Государственное бюджетное образовательное учреждение

Высшего профессионального образования Ростовской области

Ростовский Государственный Медицинский университет

Кафедра общей хирургии

Заведующий кафедрой: доктор медицинских наук Белик Борис Михайлович

Преподаватель: Ефанов Сергей Юрьевич

Куратор: Дреенко Анастасия Эдуардовна, 3 курс, 15 группа, педиатрический факультет

История болезни

Больного: И.И.И.

Основной диагноз: Грыжа белой линии живота

Начало курации: 21.11.14г.

Окончание курации: 5.12.14г.

Паспортные данные

) Ф.И.О

) Пол: м

) Возраст: 39

) Место жительства: г. Ростов-на-Дону ул., д

) Профессия и специальность: инженер

) Место работы:

) Дата и время поступления в стационар: 19.11.14 в 14.00

) Как доставлен (направлен): городской поликлиникой №4 г. Ростова-на -Дону

) Переносимость лекарств: аллергологический анамнез благополучен

) Группа крови: II (AB) резус фактор: Rh +

Клинический диагноз

) Основной: грыжа белой линии живота

) Сопутствующий: ожирение I -II степени

) Осложнения: осложнений нет

) Исход: выздоровление

) Название операции: грыжесечение грыжи белой линии живота.

) Дата операции: 20.11.14 с 11.40 до 13.00

) Обезболивание: ЭТН (рениум,фентанил)

ь Жалобы

На наличие опухолевидного выпячивания на передней брюшной стенке. Появление болевых ощущений в нем при физической нагрузки.

ь Анамнез заболевания

Появление грыжевого выпячивания отмечает в течение 4-х лет. За указанный срок размеры выпячивания увеличились. Боли при физической нагрузки. Обследован в амбулаторный условиях по месту жительства, после консультации И.О.зав. ХО №2 Степанов Ю.А., госпитализирован для планового оперативного лечения.

ь Анамнез жизни

Tbc, венерические заболевания, вирусные гепатиты отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. Травм не было. Операции- аппендэктомия в детстве.

ь Данные объективного исследования

1. Общее состояние больного: средней степени тяжести, сознание ясное.

. Наружный осмотр больного:

положение больного: активное

выражение лица: спокойное

телосложение: гиперстеник

питание: нормальное

походка: ровная

кожные покровы:

Цвет- физиологичной окраски

Сухость покровов

язык влажный, без налета

лимфоузлы доступны пальпации, не увеличены, безболезненны.

. Система дыхания:

осмотр: симметричность дыхательных движений

аускультация: везикулярное дыхание

перкуссия: ясный легочной звук.

. Сердечно-сосудистая система:

осмотр: нарушений не выявлено

аускультация: тоны приглушены, ритмичные

Ад 130/80

пульс 82 уд. в мин., ритмичный

. Мочевыделительная система:

с-м «поколачивания»отрицательный с обоих сторон

дизурических расстройств нет

. Эндокринная система: нарушений не выявлено. Щитовидная железа не видна и не пальпируется.

. Нервно-психическое состояние: сознание ясное. Чувствительность не нарушена. Рефлексы в норме.

. Костно-мышечная система: тонус мышц удовлетворительный. Осанка нормальная, грудная клетка цилиндрической формы, эластичная.

ь Status localis

Язык влажны, чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены, печеночная тупость сохранена. Притупления в отлогих местах нет. Перистальтика выслушивается. Газы отходят, стул самостоятельный, оформленный. При пальпации в положении стоя , на передней брюшной стенке по средней линии живота, выше пупка имеется грыжевое выпячивание, мягко-эластической консистенции, до 14,0-8,0 см в диаметре, безболезненное при пальпации, вправимое в брюшную полость, грыжевые ворота до 3,0-4,0 см. с-м «кашлевого толчка» положительный.

Предварительный диагноз и его обоснование

На основании жалоб больного: наличие опухолевидного выпячивания на передней брюшной стенке. Появление болевых ощущений в нем при физической нагрузке.

