ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Основной диагноз: Постинъекционный абсцесс верхнего наружного квадранта левой ягодичной области.

Осложнения: Нет.

Сопутствующие заболевания: Нет.

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

**1.** Фамилия, имя, отчество:

**2.** Дата рождения: 15.03.1970

**3.** Рост: 1 м 58 см. Вес: 90 кг

**4.** Пол: Женский.

**5.** Домашний адрес:

**6.** Место работы и должность: ДФСК Локомотив, тренер.

**7.** Семейное положение: Замужем, имеет двоих детей.

**8.** Кем направлена: Дорожная поликлиника.

**9.** Дата поступления в стационар: 10.05.2007 г.

**10.** Через какое время после начала заболевания госпитализирована: Через 11 дней.

**11.** Диагноз направившего учреждения: Постинъекционный абсцесс наружного квадранта левой ягодичной области.

**12.** Диагноз при поступлении: Постинъекционный абсцесс наружного квадранта левой ягодичной области.

**13.** Диагноз клинический:

**Ш** Основной: Постинъекционный абсцесс наружного квадранта левой ягодичной области.

**Ш** Осложнения: Нет.

**Ш** Сопутствующие заболевания: Нет.

**14.** Операция: Хирургическая обработка гнойного очага (10.05.2007 г.)

**15.** Послеоперационные осложнения: нет.

PRAESENS SUBJECTIVUS

На момент поступления пациентка предъявляла жалобы на боль, припухлость, уплотнение в области верхнего наружного квадранта левой ягодичной области, общую слабость. Боль имеет очаговый характер, без иррадиации; стойкая, неинтенсивная и ноющего характера; боли присутствуют всё время, усиливаются во время сидения. Имело место повышение температуры до 37,50С.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Считает себя больной в течение последних двух недель. Указанные жалобы возникли после введения магнезии (препарат был введен бригадой скорой помощи по поводу гипертонического криза). Постепенно появилась припухлость, которая сопровождалась болью. Затем развивалась гематома, уплотнение до 3 см в диаметре. До поступления в клинику лечилась народными методами.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

**1)** Социально-бытовой анамнез: Пациентка проживает в благоустроенной квартире в жилой зоне города Мерефа. Питание пациентки полноценно в качественном и количественном отношении. Одежда пациентки соответственно сезона. Пациентка материально достаточно обеспечена.

**2)** Профессиональный анамнез: работает тренером в ДФСК Локомотив.

**3)** Перенесённые заболевания: Болеет 1-2 раза в год ОРВИ, без осложнений. Хронических заболеваний нет. Туберкулез, сифилис, и венерические заболевания отрицает. Перенесла болезнь Боткина в 1974 г.

**4)** Эпидемиологический анамнез: Гемотрансфузий за последние 6 месяцев не было. Контакты с инфекционными больными отрицает. Инфекционный гепатит, венерические заболевания, малярию, тифы, туберкулёз и сифилис отрицает. За пределы города за последние 6 месяцев не выезжала.

**5)** Эмоционально-нервно-психический анамнез: Тяжелым психоэмоциональным переживаниям не подвергалась.

**6)** Вредные привычки: пациентка отрицает, отравлений суррогатами алкоголя не было.

**7)** Наследственный анамнез: не отягощён.

**8)** Аллергический анамнез: к пищевым продуктам и лекарственным препаратам не отмечает.

**9)** Семейный анамнез: замужем, имеет двух детей.

**10)** Гинекологический анамнез: Менструации начались с 13 лет болезненные, не регулярные, обильные, через 2.5 года менструации стали умеренно болезненные регулярные по 3-4 дня с интервалом 28 дней. Было две беременности и двое родов. Родились живые доношенные мальчики массой 3200 гр. и 3600 гр.

**11)** Интоксикации, травмы и операции: отрицает.

PRAESENS OBJECTIVUS

Общее состояние пациентки удовлетворительное, сознание ясное, положение вынужденное на боку, температура тела 36,70С, пульс 75уд. /мин., давление 120/90 мм рт. ст., рост 1 м 58 см, масса тела 90 кг, телосложение гиперстеническое.

Голова мезэнцефалическая обычной величины, лицо спокойное. Непроизвольных движений головы (трясение), ритмичных покачиваний, рубцов не обнаружено. Головные боли бывают иногда, головокружения отрицает.

Женственные черты лица. Одутловатости, ассиметрии мышц лица не обнаружено.

Слизистая глаз розовая, влажная, чистая. Склеры не изменены. Отёк век (“мешки" под глазами) не определяется. Форма и равномерность зрачков, реакция зрачков на свет без патологии.

