**Университет**

Кафедра хирургии

**История болезни**

**Клинический диагноз**: **Острый парапроктит**

Преподаватель:

Куратор: свои данные

Время курации: с /… по …

2010

Дата поступления: время 10.44

Дата выписки: время 12.00

Отделение Проктологии

Аллергический статус: Популяция «А»

Ф.И.О …………………

Число, месяц, год рождения: 14.02.1966 возраст 43лет

Гражданство: Российское

Категория пациента: рабочий

Место жительства: ул Почтовая 104

Место работы: Диспетчер. Электр. сеть «Электро»

Направление: д/в

Доставлен в стационар по экстремальным показаниям через

48 часов, после начала заболевания

Диагноз при поступление: Острый парапроктит

Клинический диагноз: Острый парапроктит

**Жалобы**

На Боли и припухлость, дискомфорт в области заднего прохода, повышение температуры тела до 38-39Сº.

**История развития заболевания (ANAMNESIS MORBI)**

Со слов заболел остро 1 неделю назад, после переохлаждения. Лечился симптоматически, консервативно, с незначительным улучшением. Обратился в отделение проктологии. Был госпитализирован в экстренном порядке на оперативное лечение.

Предполагаемая причина возникновения заболевания: погрешность в диете (острая пища), профессиональные влияния – «сидячая» работа. Вредные привычки курение, спиртные напитки.

**История жизни (ANAMNESIS VITAE)**

1) Краткие биографические данные:

* Родился 1966 году 14 февраля. Образование высшее

2) Профессиональный анамнез:

* Диспетчер.

3) Бытовой анамнез:

* Жилищно–коммунальные условия удовлетворительные

4) Вредные привычки:

* Алкоголь с 16 лет употребляет по праздникам. Курит с 16 лет по пачке в день.

5) Перенесенные заболевания и травмы:

* ОИМ в 2002г, ОРВИ, Простатит.

6) Аллергологический анамнез:

* Популяция «А»

7) Наследственность:

* Не отягощена.

**Объективное исследование больного**

**(STATUS PRAESENS OBJECTIVUS)**

Общее состояние.

1. Общее состояние больного: удовлетворительное.
2. Сознание: ясное.
3. Положение больного: вынужденное
4. Телосложение: гиперстеническое,
5. Температура тела: 37.5
6. Вес, рост: 110кг, 174см
7. Кожные покровы: обычной окраски, влажность кожи умеренная. Тургор сохранен, кожа на тыльной поверхности кисти, на передней поверхности грудной клетки над ребрами, в локтевом сгибе берется в складку и сразу же расправляется после отнятия пальцев.
8. Подкожно-жировая клетчатка: развита сильно, неравномерно распределена складки жировой ткани на шее, животе, бедрах.
9. Тип оволосения: по мужскому типу.
10. Ногти здоровые
11. Мышечной атрофии нет. Тонус хороший.
12. Суставы внешне не изменены, движения в полном объеме
13. Лимфоузлы не пальпируются, безболезненны

Органы чувств

Глаза: бинокулярное зрение AD=AS VOS = VOD = 1.0

Слух: без особенностей

Чувствительность кожных покровов сохранена

Обоняние: без особенностей

Система дыхания

Осмотр:

* + Дыхание через нос: свободный
	+ Форма грудной клетки: гиперстеническая.
	+ Грудная клетка: цилиндрическая.
	+ Ширина межреберных промежутков умеренная.
	+ Тип дыхания брюшной
	+ Симметричность дыхательных движений.
	+ Число дыхательных движений в минуту: 18
	+ Ритм правильный

Пальпация:

* + Безболезненная.
	+ Грудная клетка эластична.
	+ Голосовое дрожание проводится одинаково с обеих сторон

Перкуссия легких:

Сравнительная перкуссия: ясный легочный звук на симметричных участках грудной клетки.

Топографическая перкуссия.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Правое легкое | Левое легкое |
| Верхняя граница |
| 1 | Высота стояния верхушек спереди | 3-4 см выше ключицы | 3-4 см выше ключицы |
| 2 | Высота стояния верхушек сзади | 7 шейный позвонок | 7 шейный позвонок |
| Нижняя граница |
| 1 | По окологрудинной линии | Верхний край 6 ребра | Не определяется |
| 2 | По срединно – ключичной линии | 6 ребро | Не определяется |
| 3 | По передней подмышечной линии | 7 ребро | 7 ребро |
| 4 | По средней подмышечной линии | 8 ребро | 8 ребро |
| 5 | По задней подмышечной линии | 9 ребро | 9 ребро |
| 6 | По лопаточной линии | 10 ребро | 10 ребро |
| 7 | По колопозвоночной линии | Остистый отросток Th11  | Остистый отросток Th11  |

#### Дыхательная подвижность нижнего края легких:

По средней подмышечной линии:6-8см справа и слева

По среднеключичной линий: справа 4-6см слева не определяется

По лопаточной линий: 4-6см. справа и слева.

Аускультация: прослушивается везикулярное дыхание, шум трения плевры не определяется.

**Сердечнососудистая система**

Осмотр: видимая пульсация артерий и вен в области шеи не прослеживается, видимые выпячивания и пульсация в области сердца так же не обнаружены.

Пальпация:

-верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 1,5-2 см медиальнее левой среднеключичной линии(нормальной силы, ограниченный).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Правая | 4 межреберье 0.5 – 1 см правее края грудины | 4 межреберье по левому краю грудины |
| Левая | 5 межреберье на 1.5-2 см медиальнее левой среднеключичной линии |  От области верхушечного толчка двигаться к центру (1.5-2см медиальнее) |
| Верхняя | Парастернальная линия 3 межреберье | 4 межреберье |

Аускультация:

Тоны: - ритмичные

-число сердечных сокращений – 78 в мин

-первый тон нормальной звучности

-второй тон нормальной звучности

-дополнительные тоны не прослушиваются

Артериальный пульс на лучевых артериях: симметричный, ритмичный, твердый , полный.

Артериальное давление на плечевых артериях: 120/80 мм. рт. ст.

**Пищеварительная система**

Полость рта:

* Язык физиологической окраски, умеренно влажный.
* Состояние зубов: зубы санированы вставные. Полость рта нуждается в протезировании
* Зев чистый, миндалины не увеличены.

Живот:

* Обычной формы
* Симметричен.
* Участвует в акте дыхания
* Пупок без видимых повреждений.
* Мягкий, безболезненный.

Перкуссия:

* тимпанический звук на всем протяжении.
* свободной жидкости в брюшной полости нет.

Пальпация:

Поверхностная: живот безболезненный.

Симптом раздражения брюшины отрицательный (симптом Щеткина-Блюмберга)

Глубокая: по методу Образцова - Стражеско:

* Сигмовидная кишка: безболезненная, не плотной консистенций с гладкой поверхностью, урчащая, перистальтика не определяется, подвижность 3-4 см , дополнительные образования не обнаружены.
* Слепая кишка: безболезненна, упругая, урчащая, подвижность 2-3 см, дополнительные образования не определяются.
* Поперечная ободочная кишка: безболезненна, не урчащая, подвижна 2-3 см , дополнительные образования не определяются.
* Червеобразный отросток: не пальпируется.
* Подвздошная кишка: безболезненная, урчащая.

Аускультация:

* выслушиваются слабые кишечные шумы, связанные с перистальтикой кишечника. Шум трения кишечника не прослушивается.

**Печень и желчный пузырь**

Перкуссия: границы печени по Курлову:

* верхняя граница абсолютной тупости печени:

по правой среднеключичной линии – 6 ребро.

* Правая передней подмышечная-8 ребро.
* Правая окологрудинная-6 ребро
* Нижняя граница абсолютной тупости:

по правой среднеключичной 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.

