Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской хирургии

зав. каф. - д. м. н., проф. Клименко В. Н.

преподаватель - к. м. н., асс. Захарчук А. В.

История болезни

Острый гнойный ишиоректальный парапроктит

Куратор: студентка 4 курса

9 группы 1мед. ф-та

Парнак Н.С.

г. Запорожье 2011

**Паспортная часть**

Ф.И. О.:

Дата рождения: 9.12.78 г.

Пол: мужской

Дата поступления в клинику: 5.02.11г.

Профессия и месть работы: фитнес-цент "Сити-Джем", инструктор

Место жительства:

Госпитализирован: по неотложным показаниям

Диагноз при поступлении: острый парапроктит

Клинический диагноз: острый гнойный ишиоректальный парапроктит

Операция: 5.02.11 г. вскрытие, санация, дренирование гнойника

Обезболивание: в/в

Исход: улучшение состояния

**Основные жалобы больного**

Больной предъявляет жалобы на пульсирующую, тянущую боль в области промежности, усиливающуюся к вечеру, повышение температуры до 38,3 С в течение недели, на общую слабость, озноб, потерю аппетита.

**Анамнез настоящего заболевания**

Считает себя больным с 2009 года, когда впервые заметил уплотнение возле промежности, которое периодически " надувалось и спадало".

1 февраля больной ощутил ноющие средней интенсивности боли в области заднего прохода без иррадиации. Больной принял обезболивающее (таблетку аспирина) и боли стихли. Своё заболевание пациент связывает с переохлаждением во время работы. Боли повторились утром 2 февраля, но также снимались двумя таблетками аспирина и таблеткой парацетамола. Вечером 3 февраля боли возобновились, поднялась температура до 37є С. Боли продолжались следующих 2 дня и аспирином уже не снимались, а только немного уменьшалась их интенсивность. Температура в эти дни держалась на уровне 38,3є С. Для того, чтобы снизить температуру больной принимал по одной таблетке парацетамола 2 раза в сутки и одной таблетке аспирина. Приём таблеток результата не давал, и температура ниже 38,3є С не опускалась. Утром 5 февраля по причине того, что состояние больного не улучшается, а приём лекарств не оказывает эффекта, больной обратился к дежурному хирургу в больнице " Вита - Центр", куда и был госпитализирован.

**Анамнез жизни**

Больной родился 9.12.78г. в г. Запорожье, первым по счету ребенком в семье. Рос и развивался нормально, в школу пошел с 7 лет. Образование неполное высшее. Работает в течение 9 лет инструктором в фитнес-центре. Материально-бытовые условия считает удовлетворительными.

Из перенесенных ранее заболеваний отмечает простудные, вегето-сосудистую дистонию, страдает хроническим геморроем.

Венерические заболевания, туберкулез, гепатиты - отрицает.

Вредных привычек - нет.

Наследственность не отягощена. Гемотрансфузий и операций не было.

Аллергологический анамнез отягощен неперносимостью антибиотиков пенициллинового ряда.

**Настоящее состояние больного**

Общее состояние удовлетворительное. Положение вынужденное - на левом боку, обусловлено болями в области заднего прохода. Сознание ясное, выражение лица спокойное, телосложение правильное, конституция нормостеническая, вес 85 кг, рост 180 см, температура тела 37,4є С.

Кожные покровы бледные, умеренно влажные, видимые сыпи, рубцы, опухоли отсутствуют. Тургор тканей и эластичность кожи сохранены.

Видимые слизистые бледно-розового цвета, влажные, без видимых высыпаний.

Подкожная клетчатка развита умеренно (толщина складки ниже угла лопатки 1 см). Видимые отёки отсутствуют, болезненность при пальпации не определяется.

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

Мышцы развиты равномерно, тонус и мышечная сила сохранены, болезненность при пальпации отсутствуют, уплотнения не пальпируются.

Форма костей не изменена, ось верхней и нижней конечности не нарушена

Конфигурация сустава не изменена, видимой припухлости нет, кожа над суставами не изменена, на ощупь тёплая, болезненность при пальпации суставов отсутствует. Движения в тазобедренном суставе ограничены болью, возникающей при активных и пассивных движениях в этом суставе. В других суставах движения активные, в полном объёме.