Форма рта правильная. Углы рта симметричны. Окраска губ не изменена. Высыпаний, на губах нет. Слизистая оболочка ротовой полости чистая, розовая. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за приделы небных дужек. Десны не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, без трещин и налёта, сосочки выражены. Кровоточивость дёсен отрицает. Зубы правильной формы, расположения, без патологии. Местных патологических процессов на языке не обнаружено.

Пульсации сонных артерий, набухания и пульсации яремных вен не определяется. Лимфатические узлы не пальпируются. Щитовидная железа нормальных размеров, эластической консистенции, безболезненная. Симптомы Грефе, Мебиуса, Дерьлимпля, Штельвага отрицательны.

Окраска кожных покровов не изменена. Эластичность кожи сохранена. Кожные покровы чистые, розовые. Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо, толщина складки на уровне пупка 1,5 см. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые. Повышенную ломкость ногтей отрицает. Отёки не обнаружены. Лимфатические узлы не видны и не пальпируются.

ОСМОТР ПО СИСТЕМАМ

. Костно-мышечная система: Атрофии мускулатуры нет. Судороги отрицает. Осанка правильная, походка без особенностей. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен. Дефекты, искривления, выбухания и другие деформации костей черепа, грудной клетки, позвоночника и конечностей не определяются. Переломы костей пациентка отрицает.

Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Отёчность и гиперемия близлежащих тканей не определяется.

Варикозного расширения вен, отёчности ног не обнаружено. Кожные покровы без изменений. Дрожание конечностей отрицает. Деформации, припухлости, гиперемии в области суставов, рубцов и язв не определяется. Поверхность и состояние ногтей не нарушено. Плоскостопие отрицает. Неравномерных утолщений нет.

. Сердечно-сосудистая система

Осмотр. Грудная клетка в области сердца не изменена. Выбухание грудной клетки в предсердечной области, деформаций и пульсаций не обнаружено. Отрицательный верхушечный толчок не определяется. Сердечный толчок, ретростернальная и эпигастральная пульсация не визуализируется. Видимая пульсация крупных артерий, набухание яремных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей отсутствуют.

Пальпация. Сердечный толчок, систолическое и диастолическое дрожание грудной клетки пальпаторно не определяется.

При пальпации верхушечный толчок определяется слева в V межреберье на 1.5 см кнутри от левой среднеключичной линии, площадью 1х1 см.

Пальпаторно верхушечный толчок нормальной высоты и силы, умеренно резистентный. Симптом "кошачьего мурлыкания" в околосердечной области, феномены систолического, диастолического дрожания, ретростернальная и эпигастральная пульсация пальпаторно не определяются.

Перкуссия.

Перкуторные границы относительной сердечной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| Правая граница | IV межреберье у правого края грудины |
| Левая граница | V межреберье на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии |
| Верхняя граница | III межреберье по левой парастернальной линии |
| Поперечник относительной тупости сердца | 12 см |

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| Правая граница | IV межреберье у левого края грудины |
| Левая граница | V межреберье 1 см кнутри от левой среднеключичной линии |
| Верхняя граница | IV межреберье по левой парастернальной линии |

Аускультация. При аускультации: деятельность сердца ритмичная, ЧСС 75 уд/мин.

Первый тон на верхушке в проекции митрального клапана (5 межреберье на 0,5-1см кнаружи от левой среднеключичной линии) не изменен, совпадает с пульсом на сонной артерии. Второй тон на основании в точке проекции аортального клапана (2 межреберье справа от грудины) не изменен. Ритм "галопа", ритм "перепела" и маятникообразный ритм не выявлены. Аускультация клапанов легочной артерии (2 межреберье слева от грудины), трехстворчатого клапана (у основания мечевидного отростка грудины), и точки Боткина - Эрба (слева у грудины в месте прикрепления 3-4 ребра) без особенностей. Над сонными и подключичными артериями слабо выслушиваются два тона, шумы не выслушиваются. Над яремными венами не выслушиваются ни тоны, ни шумы. Шум трения перикарда, плевроперикардиальный шумы не выслушиваются. Систолический шум на верхушке сердца не выслушивается.

. Исследование сосудов

Осмотр. Лимфатические узлы (околоушные, подчелюстные, над - и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные) не увеличены, при пальпации без болезненны. Расширение вен грудной клетки, живота не выявлено. Изменение вен нижних конечностей не выявлено. Пульсация в эпигастрии не определяется.

Пальпация. При пальпации лучевых артерий пульс одинаковый на обеих руках. Частота пульса - 75 уд/мин. Пульс ритмичный, синхронный, не учащенный, нормального наполнения и напряжения, равномерный, не ускорен. Дефицит пульса не определяется. Артериальная стенка эластичная.

Перкуссия. Ширина сосудистого пучка определена методом тихой перкуссии: на уровне 2 межреберья находится в пределах ширины грудины и составляет 6 см.

Аускультация. Шум волчка, двойной тон Траубе и двойной шум Дюрозье на бедренной артерии не определяются. Артериальное давление измерено по методу Короткова.

Определение АД на руках с помощью сфигмоманометра:

|  |  |
| --- | --- |
| Правая рука | 120/90 мм рт. ст. |
| Левая рука | 120/90 мм рт. ст. |

Пульсовое давление 60 мм. рт. ст.

. Дыхательная система

Осмотр. Форма грудной клетки гиперстенического типа. Обе половины грудной клетки симметричны. Деформаций, увеличения или уменьшения в размерах одной из половин не обнаружено. Эпигастральный угол приближается к прямому. Подключичные ямки умеренно и равномерно выражены с обеих сторон. Межреберные промежутки и направление ребер без особенностей. Лопатки плотно прилегают к задней поверхности грудной клетки. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания, отставания одной из половин при глубоком дыхании не обнаружено. Дыхание через нос, свободное, ритмичное поверхностное. Тип дыхания грудной. Частота дыхания 18 раз/мин. Дыхание обычной глубины, ритм дыхания правильный. Соотношение вдоха и выдоха одинаковое. Осмотр кистей рук: Полиартрита, часовых стёкол и барабанных пальцев нет.

Пальпация. Болезненность при пальпации ребер, межреберных промежутков и грудных мышц не выявлена. Резистентность грудной клетки в переднезаднем и поперечном направлениях не изменена. Голосовое дрожание умеренно выражено. Голосовое дрожание проводится с одинаковой силой на симметричные участки грудной клетки: спереди - в подключичных областях, с боков и сзади - над лопатками, между лопатками и под лопатками. Болезненность по ходу межреберных нервов не выявлена.

Перкуссия. При сравнительной перкуссии лёгких на симметричных участках определяется звук одинаковой силы, продолжительности и частоты. Определяется ясный легочный звук.

При топографической перкуссии границы легких в пределах нормы, экскурсия нижнего края легких достаточна. В проекции полулунного пространства Траубе при перкуссии определяется тимпанический звук. Ширина полей Кренига с правой и левой стороны по 6 см.

Результаты топографической перкуссии представлены ниже в виде таблицы.

Экскурсия легочного края:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Правое легкое | | | Левое легкое | | |
|  | На вдохе | На выдохе | Общая | На вдохе | На выдохе | Общая |
| Срединно-ключичная линия | 2,5 см | 2.5 см | 5 см | -- | -- | -- |
| Средняя подмышечная линия | 2,5 см | 2,5 см | 5 см | 2,5 см | 2,5 см | 5 см |
| Лопаточная линия | 2,5 см | 2,5 см | 5 см | 2,5 см | 2,5 см | 5 см |

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Место перкуссии | Правое легкое | Левое легкое |
| Верхушка спереди | На 3,5 см выше ключицы | На 3,5 см выше ключицы |
| Верхушка сзади | На уровне остистого отростка 7-го шейного позвонка | На уровне остистого отростка 7-го шейного позвонка |
| Поля Кренига | 5 см | 5 см |
| Парастернальная линия | 5-е межреберье | ----- |
| Срединно-ключичная линия | 6-е межреберье | ----- |
| Передняя подмышечная линия | 7-е межреберье | 7-е межреберье |
| Средняя подмышечная линия | 8-е межреберье | 8-е межреберье |
| Задняя подмышечная линия | 9-е межреберье | 9-е межреберье |
| Лопаточная линия | 10-е межреберье | 10-е межреберье |
| Паравертебральная линия | На уровне 11-го грудного позвонка | На уровне 11-го грудного позвонка |
| Экскурсия нижнего легочного края (по средней подмыш.) | 4 см | 4 см |

Аускультация. При аускультации над всей поверхностью грудной клетки спереди - на верхушках, под ключицами, во 2 межреберье, сбоку - подмышечная область по средней подмышечной линии, сзади - над лопатками, между лопатками и под лопатками выслушивается нормальное везикулярное дыхание. В месте проекции трахеи (в яремной ямке спереди и по обе стороны от 7-го шейного позвонка сзади) выслушивается бронхиальное дыхание (ларинготрахеальное). Проведение голоса - бронхофония - над симметричными участками грудной клетки одинаковое. Крепитации, хрипов и шума трения плевры не отмечается.

. Пищеварительная система

Жалоб нет. Аппетит хороший. Вкусовые ощущения не изменены. Жажда не усилена (в сутки выпивает в среднем 1500 мл жидкости). Пищу прожевывает хорошо, болей при жевании не отмечает. Деятельность кишечника регулярная. Стул бывает ежедневно, вечером. Испражнения оформленной консистенции, коричневого цвета, без патологических примесей. Отхождение газов свободное, умеренное.

Осмотр.

Осмотр полости рта. Десны обычной окраски, не кровоточат, не отечны. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки розового цвета, влажные, без кровоизлияний, рубцов, язв. Форма и размеры языка без особенностей. Язык влажный, чистый, сосочки выражены, ссадины, трещины, язвы не определяются. Зубы нормальной формы, блестящие, белые. Кариес не выявлен. Протезов и искусственных зубов нет. Миндалины без особенностей, не выступают из-за нёбныхдужек. Гиперемии, припухлости, налета, гнойных пробок не определяется. Глотание свободное, безболезненное. Прохождение жидкой и густой пищи попищеводу не затруднено.

Осмотр живота. Живот обычного размера, симметричен. Вздутия, выбухания, западения отдельных участков, грыж не выявлено. Участие передней брюшной стенки в акте дыхания слабо выражено. Видимой через переднюю брюшную стенку перистальтики, пигментации, расширения подкожных вен (симптом "головы медузы") не определяется. Форма и размеры пупка без особенностей. Выпирание пупка не определяется.

Пальпация.

При поверхностной ориентировочной пальпации тонус мышц передней брюшной стенки в норме, безболезненный. Расхождение прямых мышц живота и грыжевых выпячиваний по белой линии не найдено. Болезненности в точках и зонах желчного пузыря и поджелудочной железы не обнаружено.

При глубокой методической пальпации по методу Образцова - Стражеско в левой подвздошно-паховой области сигмовидная кишка пальпируется на протяжении 20-25 см в виде безболезненного цилиндра плотной консистенции с гладкой поверхностью диаметром 2-3 см, смещаемого на 3-5 см, не урчащего и редко перистальтирующего.

В правой подвздошно-паховой области - слепая кишка пальпируется в виде упруго, умеренно плотного цилиндра с грушевидным расширением книзу диаметром 3-4 см, безболезненного, смещаемого в пределах 2-3 см, урчащего при пальпации.

Терминальный отдел подвздошной кишки пальпируется на протяжении 10-12 см, в виде мягкого тонкостенного цилиндра диаметром 1-1,5 см, безболезненного, активно перистальтирующего и урчащего при пальпации. Червеобразный отросток пропальпировать не удалось.

При пальпации по методу Василенко, восходящий отдел ободочной кишки пальпируется бимануально в правой боковой области в виде поперечно расположенного цилиндра, умеренно плотной консистенции диаметром 3-4 см, подвижного, безболезненного, не урчащего.

Нисходящий отдел ободочной кишки пальпируется в левой боковой области в виде безболезненного, умеренно подвижного цилиндра диаметром около 3 см. Печеночный и селезёночный изгибы её пальпаторно не определяются. Поперечный отдел ободочной кишки удалось пропальпировать билатерально на 3 см ниже предварительно определённой аускультативно-фрикционным методом нижней границы желудка в виде поперечно расположенного цилиндра умеренной плотности диаметром около 2,5 см, безболезненного, не урчащего, легко смещаемого.

Прямая кишка. Кожа около ануса обычного цвета, без повреждений. Исследование на глубину 5 см. Болезненности при прохождении пальца нет. Тонус сфинктера сохранен. Болезненности и нависания стенок кишки не отмечается.

Большая кривизна желудка не пальпируется. Привратник пропальпировать не удалось.

Поджелудочная железа не пальпируется.

При пальпации печени по методу Образцова-Стражеско нижний край печени пальпируется в конце глубокого вдоха, на 1-2 см ниже рёберной дуги по правой среднеключичной линии, справа от неё печень не прощупать не удаётся. Нижний край печени мягкий, острый, легко подворачивающийся и нечувствительный.

Жёлчный пузырь не пальпируется.

Нижний полюс селезёнки в клиностатическом положении и в положении по Сали не пальпируется.

Перкуссия.

При сравнительной перкуссии над симметричными отделами живота выявляется тимпанический звук различной высоты.

При перкуссии печени по Образцова-Стражеско определяется:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Место перкуссии | Верхняя границаабсолютной тупости печени | Нижняя границаабсолютной тупости печени |
| Передняя срединная линия | ---- | На 3-6 см от нижнего края мечевидного отростка |
| Правая окологрудинная линия | У верхнего края VI ребра | На 2 см ниже нижнего края рёберной дуги |
| Правая среднеключичная линия | VI ребро | По нижнему краю рёберной дуги |
| Правая передняя подмышечная линия | VII ребро | X ребро |

Перкуссия печени по Курлову:

Первый размер - по правой среднеключичной линии от верхней до нижней границы абсолютной тупости печени - 10 см.

Второй размер - по передней срединной линии от условной верхней границы печени до нижней - 8 см.

Третий размер - по передней срединной линии от условной верхней границы печени до границы левой доли печени по краю рёберной дуги - 7 см.

Симптомы Мерфи, Ортнера, Мюсси-Георгиевского отрицательны.

Перкуторные размеры селезенки по Образцову:

|  |  |
| --- | --- |
| Поперечник | 4 см |
| Длинник | 6 см |

Аускультация.

Выслушивается перистальтика умеренной силы. Шум трения брюшины и сосудистые шумы не определяются.

. Мочеполовая система.

Мочеиспускание регулярное, свободное, безболезненное.

Поясничные области не изменены.

Почки и область проекции мочеточников не пальпируются.

При пальпации области мочевого пузыря изменений и болезненности не выявлено. Симптом Мейо-Робсона отрицателен.

При осмотре наружных половых органов изменений не выявлено.

Симптом Пастернацкого отрицателен.

. Нервно - психический статус.

Чувствительность сохранена, зрение, слух, обоняние в норме. Сознание ясное, речь внятная. Легко вступает в контакт. Пациентка ориентирована в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Со стороны двигательной и чувствительных сфер патологии не выявлено. Патологических симптомов - Бабинского, Россолимо, Кернига, ригидности затылочных мышц - не выявлено.

Походка без особенностей. Сухожильные рефлексы без патологии. Оболочечные симптомы отрицательные. Зрачки расширены, реагируют на свет.morbi.

При осмотре в области верхнего наружного квадранта левой ягодичной области определяется отек, припухлость, локальное покраснение, жар. Припухлость заметно возвышается над уровнем кожи.

При поверхностной пальпации в области верхнего квадранта левой ягодичной области определяется плотный болезненный инфильтрат. Кожа над инфильтратом напряжена, ломится.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб пациентки на боли в левой ягодичной области в верхнем наружном квадранте, припухлость, уплотнение, данных анамнеза (проявление описанных жалоб после введения в/м магнезии) и объективного исследования (в верхнем наружном квадранте левой ягодичной области определяется уплотнение, болезненность, припухлость) выставляется предварительный диагноз: Постинъекционный абсцесс наружного квадранта левой ягодичной области.

Для установления окончательного диагноза необходимо провести дополнительные методы исследования пациентки.

ДАННЫЕ КЛИНИЧЕСКИХ, БИОХИМИЧЕСКИХ И СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

***План дополнительного исследования:***

***. Общий анализ крови.***

Цель назначения - определение степени активности воспалительной реакции организма, исключение сопутствующей патологии (анемия).

Ожидаемый результат - норма.

***2. Общий анализ мочи.***

Цель назначения - Исключение сопутствующей патологии со стороны органов выделения.

Ожидаемый результат - Возможно, проявления интоксикационного синдрома.

***Результаты дополнительных методов исследования***

***Общий анализ крови:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Гемоглобин, Г/л | Эритроциты | ЦП | Лейкоциты |
| 146 | 4,3х1012/л | 0,94 | 9,5 х109/л |
| П/Я | С/Я | Лимфоциты | Моноциты |
| 2% | 78% | 14% | 4% |

***Заключение***: анализ крови без особенностей.

***Общий анализ мочи:***

Цвет мочи: желтый

Прозрачность: прозрачная

Реакция мочи: Кислая

Удельный вес: 1,015

Белок в моче: не обнаружен

Глюкоза в моче: нет

Микроскопия

Эритроциты: 1-5 в поле зрения

Лейкоциты: 11-13 в поле зрения

Эпителий плоский: следы

Оксалаты: нет

Заключение: анализ мочи в пределах нормы

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Клинический диагноз выставлен на основании:

**1.** Жалоб пациентки на боль, припухлость, уплотнение в области верхнего наружного квадранта левой ягодицы.

**2.** Данных анамнеза болезни (появление резкой болезненности, припухлости, уплотнения в наружном квадранте левой ягодичной области в месте введения в/м магнезии).

**3.** Данных объективного обследования пациентки (Болезненность, уплотнение, припухлость при пальпации в области верхнего наружного квадранта левой ягодичной области).

**4.** Данных лабораторных методов исследования (Общий анализ крови и мочи в пределах нормы).

Пациентке выставляется клинический диагноз:

· Основной диагноз - Постинъекционный абсцесс наружного квадрата левой ягодичной области.

· Осложнения - Нет.

· Сопутствующие заболевания - Нет.

ЛЕЧЕНИЕ

План лечения:

**1.** Оперативное вмешательство.

**2.** Учитывая строгую ограниченность гнойного процесса - местное лечение раневого процесса в зависимости от фазы течения.