Поколачивание по правой реберной дуге: симптом Грекова – Ортнера не подтвержден.

Пальпация:

* Печень: нижняя граница прощупывается по правой среднеключичной линии. Край печени острый, мягкий, безболезненный, Размеры печени не увеличены.

Размеры печени по Курлову:

* по правой среднеключичной линии – 9-11 см.
* по передней срединной линии – 7-9 см.
* по левой реберной дуге – 6-8см.

**Желчный пузырь**: не пальпируется, безболезненный.

Аускультация: шум трения брюшины не прослушивается.

**Поджелудочная железа**

* При пальпации болезненности, увеличения или уплотнения поджелудочной железы не обнаруживаются.

**Селезенка**: не прощупывается.

**Мочевыделительная 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.

Система половых органов: Жалоб на боли нет. Мужской тип оволосения.

**Эндокринная система**

Ожирение 2степени. Соответственная пигментация. Размеры языка, носа, челюстей, ушных раковин, кистей рук и стоп соответствуют развитию.

Щитовидная железа мягкой консистенции, не увеличена, безболезненна.

**Нервная система**

Память, внимание, сон, сохранены. Настроение – бодрое, аптиместическое. Ограничение двигательной активности в связи с болезнью. В чувствительной сфере нет отклонений.

Состояние психики:

* сознание ясное, нормально ориентировано в пространстве, времени и ситуации.
* Интеллект резвый.
* Поведение адекватное.
* Уравновешен, общителен.
* Никаких отклонений не наблюдается

**Местные изменения (STATUS LOCALIS)**

При положение больного на спине.

Кожа левой полуокружности гиперемирована. Здесь же болезненный инфильтрат, размером 6,0х7,0 см с центром флюктуации на 3часах местная гиперемия.

Per rectum: резкая болезненность.

**Обоснование предварительного диагноза**

На основании жалоб, анамнеза болезни и локальных данных предварительный диагноз:

Острый парапроктит.

**План обследования**

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Общий анализ крови на сахар,

ЭКГ

**Лабораторные исследования**

Общий анализ крови:

* Hb = 126г/л
* Эритроциты = 4,1\*1012/л
* Цветной показатель=0,8
* Лейкоциты = 13\*109/л

Нейтрофилы

* Палочкоядерных=2%
* Сегментоядерные=64%
* Эозинофилы=2%
* Моноциты=5%
* Лимфоциты=27%
* Тромбоциты= 320\*109/л
* СОЭ = 20мм/ч

Общий анализ мочи:

* Цв соломено-желтый
* Реакция кислая
* Удельный вес 1010
* Эпителий плоский 0-1-3 в п. зр.
* Лейкоциты 2-3 в п. зр
* Слизь
* Белок отрицателен

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз при остром проктите проводят с

* язвенным колитом,
* полипами заднепроходного канала
* и раком прямой кишки.

Больных язвенным проктитом иногда длительное время лечат от геморроя.

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.

При лучевом проктите слизистая оболочка нередко напоминает трофическую язву. В просвете кишки обнаруживается много кровянистой слизи. Такой язвенный проктит не всегда легко дифференцировать от рака прямой кишки. Диагноз нередко устанавливают только после биопсии.

Воспалительный процесс иногда захватывает не только слизистую оболочку прямой кишки, но и распространяется на сигмовидную ободочную кишку. Тогда это заболевание расценивают уже как проктосигмоидит.

**Этиология и патогенез**

Чаще проктит является одним из проявлений воспалительных заболеваний толстой кишки: язвенного колита, болезни Крона или дизентерии.

Воспаление прямой кишки может развиться у больных, перенесших операции на прямой кишке, например по поводу геморроя, при трещинах заднего прохода, парапроктите и др. Проктит может возникать у больных с острыми кишечными инфекциями, вызываемыми кампилобактером, хламидиями, вирусами герпеса или цитомегаловирусом.

Причиной проктита могут также быть возбудители венерических болезней: гонореи и сифилиса. Воспаление слизистой оболочки прямой кишки иногда вызывают лечение антибиотиками, лучевая терапия и применение клизм с раздражающими веществами.

**Обоснование клинического диагноза**

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

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 6,0х7,0 см с центром флюктуации на 3часах местная гиперемия.

Per rectum: резкая болезненность.

**Показания к операции**

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

Планируется операция радикальное вскрытие парапроктита под сакральной 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.

Сердечные тоны ритмичные АД 120/80 Пульс 74в мин.

Анамнез в 2002 году перенес ОИМ находиться на учете у кардиолога.

Аллергологический анамнез: Популяция «А»

Планируется сакральная анестезия: РА – IIст

**Анестезиологическое пособие**

время 13.30ч

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 сакральная анестезия

Введено: Sol. Lidocaini 2% - 30,0(мг)

Течение анестезии гладкое, осложнений нет.

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: На сакральной анестезии. После обработки операционного поля полулунным разрезом вскрыт острый парапроктит на 3часах. Получено ≈200мл 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 ишиоректальный 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

**Дневник**

1 день

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

Состояние больного соответствует тяжести, перенесенной операции.

Жалобы на боли в области послеоперационных ран.

Гемодинамика стабильная. Диурез через катетер.

Рана обработана, наложена мазевая повязка.

Лечение получает.

3 день

ЧСС- 80, АД – 120/80 мм.рт.ст. t 36,7°

Состояние больного относительно удовлетворительное.

Жалобы на боли в области послеоперационных ран.

Гемодинамика стабильная. Снят катетер. Газы отходят, стул самостоятелен.

Локально удален тампон, кровотечений нет.

Рана глубокая с гнойным содержимым.

Наложена мазевая повязка с левомиколем.

5день

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.

7день

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.

9день

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

Состояние больного удовлетворительное. Жалоб не предъявляет.

Температурной реакции нет. Гемодинамика стабильная.

Физиологические отправления в норме.

Лечение продолжает.

10день

Пациент с улучшением выписывается домой на амбулаторное лечение.

**Выписной эпикриз**

Больной \_\_\_\_\_\_\_

14.02.1966 года рождения находился на стационарном лечении в отделении проктологии с … по …. с клиническим диагнозом: **Острый парапроктит**

Жалобы при поступлении: На Боли и припухлость, дискомфорт в области заднего прохода, повышение температуры тела до 38-39Сº.

Анамнез: Со слов заболел остро 1 неделю назад, после переохлаждения. Лечился симптоматически, консервативно, с незначительным улучшением. Обратился в отделение проктологии. Был госпитализирован в экстренном порядке на оперативное лечение.

Локальный статус: При положение больного на спине.

Кожа левой полуокружности гиперемирована. Здесь же болезненный инфильтрат, размером 6,0х7,0 см с центром флюктуации на 3 часах местная гиперемия.

Per rectum: резкая болезненность.

Проведены обследования: ОАК, ОАМ, ЭКГ Ректоромонаскопия.

Проведена операция вскрытие острого парапроктита, под сакральной анестезией

Послеоперационное течение гладкое.

Получал косервативное лечение:

1. Промедол 2% - 1,0 в/м
2. кеторолак 3% - 1,0 в/м
3. мазь левомиколь местно
4. 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:

1. Наблюдение у хирурга по месту жительства
2. Избегать запоров и переохлаждений
3. Соблюдать диету и личную гигиену
4. Фурацилин мазь местно, до полного заживления раны.

**Использованная литература**

1. «Симптомы и синдромы в хирургии» И. М. Матяшин, А. А. Ольшанецкнй, А. М. Глузман „Здоров'я" Киев-1975
2. «Хирургические болезни» Под редакцией академика РАМН М. И. КУЗИНА

Издание третье, переработанное и дополненное.

1. «Общая хирургия» С.В Петров
2. «Пропедевтика внутренних болезней» Н.А.Мухин В.С.Моисеев