**Университет**

Кафедра хирургии

Преподаватель: Заслуженный врач главный

проктолог д.м.н. Ф.И,О

**История болезни**

Ф,И,О пациента

**Клинический диагноз*:* Хронический внутренний геморрой, осложненный выпадением узлов и кровотечением**

город 2010

Дата поступления: время 10.00

Дата выписки: время 12.00

Отделение Проктологии

Группа крови: 0(I) Rh+

Аллергический статус: Популяция «А»

Ф.И.О пациента своего

Число, месяц, год рождения: 14.10.1948 возраст 60лет

Гражданство:

Категория пациента: пенсионер

Место жительства:

Направление: д/в

Доставлена в стационар по экстремальным показаниям через

48 часов, после начала заболевания

Диагноз направившего: Хронический внутренний геморрой

Учереждения

Диагноз при поступление: Хронический внутренний геморрой, осложненный выпадением узлов и кровотечением

Клинический диагноз: Хронический внутренний геморрой, осложненный выпадением узлов и кровотечением

***Жалобы***

Боли в области заднего прохода и кровотечение при акте дефекации.

***История развития заболевания (ANAMNESIS MORBI)***

Пациентка страдает геморроем в течении нескольких лет. Лечилась консервативно.

Предполагаемая причина возникновения заболевания: погрешность в диете (острая пища), профессиональные влияния – работала длительное время швеей, и на производстве с химической продукцией.

Обострение заболевания последние 2 года.

Доставлена в стационар , время 10.00, по экстремальным показаниям через 48 часов, после начала заболевания.

***История жизни (ANAMNESIS VITAE)***

1) Краткие биографические данные:

* Родилась 1948 году 14 октября. Образование высшее

2) Профессиональный анамнез:

* Работала длительное время швеей и на производстве с химической продукцией.
* На пенсии с 58 лет.

3) Бытовой анамнез:

* Жилищно–коммунальные условия удовлетворительные

4) Вредные привычки:

* Алкоголь с 20 лет употребляет по праздникам. Курит с 25 лет по 0,5 пачек в день.

5) Перенесенные заболевания и травмы:

* Сотрясение, ОРВИ.

6) Гинекологический анамнез:

* Месячные с 12 лет. Климакс с 47лет
* Беременностей 7.
* Родов 2 протекали нормально.
* Абортов 4. 1 вынужденный.
* Молочные железы без особенностей.

7) Аллергологический анамнез:

* Популяция «А»

8) Наследственность:

* Не отягощена.

***Объективное исследование больного***

***(STATUS PRAESENS OBJECTIVUS)***

***Общее состояние****.*

1. Общее состояние больной: удовлетворительное.
2. Сознание: ясное.
3. Положение больного: вынужденное
4. Телосложение: нормастеническое, ближе к астеническому
5. Температура тела: 36.8
6. Вес, рост: 68кг, 170см
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 слабо, равномерно распределена, отеков, пастозности нет.
9. Тип оволосения: по женскому 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 чуств***

*Глаза: бинокулярное зрение*

*Слух: без особенностей*

*Чувствительность кожных покровов сохранена*

*Обоняние: без особенностей*

***Система дыхания***

Осмотр:

Дыхание через нос: свободный

Форма грудной клетки: нормостеническая.

Грудная клетка: цилиндрическая.

Ширина межреберных промежутков умеренная.

Тип дыхания грудной.

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.

***Сердечно-сосудистая 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 – 74

-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: 110/70 мм. рт. ст.

**Пищеварительная система.**

Полость рта:

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

Живот:

* Обычной формы
* Симметричен.
* Не 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. Жалом 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. Женский тип оволосения.

**Эндокринная система**:

Рост, телосложение и пропорциональность частей тела соответствует возрасту. 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.
* Уравновешена, общителена.
* Никаких отклонений не наблюдается
* Двигательная сфера: Походка не устойчивая, болезненная.

**Местные изменения (STATUS LOCALIS)**

При положение больной на спине.

Per rectum: Тонус сфинктера сохранен. В области крипт на 3-7-11часах внутренние геморроидальные узлы. Выпадают. Снаружи поверхность эррозированна

Госпитализована в отделение проктологии

**Обоснование предварительного диагноза**

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

Хронический внутренний геморрой осложненный выпадением узлов и кровотечением.

**План обследования**

Общий анализ крови

Общий анализ мочи

Общий анализ крови на сахар, на Rh

**Лабораторные исследования:**

**Общий анализ крови**:

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

Результат исследования крови на резус – принадлежность № группа крови O(I) , Rh +

**Ректоромонаскопия**

Тубус введен до 26 см от анального кольца

Слизистая прямой кишки чистая.

Сосудистый рисунок сохранен

В области крипт на 3-7-11 часах выраженные внутренние геморроидальные узлы поверхность узлов эрозированна кровоточит.

План лечения: Хирургическая операция

**Обоснование клинического диагноза**

Кровотечение и выпадение геморроидальных узлов при дефекации.

Из анамнеза: страдает геморроем в течение нескольких лет, частое кровотечение отмечает в последние 2 года. Обострение нескольких дней ≈ 2-3 дня.

От консервативного лечения эффекта нет.

**STATUS LOCALIS**

При положение больной на спине.

Per rectum: Тонус сфинктера сохранен. В области крипт на 3-7-11часах внутренние геморроидальные узлы. При натуживании выпадают. Снаружи поверхность эррозированна

Диагноз: Хронический внутренний геморрой, осложненный выпадением узлов и кровотечением.

**Дифференцированный диагноз.**

Дифференцируют геморрой от полипа и рака прямой кишки, трещины заднего прохода, выпадения слизистой оболочки прямой кишки. Для дифференциальной диагностики с раком толстой кишки применяют ирригоскопию, колоноскопию.

Как для рака прямой кишки, так и для геморроя характерным симптомом является выделение крови, однако при раке кровь темного цвета, измененная, иногда со сгустками, появляется перед выделением кала или смешивается с ним, а при геморрое кровь алого цвета, выделяется в конце акта дефекации. Гистологическое исследование позволяет дифференцировать рак прямой кишки от полипов, туберкулеза и сифилиса. При сифилисе серологические реакции, а при туберкулезе бактериологические методы исследования способствуют разрешению диагностических трудностей.

**Этиология и патогенез**.

Важное значение имеют дисфункция сосудов, усиление притока артериальной крови по улитковым артериям и снижение оттока по кавернозным венам, что приводит к увеличению размеров кавернозных телец и появлению геморроидальных узлов.

Развитие дистрофических процессов в анатомических структурах, формирующих фиброзномышечный каркас внутренних геморроидальных узлов, способствует их постепенному смещению в дистальном направлении.

Кавернозные тельца имеются в норме и закладываются на 3—8-й неделе эмбрионального развития. Они располагаются в области основания заднепроходных столбов диффузно или чаще группируются в основном в трех зонах: на левой боковой, правой переднебоковой и правой заднебоковой стенках анального канала (в зоне 3; 7 и 11 ч по циферблату при положении больного на спине). Именно в этих зонах наиболее часто впоследствии формируются геморроидальные узлы.

Кавернозные тельца отличаются от обычных вен подслизистой основы прямой кишки обилием прямых артериовенозных анастомозов. В этом следует видеть объяснение того факта, что при осложненном геморрое выделяется алая кровь, кровотечение имеет артериальный характер. Геморрой возникает у лиц с выраженными группами кавернозных телец.

Другими факторами в возникновении геморроя являются врожденная функциональная недостаточность соединительной ткани, нарушение нервной регуляции тонуса венозной стенки, повышение венозного давления вследствие запоров, длительной работы в положении стоя или сидя, тяжелого физического труда, беременности.

Немаловажное значение в возникновении геморроя придают злоупотреблению алкоголем и острой пищей, в результате чего усиливается артериальный приток к кавернозным тельцам прямой кишки. При длительном воздействии неблагоприятных факторов в

сочетании с предрасполагающими факторами возникает гиперплазия кавернозных

телец и формируется собственно геморроидальный узел.

**Показания к операции**

1. Кровотечение и выпадение геморроидальных узлов при дефекации
2. Хроническое течение процесса
3. Частое обострение
4. Нет эффекта от консервативной терапии

Планируется операция под сакральной анестезией.

Профилактика ВБИ

Цефарим 1,0 в/м за 40’ до операции

**Осмотр анестезиолога**

Согласие больной на проведение анестезиологического пособия получено

Общее состояние больной удовлитворительное.

