9% - 400,0мг

По окончании операции 14.00ч больной в сознании переведен в палату под наблюдение лечащего врача.

Операция вскрытие острого парапроктита

Ход операции: На спинномозговой анестезии. После обработки операционного поля полулунным разрезом вскрыт острый парапроктит на 3часах. Получено ≈150мл густого зловонного гноя. В рану введен желобоватый зонд. Однако найти внутреннее отверстие не удалось. Рана ревизирована, пальцем имеется гнойный затёк в ишиоректальное пространство удалены гнойные карманы и перемычки. Рана промыта H2O2, осушена тампонирована с мазью.

После операционный диагноз: Острый подслизистый парапроктит

Назначено:

С целью снятия болевого синдрома

Промедол 2% - 1,0 в/м

кеторолак 3% - 1,0 в/м

мазь левомиколь местно

цефзол 1,0 2р в день в/м после пробы

Дневниковая запись

\_\_\_, Палата №4

1 день 27.03.13

ЧСС- 80, АД – 120/80 мм.рт.ст. t 37,4°

Состояние больного соответствует тяжести, перенесенной операции. Жалобы на боли в области послеоперационной раны, общая слабость, диурез через катетер, рана обработана, наложена мазевая повязка. Лечение получает

Врач:

3 день 29.03.13

ЧСС- 80, АД – 120/80 мм.рт.ст. t 36,7

Состояние больного относительно удовлетворительное. Жалобы на боли в области послеоперационных ран, гемодинамика стабильная, катетер снят, газы отходят, стул самостоятельный. Удален тампон, кровотечений нет, наложена мазевая повязка с левомиколем.

Врач:

5 день 31.03.13

ЧСС- 80, АД – 120/20 мм.рт.ст. t 36,5°

Состояние больного относительно удовлетворительное. Боль в области послеоперационных ран постепенно угасает. Температурной реакции нет. Гемодинамика стабильная. Диурез регулярный, газы отходят, стул нормализуется. Рана обработана, очищается. Наложена мазевая повязка. Лечение продолжает.

Врач:

7 день 02.03.13

ЧСС- 80, АД – 120/20 мм.рт.ст. t 36,6°

Состояние больного удовлетворительное. Боль в области послеоперационных ран постепенно угасает. Температурной реакции нет. Гемодинамика стабильная. Диурез регулярный, газы отходят, стул нормализовался.

Рана обработана, очищается. Наложена мазевая повязка.

Лечение продолжает.

Врач:

9 день 04.03.04

ЧСС- 80, АД – 120/20 мм.рт.ст. t 36,°

Состояние больного удовлетворительное. Жалоб не предъявляет.

Температурной реакции нет. Гемодинамика стабильная.

Физиологические отправления в норме.

Лечение продолжает.

Врач:

10 день 05.03.13

Пациент с улучшением выписывается домой на амбулаторное лечение

Врач:

Выписной эпикриз

Время и дата: 05.04.13 14.00

Больной находился на стационарном лечении в РБ№2 ЦЭМП отделении колопроктологии с 25.04.13 по 05.04.13 с клиническим диагнозом: Острый парапроктит

Жалобы при поступлении:

сильные боли в области ануса

общую слабость

головная боль стойкая, интенсивность умеренная

головная боль иррадиирует на шею

повышение температуры на 38-39С

Анамнез:

Со слов болеет с 18.03.2013г. связывает с переохлаждением, т.к носил легкую одежду и суровыми условиями работы.

25.03.2013г. боль в области ануса резко усилилась, повысилась температура до 38градусов Цельсия, появилась головная боль.

Локальный статус:

Тонус сфинктера удовлетворительный, при пальпации стенок прямой кишки определяется дефект слизистой оболочки, местами не гладкая слизистая. Болезненный, с инфильтрацией. Кожа левой полуокружности гиперемированна. Здесь же болезненный инфильтрат, размером 3х4 см с центром флюктуации, местная гиперемия. На высоте пальца патологические образования не чувствуются, на перчатке чисто. Кровотечения нет.

Проведены обследования: ОАК, ОАМ, ЭКГ, группа крови и резус фактор, осмотр анестезиолога.

Проведена операция вскрытие острого парапроктита, под спинномозговой анестезией

Послеоперационное течение гладкое.

Получал косервативное лечение:

Промедол 2% - 1,0 в/м

кеторолак 3% - 1,0 в/м

мазь левомиколь местно

цефзол 1,0 2р в день в/м после пробы

Больной в удовлетворительном состоянии выписывается домой (на амбулаторное лечение)

Проведена беседа по программе ЗОЖ

Рекомендации:

Наблюдение у хирурга по месту жительства

Избегать запоров и переохлаждений

Соблюдать диету и личную гигиену

Фурацилин мазь местно, до полного заживления раны.

Врач: