ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Фамилия, имя отчество больного

Клинический диагноз

Вторичная гнойная рана передней брюшной стенки в стадии регенерации после релапаротомии

I. Общие сведения о больном

1. Фамилия, имя, отчество:

2. Возраст: 62 года

. Постоянное место жительства

. Место работы, профессия, должность: пенсионерка ЖД, ШПЗ.

. Кем направлен больной: по выписке из 2 хир.отделения

. Доставлен в стационар по экстренным показаниям:

Да, нет, через….часов после начала заболевания, получения травмы, госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть).

. Дата и время поступления: 11.03.2011, 7:30.

. Группа крови A(II) вторая; резус: Rh- (отрицательный).

. Побочное действие лекарств (непереносимость):

. Диагноз направившего учреждения: Заболевание сигмы.

. Диагноз при поступлении: гранулирующая рана передней брюшной стенки

. Клинический диагноз:

А) основное заболевание: вторичная гнойная рана передней брюшной стенки в стадии регенерации после релапаротомии.

Б) сопутствующие заболевания: ХОБЛ сред. тяжести течения, хронический пиелонефрит, артериальная гипертония II степени, риск III, II стадия, эмфизема легких, пневмосклероз, хроническая железодефицитная анемия средней степени тяжести.

В) осложнения в течении данного заболевания:

. Дата и название операции:

. Послеоперационные осложнения:

. Послеоперационные осложнения: отсутствуют

. Дата выписки:

II. Жалобы

На наличие раны на передней брюшной стенке, боли в области раны, слабость, утомляемость, плохой аппетит, периодические боли и судороги в области левого бедра, потемнение в глазах, головокружение, бессонница.

III. История развития данного заболевания

Считает себя больной с 24 декабря 2010 года (95 суток), когда появились сильные спастические боли в нижней части живота, которые характеризовались возникающими тенезмами. За несколько дней до этого у нее возник запор. Вечером 24 декабря температура поднялась до 37,7°. Больная поставила очистительные клизмы, которые обеспечивали непродолжительный облегчающий эффект, и решила не обращаться за помощью в больницу, так как решила, что все пройдет само по себе. Так продолжалось до 9 февраля 2011 года, когда боли значительно усилились и больная потеряла сознание. Ее дочь вызвала скорую и больная была в экстренном порядке доставлена бригадой скорой медицинской помощи во 2-е хирургическое отделение ЖДБ и была прооперирована по поводу: Заболевание сигмовидной кишки, осложненное абсцессом брюшной полости. Во время операции провели резекцию сигмовидной кишки с наложением сигмо-сигмовидного анастомоза. На следующий день после операции у больной повысилась температура до 39,3°С, появилась лихорадка, тошнота, рвота, острая резкая боль в животе. 11 февраля 2011 года была проведена релапаротомия, в связи с недостаточностью сигмо-сигмовидного анастомоза и развитием серозно-фибринозного перитонита, в ходе которой было проведена резекция сигмо-сигмовидного анастомоза и наложение колостомы. С 11 февраля до 11 марта ее состояние постепенно улучшалось с тяжелого до средней степени тяжести, температура снизилась до 37°С, интенсивность болей уменьшилась.

.03.2011 она была переведена в 3-е хирургическое отделение с диагнозом: гранулирующая рана передней брюшной стенки, где и находилась на момент курации. В период с 11.03.2011 по 29.03.2011 проводились мероприятия, направленные на заживление послеоперационной раны, а именно проводились перевязки с 10% р-ром NaCl, обработка раневой поверхности( удаление некротизированных участков, гноя) и мероприятия, направленные на улучшение общего состояния больной( витаминотерапия, лечение артериальной гипертензии).

IV. История жизни больного

Родилась в Оренбурге, развивалась по возрастам. В семье было четверо детей (она старшая). Образование - 8 классов, с 16 лет пошла работать на кирпичный завод, затем работала на шпалопропиточном заводе (с 32 лет). На пенсию ушла в 58 лет.

Есть муж, имеет двоих детей. В течении жизни никакими серьезными заболеваниями не страдала, за исключением респираторно-вирусных инфекций. Травм не получала. Вредных привычек не имеет (курение, алкоголь, наркомания). Аллергии на лекарственные средства не выявлено. Родители больной умерли рано, по ее словам, отец - от двустороннего воспаления легких, а мать - от мышиной лихорадки. Один раз делали переливание крови (330мл - во время операции ). Переливание перенесла нормально, осложнений, связанных с этим не было.

По словам больной, у нее было 3 беременности, 2 раза были роды, 1 раз делала аборт. Гинекологических заболеваний нет.

. Настоящее состояние больного

Общее состояние больной удовлетворительное, положение вынужденное (лежит на левом боку). Температура тела нормальная. Вес-100 кг при поступлении Гиперстения, присутствует ожирение 2 степени. Кожные покровы сухие, шелушащиеся, дряблые, на них имеются пигментные пятна белого цвета. Регионарные лимфатические узлы головы, шеи и конечностей не пальпируются и безболезненны.

. Настоящее состояние больного

Опорно-двигательная система

Субъективные данные

Редко проявляющиеся боли в области левого бедра, проявляющиеся вместе с судорогами, возникают в спокойном состоянии (связываются с пониженной физической активностью). Суставы подвижные, без деформаций. Нарушений функции конечностей не обнаружено. На ногах небольшие отеки.

Объективные данные

Состояние артериальных сосудов на конечностях в норме, имеется варикозной расширение вен на нижних конечностях. Ногтевые пластинки и волосы без изменений.

Дыхательная система

Субъективные данные

Кашля и болей нет, одышка возникает при физической нагрузке, носит смешанный характер.

Объективные данные

Грудная клетка гиперстенической формы, видимых нарушений не наблюдается, Дыхание свободное, через нос, смешанного типа, ритмичное, частота дыхания 17 дыхательный движений в минуту.

Пальпация грудной клетки безболезненная, эластичная. При перкуссии отклонений не обнаружено. Аускультативно выявлен о везикулярное дыхание.

Сердечно-сосудистая система

Субъективные данные

Бывают редко возникающие колющие боли в сердце, которые иррадируют в плечо. Выявлены небольшие отеки ног, одышка при физической нагрузке.

Объективные данные

При пальпации пульс на лучевой артерии 68 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения, ненапряженный, обычный по форме, синхронный на обоих руках. АД: 120/80. При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный горб отсутствует, верхушечный толчок не виден. При пальпации сердечный толчок не определяется, Верхушечный толчок ограниченный, определяется на 2 см от левой средне-ключичной линии. При перкуссии границы относительной тупости несколько смещены влево. Границы абсолютной сердечной тупости не изменены. При аускультации наблюдается акцент II тона на аорте. Патологические шумы отсутствуют.

Пищеварительная система

Субъективные данные:

На данный момент болей нет, аппетит ослаблен, тошноты, рвоты не наблюдается. Иногда наблюдается отрыжка. Стул 3-4 раза в день, жидкий, зеленовато-коричневый. Наблюдается повышенное отхождение газов.

Объективные данные

Полость рта без видимых изменений, язык с черным налетом. Наблюдается отсутствие нескольких зубов на верхней и нижней челюстях, вставных зубов нет. Десны без изменений. Живот округлый, симметричный, наблюдается некоторое вздутие. Поверхностная пальпация безболезненная. Видимой пульсации, перистальтики не наблюдается. На коже кроме раны имеется рубец округлой формы, диаметром примерно2,5-3 см и глубиной 1 см. Получить размеры печени по Курлову и произвести полную пальпацию органов брюшной полости не представляется возможным из-за наличия раны. Перистальтические шумы кишечника хорошо выслушивается.

Мочевыделительная система

Субъективные данные:

Боли отсутствуют, мочеиспускание нормальное, безболезненное, регулярное, 4-5 раз в день. Цвет мочи желтый, без видимых изменений. Количество примерно 100 мл.

Объективные данные

При пальпации почек изменений не выявлено, симптом Пастернацкого отрицательный.

Эндокринная система

Признаков нарушения не обнаружено.

Нервная система

На нарушения памяти больная не жалуется, сон нормальный. Периодические головные боли, состояние спокойное.

Объективные данные

А) Состояние больной вменяемое, внимание не нарушено, адекватно воспринимает происходящее.

Б) Тонус мышц и объем движений ослаблен

В) Болевая, тактильная и температурная чувствительность не нарушена.