**Дыхательная система**

Дыхание через нос, свободное, придаточные пазухи носа при пальпации и перкуссии безболезненные, осиплости голоса нет. Число дыхательных движений - 16 в минуту. Тип дыхания брюшной. Дыхание глубокое, ритмичное, одышки нет. Грудная клетка правильной конфигурации, безболезненна при пальпации, резистентная. Ширина межрёберных промежутков 1 см. Голосовое дрожание умеренное, проводится одинаково с обеих сторон.

При проведении сравнительной перкуссии над перкутируемой поверхностью лёгких перкуторный звук ясный, лёгочный (длительный, низкий, нетимпанический), одинаковый с обеих сторон

При аускультации лёгких выявлено везикулярное дыхание над всей исследуемой поверхностью, хрипы и шум трения плевры не выслушиваются.

**Сердечно-сосудистая система**

Видимая пульсация сосудов отсутствует. При пальпации артерии плотные, не извитые. Локализованный верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на уровне левой срединно-ключичной линии, площадью в 1,5 смІ. Систолическое и диастолическое дрожание не определяется. На лучевых артериях пульс одинаковый на левой и правой руке, с частотой 68 в минуту, ритмичный, соответствует частоте сердечных сокращений, полный, напряжённый. При аускультации артерий звуковых явлений не обнаружено. Тоны сердца ясные, выслушивается акцент I тона над аортой, сердечные шумы и шум трения перикарда не выслушиваются. Артериальное давление 120 на 80 мм ртутного столба на обеих руках.

**Пищеварительная система**

Язык бледно-розовый, влажный, без налёта. Кариозных изменений зубов не обнаружено, зубных протезов нет. Десны розовые, плотные, без признаков кровоточивости. Мягкое и твердое нёбо розовые, без налётов, изъязвлений и геморрагий.

Миндалины не увеличены, розовой окраски, лакуны чистые.

Запах изо рта отсутствует.

Живот обычной конфигурации, симметричный, не вздут, выпячиваний, западений, видимых пульсаций нет, участвует в дыхании. Видимой на глаз перистальтики и расширенных подкожных вен нет.

При перкуссии над границами брюшной полости определяется тимпанический перкуторный звук более высокий над кишечником и более низкий над желудком.

При поверхностной пальпации напряжение передней брюшной стенки не выявлено. Пальпация безболезненная.

Глубокая методическая скользящая топографическая пальпация кишечника по Образцову-Стражеско:

1. Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого, плотного тяжа, безболезненна, не урчит при пальпации, при пальпации подвижна.
2. Нисходящая часть ободочной кишки - пальпируется в левой подвздошной области в виде тяжа эластичной консистенции, безболезненна, не урчит, подвижна
3. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде гладкого эластического цилиндра, не урчит, подвижна, аппендикс не пальпируется
4. Восходящая часть ободочной кишки пальпируется в правой подвздошной области в виде безболезненного тяжа, эластична, подвижна, не урчит
5. Большая кривизна желудка определяется на 4 см выше пупка в виде валика эластичной консистенции, безболезненна, подвижна, привратник не пальпируется
6. Поперечная ободочная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде цилиндра умеренной плотности, подвижна, безболезненна, не урчит

Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

Расхождение мышц брюшного пресса, грыжи, поверхностно расположенные опухоли не определяются.

Поджелудочная железа не пальпируется.

Печень и желчный пузырь при осмотре не увеличены.

Печень пальпируется по краю реберной дуги: край острый, поверхность гладкая, безболезненная. Перкуторно границы не изменены.

Размеры печени по Курлову:

По правой среднеключичной линии - 9см

По передней срединной линии - 8см

По левой реберной дуге - 7см

При осмотре области проекции желчного пузыря на передней брюшной стенке (правое подреберье) в фазе вдоха выпячиваний и фиксации его не обнаружено. Желчный пузырь не пальпируется.

Селезенка не пальпируется

Стул регулярный, запоры, тенезмы, диарея не беспокоят. Консистенция каловых масс зависит от характера принятой на кануне пищи. Испражнения с обычным запахом, без примесей слизи, гноя, остатков непереваренной пищи.

Жжение, зуд, боли в области заднего прохода периодически беспокоят, иногда выделяются капли крови из прямой кишки.

**Мочеполовая система**

Количество мочи за сутки в среднем ≈ 1-1.5 л. Жалоб 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.

**Эндокринная система**

При осмотре и пальпации щитовидной железы увеличения размеров не выявлено. Железа мягкой консистенции, безболезненна, подвижна. Вторичные половые признаки выражены, по мужскому типу

**Нервная система**

Обоняние, вкус выражены. Зрение, слух, речь не нарушены. Движения координированы.

**Местный статус**

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. Характерное нарушение функции - затруднение акта дефекации, связанное с резкой болью в области промежности. Исследование прямой кишки невозможно из-за болезненности и деформации заднепроходного отверстия отеком тканей.

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб больного - на пульсирующую, тянущую боль в области промежности, усиливающуюся к вечеру, повышение температуры до 38,3 С в течение недели, на общую слабость, озноб, потерю аппетита.

На основании анамнеза заболевания - в 2009г. впервые заметил уплотнение возле промежности, которое периодически " надувалось и спадало".

1 февраля больной ощутил ноющие средней интенсивности боли в области заднего прохода без иррадиации. Больной принял обезболивающее (таблетку аспирина) и боли стихли. Своё заболевание пациент связывает с переохлаждением во время работы. Боли повторились утром 2 февраля, но также снимались двумя таблетками аспирина и таблеткой парацетамола. Вечером 3 февраля боли возобновились, поднялась температура до 37є С. Боли продолжались следующих 2 дня и аспирином уже не снимались, а только немного уменьшалась их интенсивность. Температура в эти дни держалась на уровне 38,3є С. Для того, чтобы снизить температуру больной принимал по одной таблетке парацетамола 2 раза в сутки и одной таблетке аспирина. Приём таблеток результата не давал, и температура ниже 38,3є С не опускалась. Утром 5 февраля по причине того, что состояние больного не улучшается, а приём лекарств не оказывает эффекта.

На основании местного статуса - 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. Характерное нарушение функции - затруднение акта дефекации, связанное с резкой болью в области промежности. Исследование прямой кишки невозможно из-за болезненности и деформации заднепроходного отверстия отеком тканей.

Можно предположить следующий 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. Исследование крови на сифилис
6. Забор КБА
7. Ректальное исследование
8. Колоноскопия
9. Трансректальная ультрасонография
10. ЭКГ

**Данные лабораторных и дополнительных методов исследования**

Анализ крови на глюкозу 5.02.11г

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 соломено-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.

**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. Это обусловлено локализацией новообразования в анальном канале, имеющем богатую иннервацию. Болевой синдром имеет тенденцию к усилению, что связано с дальнейшим ростом образования. При проведении трансректальной ультрасонографии оценивают глубину инвазии первичной опухоли, с высокой точностью определяют размер образования и выявляют наличие увеличенных параректальных лимфатических узлов.

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.

**Окончательный диагноз**

На основании предварительного диагноза, на основании данных инструментального исследования - абсолютный нейтрофильный лейкоцитоз с регенераторным сдвигом влево; увеличение СОЭ; на основании проведенного дифференциального диагноза - можно поставить окончательный диагноз:

Острый гнойный ишиоректальный парапроктит.

**Современное состояние вопроса по данным литературы**

Парапроктит - воспаление околопрямокишечной клетчатки. При профилактических осмотрах населения на 1000 практически здоровых людей выявляют 5 больных со свищами прямой кишки (0,5%). Среди лиц трудоспособного возраста этот показатель колеблется от 6,1% до 22,4 %.

С заболеваниями прямой кишки больные со свищами составляют 15,1%. Парапроктит - это заболевание взрослых. Возраст 90% больных 20-60 лет.

Мужчины болеют парапроктитом чаще чем женщины, это соотношение равно 7: 3.

В этологии парапроктита ведущее значение имеет внедрение инфекции в параректальную клетчатку. Характер реакции организма, т.е. клиническая картина заболевания зависит от вида бактерий, их вирулентности, и массивности инвазии, с одной стороны, состояния организма больного, его восприимчивости и сопротивляемости - с другой. Внедрение ифекции в параректальную клетчатку и дальнейшее ее развитие и распространение являются патогенетическими факторами парапроктита.

Инфекция может проникать через анальные железы, поврежденную слизистую оболочку прямой кишки, а также гематогенным и лимфогенным путем с соседних органов, пораженных воспалительным процессом. Большинство современных исследователей считают наиболее вероятным путем проникновения инфекции в параректальную клетчатку через протоки анальных желез.

В каждую анальную крипту открывается 6-8 анальных желез. Предрасполагающим к нагноению анальной железы фактором является большая величина и глубина анальной крипты, которая служит входными воротами инфекции.

Возникают отек и закупорка протока, соединяющего анальную железу с анальной криптой. В результате образуется нагноившаяся ретенционная киста, которая вскрывается, и инфекция попадает в перианальное и параректальное пространство. Инфекция из этих нагноившихся кист может распространятся не только контактным, но гематогенным и лимфогенным путем, что также ведет к образованию абсцесса в параректальной клетчатке. Эту теорию подтверждают находки железистого эпителия выстилающего свищевой ход.

**Острый парапроктит** - острое гнойное воспаление околопрямокишечной клетчатки. Острое начало. Вслед за коротким, не более 3-х дней продромальным периодом, выражающимся в недомогании слабости, головной боли, появляются озноб лихорадка, нарастают боли в прямой кишке, промежности или тазе. Это наиболее постоянные симптомы заболевания, степень выраженности которых может быть различной в зависимости от локализации процесса, вида бактерий, реактивности организма больного.

Порой в клинической картине преобладают общие симптомы интоксикации, а местные проявления болезни отходят на второй план. Так бывает в тех случаях, когда воспалительный процесс распространяется в клетчаточных пространствах таза по типу флегмоны, не образуя локализованного гнойника. Нередко вторичные признаки заболевания - задержка стула, тенезмы, дизурические расстройства могут затушевывать основные симптомы в результате чего диагностика затрудняется.

Лечение острого парапроктита только оперативное

Основные принципы операции:

1. Вскрытие и дренирование гнойника.
2. Ликвидация его внутреннего отверствия, через которое гнойная параректальная полость сообщается с прямой кишкой (рассечение свищевого хода в просвет прямой кишки, лигатурный способ).

У данного больного планируется вскрытие, санирование и дренирование гнойника.

**Показания к операции**

1. Острый гнойный процесс
2. Болевой синдром, общая интоксикация
3. Нет эффекта от консервативной терапии

Планируется операция радикальное вскрытие парапроктита, его санирование и дренирование под внутривенной анестезией. С пациентом согласованно. Противопоказаний нет.

**Протокол операции**

Больной:

Диагноз: острый гнойный ишиоректальный парапроктит

Операция: вскрытие, санация, дренирование гнойника.

Оперировал:

Анестезиолог:

Анестезия: в/в

Описание операции:

Подготовили операционное поле, обезболили пациента.

Обработали троекратно йодом и спиртом операционное поле. Разрезом, длиной около 4 см, вскрыли острый парапроктит, удалены гнойно-некротические ткани. Получено ≈200мл густого зловонного гноя. Рана ревизирована пальцем, имелся гнойный затёк в ишиоректальное пространство, удалены гнойные карманы и перемычки. Рана промыта H2O2, введено 5 салфеток с гипертоническим раствором и половина разрезанной по длиннику перчатки. Рану обработали, наложили повязку с Диоксизолем.

Назначено:

# Rp.: Ceftriaxoni 1,0

D. t. d. №5

S. в/в, развести в 10мл изотонического раствора, вводить медленно

Rp.: Tab. Metrogili 0,4 №30

D. S. По 1 таблетке каждые 6 часов первые 2 дня, потом по 1 таблетке 3 раза в день в течении 5 суток

Rp.: Tab. Ketanovi 0,01 №20

D. S. по 1 таблетке 3 раза в день в течение 7 дней

Rp.: Tab. Mucogeni 0,1 №20

D. S. по 1 таблетке 3 раза в день, запивая большим количеством воды

Rp.: Lacium sashe №14

D. S. по 1 капсуле 2 раза в день

**Дневники наблюдения**

7.02.11г.

Общее состояние удовлетворительное. Жалоб активных нет, температура в норме.

Ps 74 удара в минуту, АД 120/80 мм рт ст.

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.

8.02.11

Состояние удовлетворительное.

Жалобы больного на боль средней интенсивности в области послеоперационной раны, возникающую при движениях в тазобедренном суставе и при ходьбе.

Status preasens: общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное, выражение лица спокойное. Паховые лимфатические узлы не пальпируются. Частота дыхательных движений 17 в минуту, частота сердечных сокращений 80 ударов в минуту, артериальное давление 120/80 мм ртутного столба. Движения в тазобедренном суставе активные, объём движений незначительно снижен из-за болевых ощущений низкой интенсивности, возникающих при ходьбе.

Status localis: рана от хирургической обработки гнойного очага заживает вторично, в ране наличие грануляции, признаков воспаления с гнойной экссудацией нет.

Врачебные назначения выполняются

9.02.11г.

Состояние удовлетворительное.

Жалобы больного на боль средней интенсивности в области послеоперационной раны, возникающую при движениях в тазобедренном суставе и при ходьбе.

Status preasens: общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное, выражение лица спокойное. Паховые лимфатические узлы не пальпируются. Частота дыхательных движений 16 в минуту, частота сердечных сокращений 76 ударов в минуту, артериальное давление 120/80 мм ртутного столба. Движения в тазобедренном суставе активные, объём движений незначительно снижен из-за болевых ощущений низкой интенсивности, возникающих при ходьбе.

Status localis: рана от хирургической обработки гнойного очага заживает вторично, в ране наличие грануляции, признаков воспаления с гнойной экссудацией нет. Врачебные назначения выполняются

**Эпикриз**

Больной 32 лет поступил в хирургическое отделение клиники "Вита-Центр" с жалобами на пульсирующую, тянущую боль в области промежности, усиливающуюся к вечеру, повышение температуры до 38,3 С в течение недели, на общую слабость, озноб, потерю аппетита.

Из истории заболевания установлено, что считает себя больным с 2009 года, когда впервые заметил уплотнение возле промежности, которое периодически " надувалось и спадало".

1 февраля больной ощутил ноющие средней интенсивности боли в области заднего прохода без иррадиации. Больной принял обезболивающее (таблетку аспирина) и боли стихли. Своё заболевание пациент связывает с переохлаждением во время работы. Боли повторились утром 2 февраля, но также снимались двумя таблетками аспирина и таблеткой парацетамола. Вечером 3 февраля боли возобновились, поднялась температура до 37є С. Боли продолжались следующих 2 дня и аспирином уже не снимались, а только немного уменьшалась их интенсивность. Температура в эти дни держалась на уровне 38,3є С. Для того, чтобы снизить температуру больной принимал по одной таблетке парацетамола 2 раза в сутки и одной таблетке аспирина. Приём таблеток результата не давал, и температура ниже 38,3є С не опускалась. Утром 5 февраля по причине того, что состояние больного не улучшается, а приём лекарств не оказывает эффекта. При поступлении отмечалась давящая, интенсивная, постоянная боль в области заднего прохода, повышение температуры до 38,3 С. Местно имело место наличие в параректальной области с левой стороны от анального отверстия при положении больного на спине инфильтрата в диаметре до 9см, он был плотным, резко болезненным при пальпации, кожа гиперемирована, отёчна, в центре инфильтрата наблюдалось размягчение, местное повышение температуры. Характерное нарушение функции - затруднение акта дефекации, связанное с резкой болью в области промежности. Исследование прямой кишки было невозможно из-за болезненности и деформации заднепроходного отверстия отеком тканей. При обследовании установлено: абсолютный нейтрофильный лейкоцитоз с регенераторным сдвигом влево; увеличение СОЭ. Был поставлен клинический диагноз: острый ишиоректальный гнойный парапроктит. Проводилось лечение: 5 февраля 2011г., 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

парапроктит острый гнойный ишиоректальный

# Список использованной литературы

1. Курс лекций по факультетской хирургии/ Под ред. Криворучко И.А. - Х.: Прапор, 2006с. - 400с.
2. [http://www.proktolog. kiev.ua/? /article/3](http://www.proktolog.kiev.ua/?/article/3)
3. Компендиум 2005, под ред. член-кор. АМН Украины, проф. Н.В. Коваленко, проф.А.П. Викторова - К.: Морион, 2005г.

A