1. Оперативное вмешательство

Описание операции:

Пока процесс не зашёл слишком далеко пациентке показано оперативное лечение. Операция заключается во вскрытии абсцесса, санации полости и дренирования, в последующем без наложения швов.

. Местное лечение.

Местное лечение заключается в наложении повязок с мазью. При этом используется мазь "Левомеколь".

. Оперативное вмешательство.

Предоперационный эпикриз.

Пациентка Телямник Алла Николаевна, 37лет, госпитализирована в ДКБ 10 мая 2007 года с жалобами на болезненность, припухлость, уплотнение в верхнем наружном квадрате левой ягодичной области. Обострение болевых ощущений испытывает при сидении.morbi: Появление первых признаков болезненности отмечает на протяжении одиннадцати дней, когда для купирования гипертонического криза бригада скорой помощи сделала инъекцию магнезии. Постепенно появилась припухлость, которая сопровождалась болью. Затем развивалась гематома, уплотнение до 3 см в диаметре, отвердевание. До поступления в клинику лечилась народными методами.

При объективном обследовании: При осмотре в области верхнего наружного квадранта левой ягодичной области определяется отек, припухлость, локальное покраснение, повышение температуры. Припухлость заметно возвышается над уровнем кожи.

При поверхностной пальпации в области верхнего квадранта левой ягодичной области определяется плотный болезненный инфильтрат. Кожа над инфильратом напряжена, ломится.

Общий анализ крови, общий анализ мочи в пределах нормы.

Пациентке показана хирургическая обработка гнойника в условиях местного обезболивания.

Согласие пациентки на проведение операции получено.

***Операция***

Операция проведена 10 мая 2007 года.

Оценка операционно-анестезиологического риска

) Оценка общего состояния пациентки:) Общее состояние пациентки удовлетворительное - 0,5 баллов.

) Оценка объёма и характера операции:) Операция на поверхности тела - 0,5 баллов.

) Оценка характера анестезии:

а) Местная анестезия - 0,5 баллов.

Определение степени риска: I степень (незначительный риск) - 1,5 баллов.

Обезболивание.

Вид обезболивания. Местная инфильтрационная анестезия - Раствор 0,5 % новокаина, 60 мл.

Показания.

Неотложным показанием является некроз.

Техника операции.

Операционное поле обрабатывается 5 % спиртовым раствором йода и изолируется стерильным операционным бельём.

Произведён линейный разрез. Выделилось небольшое количество мутноватой жидкости. Иссечены некротизированные ткани. Полость обработана 3% раствором перекиси водорода, ввели тампоны, смоченные антисептическим раствором, наложена повязка.

. Местное лечение

Местное лечение заключается в ведении раны в зависимости от фазы раневого процесса:

v Наложении на рану пропитанной мазью "Левомеколь" стерильной марлевой салфетки.

Мазь "Левомеколь" является средством для лечения ран и язвенных поражений. Для лечения выбрана именно эта мазь, так как обладает такими свойствами:

Ш Оказывает противовоспалительное и антимикробное действие.

Ш Обладает широким спектром антимикробного действия в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, включая стафилококки, синегнойную и кишечную палочки.

Ш Входящий в состав мази Метилурацил ускоряет заживление ран, оказывает противовоспалительное действие.

Ш Полиэтиленоксид - водорастворимая основа мази, усиливает и продлевает её антибактериальное действие, обладает выраженным и длительным осмотическим эффектом.

На фоне применения препарата происходит ликвидация перифокального отёка и очищение раны от гноёно-некротического содержимого. Данная мазь сохраняет терапевтическую активность в течение - 20-24 часов.

ДНЕВНИКИ НАБЛЮДЕНИЯ

11.05.2007г.

Температура вечером 36.80С, утром 36.60С. АД 130\90.

Жалобы: на боль, припухлость, небольшой отёк в верхнем наружном квадрате левой ягодицы.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение - активное. Пульс 78 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ненапряжен, одинаковый на левой и правой руках, частота дыхания 18 в минуту, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные удовлетворительных характеристик.

При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. В эпигастральной области отмечается болезненность средней интенсивности, симптом Чухриенко положителен.

Физиологические отправления в норме.

Раневой процесс находится в первой фазе - гнойно-некротическая фаза.

Рана длиной 3 см, шириной 1 см и глубиной 1,5 см. Края раны ровные. Отделяется небольшое количество мутноватой жидкости. Видны небольшие участки некроза, последние иссечены острым путём. Имеется небольшой отёк окружающих тканей. Перед иссечением некротизированных тканей рана промыта 3% раствором перекиси водорода. Смена повязки, введён в рану тампон с мазью Левомеколь, наложена новая асептическая повязка.

Режим палатный.

Стол №15.

.05.2007г.

Температура вечером 36.60С, утром 36.60С. АД 120\80.

