Государственное образовательное учреждение

«Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко

Министерства Здравоохранения и социального развития Российской Федерации»

Кафедра Общей хирургии

**История болезни**

**Клинический диагноз: острый гнойный правосторонний парапроктит**

г. Воронеж 2011

Паспортная часть

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

Возраст: 65 лет;

Пол: мужской;

Национальность: русский;

Место работы: Воронежский ВРЗ ОАО Вагоревмаш \_\_\_\_

Место жительства: г. Воронеж, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Семейное положение: женат;

Дата и час поступления: 13.02.11 в 22:32;

Диагнозы:

А) при поступлении: острый правосторонний парапроктит;

Б) клинический: острый гнойный правосторонний парапроктит;

Операция: 13.02.11-14.02.11 - вскрытие парапроктита, санация пельвиоректального пространства справа(23.50-0.25) 15.02.11 - ревизия п/о раны;

Обезболивание: спинальная анестезия.morbi

На момент поступления в стационар предъявлял жалобы на сильные пульсирующие боли в области промежности, усиливающиеся при ходьбе и сидении, повышение температуры тела до 40®С, слабость, сухость во рту.

На момент курации: на боль в области п/о раны. Отмечает улучшение самочувствия.

Причину появления боли связывает с физической нагрузкой. Заболевание началось остро, с боли в области промежности. Обратился к хирургу в ДКБ №2. Был направлен врачом на плановую колоноскопию 14.02.2011 .

Но 13.02.2011 Состояние ухудшилось и больной самостоятельно обратился в приемное отделение ДКБ на ст. Воронеж-1.

Осмотрен дежурным хирургом. Рекомендовано оперативное лечение в срочном порядке. Госпитализирован в отделение колопроктологии. 13.02.2011 проведено оперативное вмешательство. Но после операции состояние ухудшилось, боль усилилась - ноющего характера. 15.02.2011 была проведена ревизия п/о раны.vitae

Родился в 1946 году в Тбилиси, в полной семье. Рос и развивался в соответствии с возрастом. Из перенесённых в детстве заболеваний отмечает простудные, бронхит, пневмонию. Образование среднее техническое (железнодорожное училище в Тбилиси).

Трудовую деятельность начал в 1962 году на Паровозоремонтном заводе им. Сталина. В 1968 году переехал в Воронеж. Начал работать в милиции. В последние годы работает истопником на «Воронежский ВРЗ ОАО Вагоревмаш». Работа связана с физической нагрузкой.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Питание регулярное.

Венерические, психические заболевания, туберкулез, гепатиты - отрицает.

Наследственный и аллергологический анамнез - не отягощены.

Хронические заболевания - гипертоническая болезнь.

В 1988 году была проведена операция по поводу трансфинктерального свища.

Вредные привычки - курение.

Общий объективный статус больного.

Общее состояние относительно удовлетворительное. Положение больного - активное. Выражение лица спокойное. Внешний вид соответствует возрасту.

Телосложение правильное, конституция нормостеническая. Температура тела 36,8С.

Кожные покровы теплые, бледные, умеренно влажные, видимые сыпи, рубцы, опухоли отсутствуют. Тургор тканей и эластичность кожи сохранены. Ногти здоровые. Видимые слизистые бледно-розового цвета, влажные, без видимых высыпаний. Отёки отсутствуют, болезненность при пальпации не определяется. Подкожная клетчатка развита умеренно (толщина складки ниже угла лопатки 1 см), равномерно распределена.

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, заушные, подбородочные, подчелюстные, передние и задние шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, подколенные лимфоузлы не пальпируются.

Мышечная система развита хорошо, равномерно, симметрично. Тонус и мышечная сила сохранены, болезненность при пальпации отсутствует, уплотнения не пальпируются. Видимых изменений формы и размеров костей нет, поверхность гладкая, болезненность при пальпации отсутствует. 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.

Форма черепа обычная. Видимых следов повреждений нет. Зрение нарушено. Обоняние, вкус выражены. Слух, речь не нарушены. Движения координированы. Язык бледно- розовый, влажный, чистый, вкусовые сосочки отчетливо просматриваются. Кариозных изменений зубов не обнаружено. Десны розовые, плотные, без признаков кровоточивости. Мягкое и твердое нёбо розовые, без налётов, изъязвлений и геморрагий. Миндалины не увеличены, розовой окраски, лакуны чистые.

При осмотре и пальпации щитовидной железы увеличения размеров не выявлено. Железа мягкой консистенции, безболезненна, подвижна. Пульсация сосудов шеи на глаз не видима.

Система органов дыхания

Осмотр и пальпация.