Жалобы на основное заболевание

Со стороны внутренних органов без видимой патологии.

Аллергологический анамнез: Популяция «А»

Планируется сакральная анестезия: РА – Iст

Рекомендовано: на ночь реланиум 2,0 в/м

**Анестезиологическое пособие**

время 9.00ч

Больная в операционной

Sol. Atmy 0,1% - 0,5

Премедикация: в/м

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 10.00ч больная в сознании переведена в палату под наблюдение лечащего врача.

**Операция геморроидэктомия с восстановлением слизистой оболочки под сакральной анестезией**

Ход: После обработки операционного поля произведено ревизия сфинктера аni ректальным зеркалом в ходе которой выявлены гипертрофированные геморроидальные узлы на 3,7,11, часов с выпадением за просвет. Произведен захват узлов зажимом Люэра, основание прошита капроном, узлы иссечены комбинированным способом, слизистая восстановлена кетгутовыми швами. Контроль на гемостаз. Введена турунда с мазью в ani. Наложена Т-образная повязка.

Назначено:

С целью снятия болевого синдрома

* фентанил 0,005% - 2,0 в/м
* кеторолан 3% - 1,0 в/м
* мазь левомиколь местно

**Дневник**

1день

ЧСС- 78, АД – 110/70 мм.рт.ст. t 36,7°

Состояние больной относительно удовлетворительное.

Жалобы на боли в области послеоперационных швов.

Температурной реакции нет. Гемодинамика стабильная

Диурез через катетер.

Удалена турунда, швы состоятельные. Кровотечений нет

Обработано. Наложена мазевая повязка.

Отменен: Фентанил, кеторолон

3день

ЧСС- 75, АД – 110/70 мм.рт.ст. t 36,7°

Состояние больной относительно удовлетворительное.

Жалобы на боли в области послеоперационных швов.

Температурной реакции нет. Гемодинамика стабильная

Снят катетер.

Послеоперационные швы обработаны, чистые.

Наложена мазевая повязка.

5день

ЧСС- 76, АД – 120/70 мм.рт.ст. t 36,5°

Состояние больной относительно удовлетворительное. Боль в области послеоперационных швов постепенно угасает. Температурной реакции нет. Гемодинамика стабильная. Диурез регулярный, газы отходят, стул нормализуется.

Послеоперационные швы обработаны, чистые. Наложена мазевая повязка.

7день

ЧСС- 74, АД – 120/70 мм.рт.ст. t 36,6°

Состояние больной относительно удовлетворительное. Температурной реакции нет. Гемодинамика стабильная. Диурез регулярный, газы отходят, стул без осложнений

Послеоперационные швы рассасываются. Область ani обработана. Наложена мазевая повязка

10день

ЧСС- 72, АД – 120/70 мм.рт.ст. t 36,6°

Состояние больной относительно удовлетворительное. Жалоб нет.

Дыхание везикулярное, проводится с обеих сторон. ЧД = 18

Язык влажный, чистый.

Живот мягкий безболезненный. Диурез регулярный, газы отходят, стул без осложнений.

Область ani обработана, чистая послеоперационные швы рассасываются. Анальный канал обследован – без особенностей.

Наложена мазевая повязка.

Выписана домой с выздоровлением.

**Выписной эпикриз**

Больная ваша

1948.14.10 года рождения находилась на стационарном лечении в отделении проктологии с .. по .. с клиническим диагнозом:

Хронический внутренний геморрой, осложненный выпадением

узлов и кровотечением.

Жалобы при поступление:

Боли в области заднего прохода и кровотечение после акта дефекации

Анамнез: Со слов больной, страдает геморроем в течение нескольких лет, частое кровотечение отмечает в последние 2 года. Обострение нескольких дней ≈ 2-3 дня.

От консервативного лечения эффекта нет.

Локальный статус: При положение больной на спине. В проекции на 3-7-11часах внутренние геморроидальные узлы. При натуживании выпадают. Снаружи поверхность эррозированна

Проведены обследования: ОАК, ОАМ, Ректоромонаскопия.

Проведена операция под сакральной анестезией

Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила вторичным натяжением

Получала косервативное лечение:

1. Фентанил 0,005% - 2,0 в/м п/б №1
2. Кеторолон 3% -1,0 в/м п/б №2
3. Левомиколь мазь местно.

Больная 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