Жалобы: на боль, при перевязках неприятные ощущения.

Состояние пациентки улучшается.

Самочувствие удовлетворительное. Больная в ясном сознании. Общее состояние удовлетворительное.

Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, влажные. Частота дыхания 14 в 1 (ритмичное, при аускультации проводится во все отделы, нормальное везикулярное дыхание). Пульс на лучевых артериях одинаковый, частота 88 в 1 (ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения). При аускультации тоны сердца не изменены, ритмичные; шумов не определяется. Слизистая оболочка полости рта обычного цвета и влажности. Живот округлой формы, в акте дыхания участвует симметрично. Перистальтика высушивается. Стул оформлен, не нарушен. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Раневой процесс находится во второй фазе - фаза грануляций.

Рана длиной 3 см, шириной 1 см и глубиной 1,5 см. Края раны ровные. Отделяемого нет. Имеется небольшой отёк окружающих тканей. Виднеется образование в ней грануляций. Рана заживает вторичным натяжением. Осложнений нет. Рана промыта 3% раствором перекиси водорода. Смена повязки, наложена асептическая повязка с применением мази на водорастворимой основе, мазь "Левомеколь".

Режим палатный.

Стол №15.

.05.2007г.

Температура вечером 36.60С, утром 36.80С. АД 120\85.

Жалобы: пациентку немного беспокоят боли (со слов пациентки, боли как таковой нет, ощущает неприятные ощущения), других жалоб нет.

Кожные покровы розовые, умеренно влажная. Видимые слизистые розовые, без патологических изменений ЧДД=12 в мин, при аускультации легких - нормальное везикулярное дыхание, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС=PS=85 уд/мин, при пальпации живот мягкий, симптом Мерфи отрицательный, стул оформлен, газы отходят, мочеиспускание свободное, диурез адекватный. Температура 36,8°С.

Раневой процесс находится в третьей фазе - фаза эпителизации.

Рана длиной 2 см, шириной 0,5 см и глубиной 0,5 см. Края раны ровные. Отделяемого нет. Отёка окружающих тканей нет. Видны участки эпителизации. Рана промыта 3% раствором перекиси водорода. Смена повязки, наложена асептическая повязка с применением мази на водорастворимой основе, мазь "Левомеколь".

Режим палатный.

Стол №15.

Пациентка продолжает лечение в условиях стационара.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Абсцессы мягких тканей постинъекционные возникают при введении инфицированного содержимого или неправильного введения в подкожную клетчатку лекарственных препаратов, предназначенных только для внутримышечного введения. В последнем случае может возникнуть асептический некроз клетчатки с последующим гнойным расплавлением тканей. Локализуется процесс в местах выполнения манипуляции: ягодичные области, наружная поверхность плеча и бедра, передняя брюшная стенка, локтевые сгибы.

*Симптомы, течение.* Через несколько дней после инъекции (обычно 4-6) появляются нарастающая боль в области инъекции, повышение температуры, местное определяется инфильтрат, болезненный при пальпации, гиперемия кожи, отек, еще через 2-3 дня появляется флюктуация.

*Диагноз* абсцесса обычно ставят после диагностической пункции толстой иглой.

абсцесс инъекция гнойный хирургический

*Лечение.* В начальной стадии (до развития гнойного расплавления) консервативное лечение: УВЧ, противовоспалительные препараты, полуспиртовые повязки, в ряде случаев антибиотики. При возникновении гнойника (ранняя диагностика с помощью ультразвукового исследования или диагностической пункции инфильтрата толстой иглой) его вскрывают.

*Прогноз* благоприятный, зависит от основного заболевания - по поводу которого производилась инъекция. Длительная задержка оперативного лечения может привести к сепсису и массивным затекам гноя по клетчаточным пространствам.

*Профилактика.* Использование только разовых шприцев и игл. Недопустимо применение засорившихся и прочищенных мандреном игл. Для внутримышечных инъекций нельзя использовать иглы, предназначенные для внутрикожных, подкожных и внутривенных инъекций, поскольку толщина подкожной клетчатки в ягодичной области иногда может достигать 8-9 см. Необходимо каждый раз менять сторону инъекции.

Распознавание поверхностных абсцессов обычно не вызывает трудностей. Ограниченная болезненная припухлость (в большинстве случаев полушаровидной формы) с локально покрасневшей кожей, местный жар и нарушения функции той части тела, где расположен очаг, подтверждают диагноз. Решающее значение в распознавании гнойников имеет флюктуация, обусловленные наличием жидкости в полости абсцесса.