. Местные признаки заболевания

В области средней линии живота, в мезогастрии, имеется рана, закрытая марлевой повязкой. После снятия повязки, на ее поверхности обнаруживается серозно-гнойное отделяемое сине-зеленого цвета, имеющее характерный запах. Имеются 2 воронкообразные раны. Верхняя рана имеет размеры примерно 2,0х4,0х3,0см, а нижняя - 6,0х3,0х4,0см. В ране наблюдается мелкозернистая ярко-красная упругая, не повреждающаяся при перевязке грануляционная ткань. По краям раны имеется тонкий ободок краевой эпителизации нежно-розового цвета. На стенках раны имеется небольшой желтый налет фибрина. Признаки кровотечения отсутствуют. Прилежащие ткани слегка уплотнены, отека и гиперемии не наблюдается. Пальпация безболезненная, при этом нет отхождения экссудата. После обследования раны была наложена асептическая повязка с 10% р-ром NaCl.

. Обоснование предварительного диагноза

На основании жалоб больной на наличие раны , объективного обследования раневой поверхности(внешний вид), характера отделяемого из раны, а так же данных анамнеза(проведение релапаротомии) можно поставить предварительный диагноз - вторичная гнойная рана передней брюшной стенки в стадии регенерации после релапаротомии.

Данные специальных методов исследования

Общий анализ крови:

1. эритроциты - 4,04 \*1012/л; ,

2. лейкоциты - 16,6\*109/л; (лейкоцитоз)

3. гемоглобин - 107 г/л; (анемия)

. Гематокрит - 34,4%

5. тромбоциты - 410\*109/л;

. СОЭ- 20 мм/мин;

. Лейкоцитарная формула:

- сегментоядерных нейтрофилов- 75,5%,

- моноцитов 4,3%,

- лимфоцитов 20,2%

Заключение: арегенераторная гипохромная анемия, СОЭ ускоренная, нейтрофильный лейкоцитоз.

Общий анализ мочи:

. Цвет: желтый

2. Реакция: слабо-кислая

. Прозрачность: мутная

. Удельный вес: 1,024

. Белок: 0,099

. Слизь: положительно

. Лейкоциты: 15-20

Заключение: протеинурия, наличие слизи.

IX. Клинический окончательный диагноз

а) основное заболевание: вторичная гнойная рана передней брюшной стенки в стадии регенерации после релапаротомии.

б) сопутствующие заболевания: ХОБЛ сред. тяжести течения, хронический пиелонефрит, артериальная гипертония II степени, риск III, II стадия, эмфизема легких, пневмосклероз, хроническая железодефицитная анемия средней степени тяжести.

в) осложнения в течении данного заболевания: отсутствуют

X. План лечения больного

1. При лечении инфицированных ран применяется определенное лечение в зависимости от фазы раневого процесса. Лечение в первой фазе раневого процесса заключается в создании условий для хорошего оттока экссудата, гноя и отделения некротизировавшихся тканей, а также в проведении мероприятий по предупреждению проникновений инфекции из раны в организм. Края обрабатываются спиртом и йодсодержащим раствором, либо другим антисептиком. Полость раны очищается марлевым шариком или салфеткой от гноя и свободно лежащих участков некроза, иссекаются некротизированные ткани. Определенное влияние на течение гнойного процесса в этот период оказывают антисептические растворы, вводимые в рану. Происходящее при этом уничтожение микробов, замедление их роста и размножения уменьшают опасность заражения и отравления всего организма и благоприятно влияют на защитные процессы, протекающие в ране. Очень важно в этот период увеличить приток крови к ране. Это достигается применением тепла в виде грелок, суховоздушных горячих ванн. Однако не следует применять согревающие компрессы, так как они резко нарушают отток гноя и увеличивают всасывание токсических продуктов в организм. Не менее важным моментом является создание покоя ране вплоть до применения иммобилизирующих повязок (шины, гипсовые лонгеты и др.). Применяются ежедневные перевязки, удаление гноя с помощью дренажей, дренирование раны. В первой фазе заживления, когда имеется обильная экссудация, нельзя применять мазевые препараты, так как они создают препятствие оттоку отделяемого, в котором находится большое количество бактерий, продуктов протеолиза, некротических тканей. В этот период повязка должна быть максимально гигроскопична и содержать антисептики. Ими могут быть: 3% раствор борной кислоты, 10% раствор хлорида натрия, 1% раствор диоксидина, 0,02% раствор хлоргексидина и др. Лишь на 2-3 сутки возможно применение водорастворимых мазей: "Левомеколь", "Левосин", "Левонорсин", "Сульфамеколь" и 5% диоксидиновая мазь.