Дыхание через нос, свободное, глубокое, ритмичное, одышки нет. ЧДД - 18/мин. Тип дыхания брюшной. Форма грудной клетки: нормостеническая, безболезненна при пальпации, резистентная. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Голосовое дрожание умеренное, проводится одинаково с обеих сторон.

Сравнительная перкуссия.

При проведении сравнительной перкуссии над перкутируемой поверхностью лёгких перкуторный звук ясный, легочный, одинаковый с обеих сторон.

Топографическая перкуссия.

Верхняя граница правого и левого легкого одинаковая: высота стояния верхушки спереди 3-4 см выше ключицы, сзади -7 шейный позвонок.

Нижняя граница правого легкого: по окологрудинной линии верхний край 6 ребра, по срединно-ключичной линии 6 ребро, по передней подмышечной линии 7 ребро, по средней подмышечной линии 8 ребро, по задней подмышечной линии 9 ребро, по лопаточной линии 10 ребро, по околопозвоночной линии 11 ребро.

Нижняя граница левого легкого по окологрудинной линии и по срединно-ключичной линии не определяется. По остальным линиям совпадает.

Дыхательная подвижность нижнего края легких: по среднеключичной линий: справа 4-6см, слева не определяется; по средней подмышечной линии:6-8см справа и слева; по лопаточной линии 4-6см справа и слева.

Аускультация:

Прослушивается везикулярное дыхание, хрипы и шум трения плевры не определяются.

Сердечно-сосудистая система.

Осмотр и пальпация.

Цианоз губ, кончиков пальцев, мочек ушей не отмечается. Видимая пульсация артерий и вен в области шеи не прослеживается, видимые выпячивания и пульсация в области сердца так же не обнаружены.

При пальпации артерии плотные, не извитые, без патологических изменений. Локализованный верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на уровне левой срединно-ключичной линии, площадью в 2,5 см. Систолическое и диастолическое дрожание не определяется. На лучевых артериях пульс одинаковый на левой и правой руке, с частотой 72 в минуту, ритмичный, соответствует частоте сердечных сокращений, полный, напряжённый. Артериальное давление 120 на 80 мм ртутного столба на обеих руках.

Перкуссия.

Границы относительной тупости: правая - 4 межреберье 0,5 - 1 см правее края грудины; левая - 5 межреберье на 1,5-2 см медиальнее левой срединно-ключичной линии; верхняя - 3 межреберье по парастернальной линии.

Ширина сосудистого пучка - 7 см.

Аускультация.

Тоны сердца ясные, ритмичные. Выслушивается акцент I тона над аортой. Сердечные шумы и шум трения перикарда не выслушиваются.

Брюшная полость.

Осмотр живота.

Живот обычной конфигурации, симметричный, не вздут, выпячиваний, западений, видимых пульсаций нет, активно участвует в дыхании.

Видимой на глаз перистальтики, расширенных подкожных вен, патологической пигментации нет.

Перкуссия живота.

Над брюшной полостью определяется тимпанический перкуторный звук, более высокий над кишечником и более низкий над желудком.

Поверхностная пальпация живота.

Живот мягкий, безболезненный. Напряжение передней брюшной стенки не выявлено. Расхождение мышц брюшного пресса, грыжи, поверхностно расположенные опухоли не определяются.

Глубокая методическая скользящая топографическая пальпация кишечника по Образцову-Стражеско:

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого, плотного тяжа, безболезненна, не урчит при пальпации, подвижна, дополнительные образования не обнаружены;

Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде гладкого эластического цилиндра, безболезненна, урчит, подвижна, дополнительные образования не обнаружены;

Нисходящая часть ободочной кишки - пальпируется в левой подвздошной области в виде тяжа эластичной консистенции, безболезненна, не урчит, подвижна, дополнительные образования не обнаружены;

Восходящая часть ободочной кишки пальпируется в правой подвздошной области в виде безболезненного тяжа, эластична, подвижна, не урчит дополнительные образования не обнаружены;

Большая кривизна желудка определяется на 4 см выше пупка в виде валика эластичной консистенции, безболезненна, подвижна, привратник не пальпируется;

Поперечная ободочная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде цилиндра умеренной плотности, подвижна, безболезненна, не урчит;

Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.·

Аускультация живота.

Выслушиваются слабые кишечные шумы, связанные с перистальтикой кишечника. Шум трения брюшины не прослушивается.

Перкуссия печени.

Границы печени по Курлову.

Верхняя граница абсолютной тупости печени: по правой срединно-ключичной линии - 6 ребро, по правой передней подмышечной-8 ребро, по правой окологрудинной-6 ребро. ·

Нижняя граница абсолютной тупости: по правой срединно-ключичной линии - нижний край правой реберной дуги, по передней срединной линии - на 3-6 см от нижнего края мечевидного отростка, по левой реберной дуге - не заходит за левую окологрудинную линию.

Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии - 9см, по передней срединной линии - 8см, по левой реберной дуге - 7см.

Пальпация печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и селезенки.

Печень пальпируется по краю реберной дуги: край острый, поверхность гладкая, безболезненная. Размеры печени не увеличены.

Поджелудочная железа, желчный пузырь не пальпируются, безболезненны.

Селезенка не пальпируется, перкуторно: длинник - 7 см, поперечник - 5 см.

Стул регулярный, запоры, тенезмы, диарея не беспокоят. Испражнения с обычным запахом, без примесей слизи, гноя, остатков непереваренной пищи.

Периодически беспокоят жжение, зуд, боли в области заднего прохода.

Мочевыделительная система.

Почки не пальпируются. Мочевой пузырь без особенностей. Надавливание на мочеточниковые точки боли не вызывает. Симптом поколачивания - отрицательный. Жалоб на болезненное мочеиспускание нет. Дизурических явлений нет.

Нервно - психическая сфера.

Сознание ясное. Ориентирован в пространстве, времени и ситуации. Настроение спокойное. Сон беспокойный. Двигательная активность ограничена. Движения координированы. Чувствительность не нарушена.

Специальный статус.

.02.2011 Перианальная область по правой полуокружности рубцово изменена. Определяется напряженный инфильтрат размерами 5×10см. Тонус сфинктера снижен. Анальный рефлекс сохранен. Слизистая анального канала подвижна, болезненна по правой полуокружности, где определяются рубцовые изменения. В анальном канале на 3, 7 и 11 часах внутренние геморроидальные узлы до 1,0 см, слабо-болезненные. Ампула пустая, слизистая оболочка подвижна, болезненна по правой полуокружности.

.02.2011 П/о рана 10×6×10см Отделяемое - серозно-геморрагическое, умеренное количество, кожные края отечные, незначительно гиперемированы. Инфильтрация мягких тканей правой ишиоректальной области вокруг п/о раны снижена, флюктуации нет, стенки раны с незначительным налетом фибрина, заживление вторичное.

Лабораторные и специальные методы исследования.

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 свидетельствует о наличии воспалительного процесса в организме.

Общий анализ мочи

Цвет желтый

Прозрачность мутная

Плотность 1,014

Реакция кислая

Белок отрицателен

Лейкоциты 3-4 в п. зр

Эритроциты 1-2 в п.зр.

Слизь +

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

Группа крови и резус фактор(А) «+»

Биохимический анализ крови

Общий белок 65г/л

Мочевина 4,0 мМоль/л

Креатинин 0,07мМоль/л

Билирубин свободный 11,6мМоль/л

АсАТ 24 мМоль/л

АлАТ 29 мМоль/л

Глюкоза 5,2 мМоль/л

ЭКГ

Ритм синусовый. Блокада левой ножки пучка Гиса. ЭОС не отклонена. Тахикардия.

Дифференциальный диагноз.

Дифференциальный диагноз при остром парапроктите проводят с:

язвенным проктитом;

абсцедирующим фурункулом промежности;

раком прямой кишки.

Для язвенного проктита и острого парапроктита характерны следующие симптомы: остро возникшие, нарастающие боли в прямой кишке, промежности, в области таза, в сочетании с общим недомоганием, слабостью, головной болью, ознобом, лихорадкой.

Но правильный диагноз может быть установлен только после ректоскопии:

При язвенном проктите 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.

Обоснование диагноза.

Клинический диагноз ставится на основании жалоб больного:

На сильные пульсирующие боли в области промежности, усиливающиеся при ходьбе и сидении, повышение температуры тела до 40С.

Объективных исследований:

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

В общем анализе мочи наличие повышенного количества лейкоцитов в поле зрения и слизи говорит о воспалительном процессе в организме.

Осмотра:

Перианальная область по правой полуокружности рубцово изменена. Определяется напряженный инфильтрат размерами 5×10см. Тонус сфинктера снижен. Анальный рефлекс сохранен. Слизистая анального канала подвижна, болезненна по правой полуокружности, где определяются рубцовые изменения. В анальном канале на 3, 7 и 11 часах внутренние геморроидальные узлы до 1,0 см, слабо-болезненные. Ампула пустая, слизистая оболочка подвижна, болезненна по правой полуокружности.

Лечение заболевания:

Данные литературы:

Пельвиоректальный парапроктит - редкая, но самая тяжелая форма околопрямокишечных гнойников. Абсцесс формируется выше тазового дна, но может быть расположен также спереди, сзади и по бокам от прямой кишки. Заболевание в начальной стадии характеризуется отсутствием каких-либо наружных признаков воспаления в области заднего прохода, ишиоректальных впадин.