Воспалительные явления могут занимать различную площадь и глубину в зависимости от размера абсцесса и его локализации. Характер гноя, содержащегося в полости абсцесса (консистенция, цвет, запах), определяется видом инфекции. Общие клинические проявления абсцесса не имеют специфических признаков и типичны для гнойно-воспалительных процессов любой локализации. Они сводятся к повышению температуры тела от субфебрильных цифр до 41о в тяжелых случаях, общему недомоганию, слабости, потере аппетита, головной боли. В крови отмечается лейкоцитоз до 20.000 и сдвиг лейкоцитарной формулы влево. СОЭ, как правило, ускорено. Степень этих изменений зависит от тяжести течения патологического процесса.

При тяжелом течении абсцесса с преобладанием явлений интоксикации иногда возникают трудности в выяснении причин, определяющих тяжесть состояния больного. Такое состояние может быть обусловлено как всасыванием токсических продуктов из очага поражения, так и генерализацией инфекции. Вопрос обычно решается путем сопоставления местных и общих явлений. На гнойно-резорбтивную лихорадку указывает соответствие температурной реакции и гематологических сдвигов местного гнойно-некротического процесса. В этих случаях общие расстройства исчезают с устранением очага инфекции. При сепсисе тяжелая интоксикация и изменения со стороны внутренних органов неадекватны местным изменениям, а симптомы тяжелой интоксикации не исчезают с устранением очага.

ПРОГНОЗ

***Прогноз для жизни:*** благоприятный

***Прогноз для выздоровления:*** благоприятный при соблюдении режима и назначенной терапии.

***Прогноз для трудоспособности:*** трудоспособность будет сохранена.

ЭПИКРИЗ

Пациентка 37 лет (15.03.1970 г.) была госпитализирована в хирургическое отделение ДКБ 10.05.07. с жалобами на боль, припухлость, отвердевание в области верхнего наружного квадрата левой ягодицы, общую слабость. Основной жалобой пациентки была боль. Больной пациентка себя считает в течение последних двух недель.

Анамнез заболевания: Появление первых признаков болезненности отмечает напротяжении четырнадцати дней, когда для купирования гипертонического криза бригада скорой помощи сделала инъекцию магнезии. Постепенно появилась припухлость, которая сопровождалась болью. Затем развивалась гематома, уплотнение до 3 см в диаметре, отвердевание. До поступления в клинику лечилась народными методами.

Результаты лабораторно-инструментальных методов обследования:

. Общий анализ крови.

Эр. - 4,3\*1012/л; Hb - 146 г/л; ЦП - 0,94; Лейк. - 9,5\*109/л; П/Я - 2%; С/Я - 78 %; Лимфоциты - 14 %; Моноциты - 4 %

. Общий анализ мочи.

Цвет мочи: желтый; Прозрачность: прозрачная; Реакция мочи: Кислая; Удельный вес: 1,015; Белок в моче: не обнаружен; Глюкоза в моче: следы.

Микроскопия

Эритроциты: 1-5 в поле зрения; Лейкоциты: 11-13 в поле зрения; Эпителий плоский: следы; Оксалаты: нет.

Пациентке проведено оперативное лечение:

§ Операция - 10.05.2007 г.

§ Местное лечение - Наложение на рану пропитанной мазью "Левомеколь" стерильной марлевой салфетки.

Пациентке проведена хирургическая обработка гнойника в условиях местного обезболивания. В послеоперационном периоде заживление ран проходило вторичным натяжением.

На основе клинико-анамнестических данных выставляется клинический диагноз:

· Основной диагноз - Постинъекционный абсцесс наружного квадранта левой ягодичной области.

· Осложнения - Нет.

· Сопутствующие заболевания - Нет.

Пациентка обследована стационарно. За время пребывания в стационаре состояние пациентки улучшилось, аппетит нормальный, самочувствие улучшилось, изменения массы тела нет.

Продолжает лечение в условиях стационара.

# ***Список использованной литературы***

1. Кузин М.И. Хирургические болезни: Учебник. - 1-е изд. - М.: Медицина, 1986. - 704 с.

. Курбат H.М., Станкевич П.Б. Рецептурный справочник врача. - Мн.: Выш. шк., 1996. - 495 с.

. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Изд.8-е, перераб. и дополн. - М.: Медицина, 1977, т. I, II.

. Стручков В.И., Стручков Ю.В. Общая хирургия. Учебник. - М.: Медицина, 1988. - 480 с.

. Клиническая хирургия: Учебник / Н.И. Батвинков, С.И. Леонович, Н.Н. Иоскевич. - Мн.: Выш. Шк., 1998.558с.: илл.

. Хирургия: Пер. с англ., доп. / Под ред. д-ра мед. наук Ю. М Лопухина, д-ра мед. наук В.С. Савельева. - М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. - 1074с.

. Кондратенко П.Г. Руководство по клинической хирургии, Донецк, 2005.