Определенное значение в лечении гнойных ран имеет "химическая некрэктомия" с помощью протеолитических ферментов, оказывающих некролитическое и противовоспалительное действие. Для этого используются трипсин, химотрипсин, химопсин. Препараты засыпаются в рану в сухом виде или вводятся в растворе антисептиков. Для активного удаления гнойного экссудата непосредственно в рану укладывают сорбенты, наиболее распространенным из них является полифепан.

С целью повышения эффективности и дальнейшего лечения гнойных ран в современных условиях применяют разнообразные физические методы воздействия. Широко используется ультразвуковая кавитация ран, вакуумная обработка гнойной полости, обработка пульсирующей струей, различные способы применения лазера. Все эти методы преследуют цель ускорения очищения от некротических тканей и губительного воздействия на микробные клетки.

Ультразвуковая кавитация ран

Метод ультразвуковой кавитации ран, основанный на местном применении низкочастотного ультразвука, позволяющий совместить его антибактериальное действие и процесс механической очистки раны. Ультразвук обладает целым рядом очевидных преимуществ. При его использовании возможно проведение минимальноинвазивной обработки раны (щадящая ультразвуковая некрэктомия). Глубокая дезинфекция раны, благодаря бактерицидному действию ультразвука, в сочетании с активным дренажом раны способствует ее очищению в более короткий срок. Кроме того, к несомненным преимуществам УЗК следует отнести безболезненность обработки, отсутствие местного раздражающего действия, минимальные затраты времени на обработку (30-60 с/см2) и возможность проведения стационарного и амбулаторного лечения благодаря мобильности используемого оборудования. Указанный метод полностью отвечает современным представлениям ведения хронических ран.

Ультразвуковая кавитация позволяет сократить длительность экссудативной фазы и ускорить переход раны в стадию грануляций, способствует снижению частоты инфекционных осложнений и, как следствие, необходимость госпитализаций и хирургических вмешательств

Обработка раны пульсирующей струей

Попытки промывания ран большим количеством жидкости во время хирургической обработки делались давно, но не получили распространения из-за технического несовершенства и отсутствия объективных методов контроля, позволяющих определять степень эффективности процедуры. Разработка современной аппаратуры и количественной бактериологии позволила в значительной степени избавиться от этих недостатков и создать новый метод - обработку рапы пульсирующей струей жидкости.

Достоинствами этого метода является уменьшение микробной обсемененности раневой поверхности за счет высокочастотной пульсации (около 900-1200 в минуту), что обеспечивает положительный эффект, но в тоже время не повреждает ткани.

Эффект обработки объясняется в основном механическим воздействием на рану: в фазе «давления» струя жидкости освобождает слабо фиксированные элементы, в том числе мелкие обрывки омертвевших тканей, мелкие инородные тела, свертки крови и микробные тела; в межпульсовой «декомпрессионной» фазе они удаляются из раны потоком жидкости. Благодаря завихрению струя перемещается по ране в виде «бегающего пятна» и обработка не занимает много времени.

Обработка лучами лазера

Внедрение в хирургическую практику методов лазерного облучения побудило исследователей к их апробации при лечении гнойной раны. В нашей стране созданы лазерные хирургические установки с наполнением углекислым газом («Скальпель», «Разбор»). Используя высокую энергетическую мощность СОг-лазеров, некоторые авторы применяют сфокусированный луч лазера в качестве «светового скальпеля. Его преимуществами считают быстрое одномоментное удаление всех пораженных тканей при незначительной кровопотере благодаря эффекту фотокоагуляции, малую травматизации) тканей, стерилизующее действие на раневую поверхность, благоприятное течение послеоперационного периода.

Сфокусированный луч лазера вызывает в месте воздействия на ткани мгновенное вскипание и испарение жидкой части с обугливанием плотных субстанций. При этом можно эффективно удалять гнойно-некротические ткани с поверхности ран, что приводит к сокращению экссудативной фазы воспаления и ускоряет заживление ран.

