1. Паспортные данные

Возраст:

Пол: Мужской

Национальность: Русский

Семейное положение: Женат

Образование: Среднее техническое

Профессия, должность: рабочий

Место работы: ЗАО Ренесанс Актив

Домашний адрес:

Время поступления в отделение: 16.03.2015, 07:28

Диагноз направившего учреждения: Паховая грыжа

. Жалобы

На момент поступления:

- боль и наличие грыжевого выпячивания в левой паховой области.

- боль ноющего характера, никуда не иррадиирущей, усиливается при физических нагрузках (подъем тяжелых вещей; резкое напряжение живота). Грыжевое выпячивание появляется при смене положения, перенапряжении, мешает при ходьбе.

На момент курации:

- боль умеренного характера в области шва.

3. История настоящего заболевания

Со слов больного грыжевое выпячивание около 1 года, постепенно увеличивалось в размерах, последний месяц появились боли при физической нагрузки. Обратился к хирургу по месту жительства, обследован, дано направление в ХО ГБУЗ ККБ №2.

Физическое и умственное развитие соответствует возрасту. Хорошо обучался в школе. Образование среднее техническое. Служил в вооруженных силах. Работает рабочим в ЗАО Ренесанс Актив. Проживает в благоустроенной квартире, питание удовлетворительное.

Эпидемический анамнез: туберкулёз, болезнь Боткина отрицает. Перенес в 2000г. заболевания: Сифилис - прошел курс лечения, наблюдается у венеролога.

Вредные привычки: курил с 20 лет по одной пачке в день, не курит в течение года, алкоголем не злоупотребляет.

Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных средств, бытовых веществ и пищевых продуктов не отмечает.

Гемотрансфузий не проводилось. Наследственность не отягощена.

. Объективное обследование больного

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное, положение в постели активное, выражение лица веселое. Поведение больного обычное, на вопросы отвечает адекватно, легко вступает в контакт. Телосложение правильное, конституция нормостеническая, удовлетворительного питания. Рост 180 см, вес 72 кг. Пигментных пятен, больших по размеру, выпячивающихся родинок на теле не выявлено. Кожа и видимые слизистые обычной окраски и влажности, тургор и эластичность не снижены. Отеков и подкожных эмфизем нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Мышечная система развита хорошо, тонус в норме, атрофий, дефектов развития, болезненности при пальпации нет. Кости черепа, позвоночника, конечностей, грудной клетки без искривлений, с хорошей резистентностью. Движения в суставах свободные, ограничений нет.

Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка правильной формы; дыхание везикулярное, обе половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания, тип брюшной. ЧД=18 движений в минуту. Пальпация: грудная клетка безболезненна, резистентность хорошая, голосовое дрожание не изменено. При сравнительной перкуссии - ясный легочный звук. При топографической перкуссии: высота стояния верхушек легких равна 4,5 см справа и слева, ширина полей Кренига слева и справа равна 5 см.

Таблица 1. Нижние границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ЛИНИИ | СПРАВА | СЛЕВА |
| l. parasternalis | 4 м/р | - |
| l. medioclavicularis | 5 м/р | - |
| l. axilaris anterior | 6 м/р | 6 м/р |
| l. axilaris media | 7 м/р | 7 м/р |
| l. axilaris posterior | 8 м/р | 8 м/р |
| l. scapularis | 9 м/р | 9 м/р |
| l. paravertebralis | 10 м/р | 10 м/р |

Таблица 2. Подвижность нижнего легочного края

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l. medioclavicularis | 4 см | - |
| l. axilaris media | 5 см | 5 см |
| l. scapularis | 4 см | 4 см |

Аускультация: на месте сочленения рукоятки грудины с телом, на щитовидном хряще, на остистых отростках 1-3 шейных позвонков чётко прослушивается бронхиальное дыхание, а в стандартных точках сравнительной и топографической аускультации - везикулярное дыхание.

Осмотр: патологических пульсаций (в эпигастральной области, в яремной ямке и в области сосудов шеи) не наблюдается. В области сердца патологической пульсации, сердечного горба не выявлено. Верхушечный толчок визуально не определяется.

При пальпации уплотнений по ходу вен и болезненности не обнаружено.

Пульс, удовлетворительного наполнения, не напряжен. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Частота пульса 80 ударов в минуту, совпадает с ритмом сердечных сокращений. Верхушечный толчок не смещен от среднеключичной линии (определяется на 1-1.5 см. внутри от среднеключичной линии).

Перкуссия: относительной тупости сердца:

правая граница на 1 см кнаружи от правого края грудины;

левая граница на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии;

верхняя - 3 м/р. по l. Parasternalis sinistra.

абсолютной тупости сердца:

правая граница на 2 см кнаружи от l. Parasternalis sinistra.

левая - 4 м/р. на 3,5-4 см кнутри от l. Medioclavicularis sinistra.

верхняя - на 5 ребре по l. Parasternalis sinistra.

Мочевыделительная система

При осмотре поясничной области припухлости и отеков не обнаружено. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 3 - 4 раза в сутки. Поколачивание по поясничной области безболезненно.

Нейроэндокринная система

Сознание больного ясное. Навязчивых идей, аффектов, особенностей поведения нет. Полностью ориентирован в пространстве и во времени, общителен, речь правильная. Координация движений не нарушена. На внешние раздражители реагирует адекватно.

Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, с окружающими тканями не спаяна, узлов и уплотнений при пальпации не выявлено, признаков гипотиреоза и гипертиреоза нет.

. Status localis (локальный статус)

На момент поступления:

При пальпации в вертикальном положении в левой паховой области вправимое безболезненное грыжевое выпячивание овоидной формы до 5,0\*4,0 см., паховое кольцо расширено, кожа обычной окраски.

На момент курации:

Повязка сухая. Кожа нормального цвета, теплая, умеренной влажности. При пальпации локальное напряжением мышц живота возле шва.

. Предварительный диагноз

На основании: жалоб больного на боли ноющего характера в левой паховой области, никуда не иррадиирущие, усиливающиеся при физических нагрузках.

При пальпации в левой паховой области определяется вправимое безболезненное грыжевое выпячивание овоидной формы до 5,0\*4,0 см., паховое кольцо расширено, кожа обычной окраски. Мягко-эластической консистенции.

Можно поставить предварительный диагноз: паховая грыжа слева.

Общий анализ крови.

Биохимические анализ крови

Общий анализ мочи.

Кровь на RW.

Общий анализ крови

Гемоглобин- 148 г/л.

Эритроциты- 4.6\*1012/л

Лейкоциты- 4,38 \*109/л.

Лимфоциты - 2,10\*109/л.

Моноциты - 0,26\*109/л.

Тромбоциты- 228\*109/л.

Гранулоциты- 2,02\*109/л. (гематокрит)- 45,41%

палочкоядерные- 5 %сегментоядерные- 56 %эозинофилы- 3 %

СОЭ- 3 мм/час

Кровь на RW - отрицательна.

Биохимические анализ крови

Общий белок- 69,3 г/л

Креатинин- 77,4 ммоль/л

Общий билирубин- 13,8 мкмоль/л

Мочевина- 3,5 ммоль/л

Общий анализ мочи

Количество 80 мл.

Удельный вес - 1014

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: полная

Белок: нет

Сахар: нет

Лейкоциты: 1-2 в поле зрения.

Плоский эпителий: 1-2 в поле зрения.

Дифференцировать косую паховую грыжу следует с:

· прямой паховой грыжей.

· водянкой оболочек яичка.

· бедренной грыжей.

· Варикоцеле

Таблица 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признаки. | Косая паховая грыжа. | Прямая паховая грыжа. |
| Форма и расположение грыжевого выпячивания | Бывает врожденной. Чаще бывает в детском и среднем возрасте. Продолговатой формы припухлость по ходу пахового канала. Часто опускается в мошонку. Чаще односторонняя. | Чаще бывает у пожилых и старых людей. Округлой формы припухлость у медиальной части пупартовой связки. Редко опускается в мошонку. Чаще двусторонняя (особенно у пожилых больных). |
| Задняя стенка пахового канала. | Выражена в начальной стадии образования грыжи. | Всегда ослаблена. |
| Направление кашлевого толчка. | Кашлевой толчок в начальной стадии образования грыжи ощущается сбоку со стороны глубокого отверстия пахового канала. | Кашлевой толчок ощущается прямо против наружного отверстия пахового канала. |
| Отношение грыжевого мешка к семенному канатику. | Утолщение семенного канатика на стороне грыжи. | Грыжевой мешок расположен кнутри от семенного канатика. |

Отличие водянки оболочек яичка от пахово-мошоночной грыжи заключается в том, что водянка имеет округлую или овальную, а не грушевидную форму, плотноэластическую консистенцию, гладкую поверхность. Пальпируемое образование нельзя отграничить от яичка и его придатка. Большая водянка оболочка, достигая наружного отверстия пахового канала, четко от него может быть отделена при пальпации. При паховой грыже пальпируемое в мошонке образование имеет «ножку», уходящую в паховый канал, так как в грыжевом мешке имеется содержимое, вышедшее в него из брюшной полости. Перкуторный звук над водянкой тупой, над грыжей может быть тимпаническим.

Диафаноскопия (просвечивание) дает положительный результат при водянке оболочек яичка. Диафаноскопию производят в темной комнате с помощью фонарика, плотно приставленного к поверхности мошонки. Если пальпируемое в мошонке образование содержит прозрачную жидкость, то оно при просвечивании будет иметь красноватый цвет. Находящиеся в грыжевом мешке кишечные петли, сальник не пропускают световые лучи.