В дальнейшем воспалительный процесс, перфорируя мышцу, поднимающую задний проход спускается книзу между сухожильной дугой и запирательной фасцией в клетчатку седалищно-прямокишечной впадины, при этом здесь возникает гнойник с характерными клиническими признаками ишиоректального абсцесса.

Лечение: в самой начальной стадии заболевания при наличии небольшого инфильтрата в перианальной области применяют консервативные методы лечения: сидячие тепловые ванны с раствором перманганата калия, поясничную новокаиновую блокаду, грелки, УВЧ-терапию и др. Все тепловые процедуры сочетают с антибиотикотерапией.

Оперативное лечение включает раннее экстренное оперативное вмешательство путем вскрытия гнойника с удалением гноя и некротизированнных тканей, обследование полости гнойника пальцем, дренирование полости. Применяют радиальный, полулунный и крестообразный разрезы. Наиболее оптимальный - полулунный. После операции с целью задержки стула больным назначают настойку опия (по 5-6 капель 3 раза в день). Строгий постельный режим. Легкоусвояемая бесшлаковая диета. Тщательный туалет перианальной области, теплые ванны с раствором перманганата калия после дефекации.

При рефлекторной задержке мочи больным кладут грелку на область мочевого пузыря и в/в вводят5-10 мл 40% раствора уротропина.

Местное антисептическое воздействие заключается в ежедневной обработке раны 3% раствором перикиси водорода, применении влажновысыхающих повязок с 2-3% раствором борной кислоты, водным раствором хлоргексидина, нитрофурала и др. Кроме того, необходимо использовать протеолитические ферменты, а также вспомогательные физиотерапевтические процедуры (УФО, УВЧ).

Общее лечение: антибактериальная терапия (с учетом вида и чувствительности микрофлоры), деинтоксикационная терапия (обильное питье, инфузионная терапия, форсированный диурез), имунокоррекция, симптоматическое лечение.

Проведенная операция.

Вскрытие парапроктита, санация пельвиоректального пространства справа. 13.02.2011-14.02.11 (23.50-0.25)

Диагноз: острый гнойный правосторонний парапроктит.

Протокол операции: Под спинальным наркозом сфинктер дилятирован ректальным зеркалом. В слизистой анального канала по правой полуокружности рубцовые изменения. Внутреннее свищевое отверстие не определяется. Произведена пункция пельвиоректального пространства слева, получено 10 мл жидкого гноя, без запаха. Бактериальный посев. Через пункционное отверстие введен 3% раствор перекиси водорода с раствором бриллиантового зеленого, но при этом краситель просвет кишки не выделяется. Проведен полулунный разрез кожи в правой перианальной области над сфинктером длинной 10 см. Тупо разведена жировая клетчатка до полости абсцесса. Последняя вскрыта., выделилось до 50 мл гноя. Полость абсцесса распространена в пельвиоректальное пространство на глубину 10 см от кожи.

Произведена некроэктомия. При ревизии обнаружена вторя полость, расположенная за элеваторами размерами до 5 см в диаметре. Произведена санация растворами перекиси и водного хлоргексидина. Гемостаз - операционная рана рыхло тампонирована марлевой салфеткой с 3% раствором перекиси водорода. Асептическая повязка.

Местное лечение:

№ 1 : Ung. “Proctosedyl” - 10,0.S. В анальный канал.

№ 2: Sol.Dioxydini 1%-10ml.t.d № 6 in amp.

S: Смочить марлевую салфетку. В рану.

№ 3: Chymotrypsini crystallisati 0,01.t.d № : in amp.

S: Развести изотоническим раствором хлорида натрия. Смочить марлевую салфетку. В рану(вместе с диоксидином).

Общее лечение:

№1: Sol. Promedoli 2% - 1,0 ml

D.t.d. № 7 in amp: В/м

№2: Tab. Cipran 0,25 №10.S.По 1 таблетке 2 раза в день.

№3: Sol. Natrii chloride 0,9% - 200ml

Heparini 0,5

D.S. В/в капельно

№4

АУФОК - доза облучения 150

**Список используемой литературы:**

парапроктит вскрытие санация операция

1. В.К. Гостищев «Общая хирургия»: Учеб-М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002 - 608 с.

2. С.В. Петров «Общая хирургия: учебное пособие - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005 - 768 с.

. Общая хирургия. Учебное пособие по подготовке к теоретическому этапу курсового экзамена. Издание 2-е/под ред. Проф. А.А. Глухова // - Воронеж, 2009 - 308 с.

. А.В. Никитин, Л.В. Васильева «Основы диагностики и лечения заболеваний внутренних органов»: Учебное пособие. - Старый Оскол: Изд-во ИПК «Кириллица», 2009 - 672 с.