Медикаментозное лечение

Нельзя не упомянуть о медикаментозном лечении ран, так как это является неотъемлимой частью терапии, и от этого напрямую зависит успех лечения.

На первых этапах лечения основной задачей является подавление жизнедеятельности раневой микрофлоры. В первую очередь, это может быть достигнуто за счет использования поверхностно-активных веществ - детергентов, или катионных мыл. Они обладают выраженным поверхностно-активным действием. К ним относятся такие представители как Церигель и Роккал. Детергенты обладают бактерицидным действием, ингибируют ферменты стафилококка, усиливают фагоцитарную реакцию. Они эмульгируют жироподобные вещества, проникают в мертвый субстрат раны и ускоряют его отторжение. Достаточно активным противомикробным спектром обладают сульфаниламиды - сульфамилон (5% водный раствор или 10% мазь на водорастворимой основе) и диоксидин. Эти препараты эффективны при стафилококковой, сине-гнойной и анаэробной инфекции.

Не менее эффективными препаратами в борьбе с широким спектром микробной флоры являются осмотические средства на основе полиэтиленгликолей с активными антисептиками, какими являются мази дебризан, проксалон, в состав которой входит нитазол, мазь стрептонитол. Все они также способны проникать в толщу некроза и способствуют отторжению его.

При синегнойной инфекции активными антисептиками являются борная кислота в виде присыпок на рану, порошок солофура и кристаллическая салициловая кислота в виде аппликаций на рану толщиной 0,3-0,5 см.

Наконец, нельзя не упомянуть об окислительных системах - растворах, среди которых наиболее стабильно применяемым является «первомур», состоящий из муравьиной кислоты и перекиси водорода. Этот окислительный раствор еще широко используется и для мытья рук, дезинфекции медицинской аппаратуры и инструментария.

Лечение ран во второй фазе в основном сводится к защите грануляций от повреждений и вторичного инфицирования. В этот период противопоказано применение гипертонических и антисептических растворов, так кок они разрушают грануляции и замедляют их рост. Неблагоприятное действие оказывают влажные повязки, нарушающие процессы замещения грануляций соединительной тканью. Защита ран и грануляций осуществляется накладыванием асептических масляных повязок (рыбий жир, вазелиновое масло). Необходимо добиться полного заполнения раны грануляциями. При вялом образовании грануляций производят смазывание их слабым (1-2%) раствором ляписа, раздражение физиотерапевтическими процедурами (УВЧ, стерильный парафин), усиливают общеукрепляющее лечение (переливание крови, витамины, диетическое питание). Иногда наблюдается избыточное разрастание грануляции, которые, выступая над поверхностью кожи, препятствуют окончательному заживлению раны (эпителизации). В этих случаях грануляции прижигают концентрированными (20-30%) растворами ляписа. Рана считается зажившей, когда полностью произойдет ее эпителизация.Так же проводят мероприятия, направленные на сближение краев раны: сначала сближают края полосками лейкопластыря, затем, по мере утихания воспалительного процесса, используют ранний или поздний вторичный шов, а при большой площади поверхности раны - аутодермопластику.

. На момент курации лечение производится следующим образом: ежедневные перевязки, с обработкой раневой поверхности 10% NaCl., лечение артериальной гипертензии(ингибиторы АПФ - Эналаприл), бронхолитики миотропного действия(Эуфиллин), диуретики(Диувер), витаминотерапия(Фенюльс, Фолиевая кислота).

рана брюшная стенка гнойный

XI. Список использованной литературы

1. Гостищев В.К. Общая хирургия / Учебник. -М.: Медицина. -1997.-672с.

2. Золтан Я. Операционная техника и условия оптимального заживления ран./Монография-, М.:1995. -250с.

. Кузин М.И, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин и др.; Хирургические болезни/ Под ред. М. И. Кузина. - 3 - е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2002. - 784с.

. Курбангалеев СМ. Гнойная инфекция в хирургии: принципы и методы лечения. - М.: Медицина, 1985. - 272с.

. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р. Абдоминальная хирургическая инфекция/Руководство.,-М.: Медицина,2006.-375с.

6. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит/- М. Медицина , 1979г.-295с.

7. Кузин М.И., Костюченок Б.М. Раны и раневая инфекция. - М.: Медицина, 1990. - 591 с.