При вправимой паховой грыже, хорошо прощупываемой паховой связке, особенно у мужчин, у которых легко пальпируется наружное отверстие пахового канала, не возникает затруднений при проведении дифференциального диагноза между бедренной и паховой грыжей. Бедренная грыжа расположена ниже паховой связки, паховая - выше. По отношению к лонному бугорку паховая грыжа расположена выше и кнутри, а бедренная - ниже и кнаружи (симптом Купера). У тучных больных, чтобы уточнить расположение грыжевого выпячивания по отношению к паховой связке (под ней или над ней), следует мысленно провести линию, соединяющую переднюю верхнюю ость с лонным бугорком.

С паховой грыжей имеет сходство варикозное расширение вен семенного канатика (Варикоцеле), при котором в вертикальном положении у больного появляются тупые распирающие боли и отмечается некоторое увеличение размеров мошонки. При пальпации можно обнаружить «змеевидное» расширение вен семенного канатика. Расширенные вены легко спадаются при надавливании на них или поднятии мошонки к верху. Варикоцеле может возникнуть при сдавлении опухолью нижнего полюса почки яичковой вены. Поэтому больным с варикоцеле надо исследовать почки.

. Этиология и патогенез

В происхождении грыж имеют значение многие факторы, как местные, так и общие. Местные факторы: особенности анатомического строения области выхождения грыжи. К ним относят паховый канал, через который у мужчин проходит семенной канатик, бедренный канал, через который проходят бедренные сосуды, область пупка и белой линии живота, где имеются свободные от мышц промежутки. Общие факторы, способствующие образованию грыжи, разделяют на предрасполагающие и производящие.

Предрасполагающие факторы: наследственность, возраст (слабая брюшная стенка у детей первого года жизни, атрофия тканей брюшной стенки у старых людей), пол (особенности строения таза и большие размеры бедренного кольца у женщин, большая слабость паховой области у мужчин), особенности телосложения, степень упитанности (быстрое похудание), частые роды, паралич нервов, иннервирующих травма брюшную стенку, послеоперационные рубцы. Перечисленные факторы способствуют местному ослаблению брюшной стенки.

Производящие факторы - факторы, вызывающие повышение внутрибрюшного давления: тяжелый физический труд, трудные роды, затруднение мочеиспускания (аденома предстательной железы, фимоз, стриктуры уретры), запоры, длительный кашель (туберкулез, хронический бронхит). Усиление, способствующее повышению внутрибрюшного давления, может быть единственным и внезапным (тяжелая работа, подъем тяжести) или часто повторяющимся и минимальным (кашель).

Механизм образования грыж различен в зависимости от происхождения грыжи (врожденная или приобретенная). При приобретенных грыжах внутренние органы выходят на уровне грыжевых ворот и проникают далее чаще всего по ходу сосудистого пучка или органа (бедренный канал, паховый канал). Под влиянием повышенного внутрибрюшного давления внутренние органы раздвигают впереди себя слои брюшной стенки. Грыжевой мешок формируется посредством растяжения и прогрессирующего выпячивания париетальной брюшины.

На основании предъявленных жалоб больного на грыжевое выпячивание в левой паховой области, боли при физической нагрузки.

Anamnesis morbi: Со слов больного грыжевое выпячивание около 1 года, постепенно увеличивалось в размерах, последний месяц появились боли при физической нагрузки. Обратился к хирургу по месту жительства, обследован, дано направление в ХО ГБУЗ ККБ № 2

Status localis: в вертикальном положении в левой паховой области вправимое безболезненное грыжевое выпячивание овоидной формы до 5,0\*4,0 см., паховое кольцо расширено, кожа обычной окраски.

паховый грыжа лечение этиология

8. Лечение

Лечение оперативное - грыжесечение в плановом порядке, по методу Бассини. Анестезия: эндотрахеальный наркоз.

После операции были назначены обезболивающие и антимикробные средства:.: Sol. Analgini 50% 2.0 D.S.: в\м 3 раза в сутки.Rp.: Sol. Papaverini 2% 2.0 D.S.: в\м 3 раза в день.Rp.: Tab. Doxiciclini 2 D.S.: Внутрь 2 раза в день.

После выписки больному рекомендовано:

. Больному после выписки рекомендовано в течение 6-8 недель воздержаться от: тяжелого физического труда, занятием спортом (легкой и тяжелой атлетикой) и другими упражнениями вызывающие напряжение брюшной стенки.

2. Соблюдение режима дня

3. Наблюдение у хирурга по месту жительства

В отношении здоровья благоприятный, т.к. соблюдая рекомендации врача большая вероятность того, что грыжа не рецидивирует. Для жизни и трудоспособности прогноз благоприятный, т.к. жизни не угрожает, а в после операционный период трудоспособность восстановится.

Список использованной литературы

1. Избранные главы частной хирургии. Атлас. Проф. Неймарк И.И. 1992 г.

. Основы практической хирургии Г.В. Максименя 2008г.

. Практическое руководство по хирургическим болезням В.Г. Астапенко, Н.Н. Малиновский 2003г.4. Хирургические болезни - Гарелик П.В. - Учебное пособие 2003г. Гарелик П.В., Макшанов И.Я., Мармыш Г.Г.

. Хирургические болезни М.И. Кузина 1995г.