Анамнеза заболевания: Появление грыжевого выпячивания отмечает в течение 4-х лет. За указанный срок размеры выпячивания увеличились. При пальпации в положении стоя , на передней брюшной стенке по средней линии живота, выше пупка имеется грыжевое выпячивание, мягко-эластической консистенции, до 14,0-8,0 см в диаметре, безболезненное при пальпации, вправимое в брюшную полость, грыжевые ворота до 3,0-4,0 см. с-м «кашлевого толчка» положительный можно думать о наличие грыжи белой линии живота.

ь План и результаты обследования

.Анализ крови:

-эритроциты:4,5\*1012/л

гемоглобин: 164

цветной показатель:1,0

глюкоза:3,9

лейкоциты: 6,9\*109/л

эозинофилы: 4%

нейтрофилы: палочковидные-4%, сегментарные-45%

лимфоциты:41%

моноциты:6%

оседание эритроцитов: 7 мм/час

2. Анализ кала: я/глистов, цисты лямблий не обнаружены.

. Анализ мочи:

цвет: светло-желтый

прозрачность:

относительная плотность:1,017

реакция: кислая

белок: отсутствует

эпителий: 1-5 в поле зрения

билирубин: отсутствует

лейкоциты: 2-5 в поле зрения

. Электрокардиограмма: синусовая тахикардия

. Рентгенологическое исследование: легочные поля без очаговых, инфильтративных изменений. Корни расширены, синусы свободны. Сердце в пределах возрастной рентгенологической нормы

. Коагулограмма:

протромбиновое время:134

ПТИ: 92

тромботест: 3

фибрин: 14

фибриноген: 3 г/л

ь Клинический диагноз и его обоснование

На основании данных инструментально-лабораторных исследований: Электрокардиограмма: синусовая тахикардия; Рентгенологическое исследование: легочные поля без очаговых, инфильтративных изменений. Корни расширены, синусы свободны. Сердце в пределах возрастной рентгенологической нормы; Анализов: крови:эритроциты:4,5\*1012/л; гемоглобин: 164; цветной показатель:1,0; глюкоза:3,9; лейкоциты: 6,9\*109/л; эозинофилы: 4%; нейтрофилы: палочковидные-4%, сегментарные-45%; лимфоциты:41%; моноциты:6%; оседание эритроцитов: 7 мм/час Кала: я/глистов, цисты лямблий не обнаружены. Мочи: цвет: светло-желтый; относительная плотность:1,017; реакция: кислая; белок: отсутствует ; эпителий: 1-5 в поле зрения ;билирубин: отсутствует; лейкоциты: 2-5 в поле зрения. Поставлен диагноз: грыжа белой линии живота.

Предоперационный эпикриз

Больной И.И.И. 39 лет, поступил в ХО №2 ГБ №1 в плановом порядке с жалобами на наличие опухолевидного выпячивания на передней брюшной стенке, появление болевых ощущений при физической нагрузке. Из анамнеза выявлено, что данное образование появилось около 4-х лет назад, которое увеличилось в размерах. При объективном исследовании: При пальпации в положении стоя , на передней брюшной стенке по средней линии живота, выше пупка имеется грыжевое выпячивание, мягко-эластической консистенции, до 14,0-8,0 см в диаметре, безболезненное при пальпации, вправимое в брюшную полость, грыжевые ворота до 3,0-4,0 см. с-м «кашлевого толчка» положительный

На основании имеющихся данных установлен диагноз:

Основной: грыжа белой линии живот

Сопутствующий: ожирение 1-2 ст.

Больному планируется оперативное пособие в объеме :герниотомии, пластика передней брюшной стенки сетчатым протезом, sab-lay. Операция планируется под ЭТИ. Проба Штанге-36 сек. Проба Сообразе- 28 сек. Риск тромбоэмболических осложнений по SAMAMA умеренный (1В).Планируется антибиотикопрофилактика, эластическое бинтование нижних конечностей. Согласие на операцию получено. Анестезиологом осмотрен. Противопоказаний нет.

ь Проведенное лечение

.11.14 11:40-13:00 Операция- грыжесечение грыжи белой линии, пластика грыжевых ворот с протезированием проленовой сеткой «sab-lay»

Под ЭТН срединным разрезом до 15 см, обходя слева пупок, рассечены кожа и апоневроз. Имеются 2 дефекта выше пупка на 2 см до 5х2 и 2х3 см. Выделены 2 грыжевых мешка выше пупочного кольца размерами до 5х6 и 4х5 см. Последний с выраженной предбрюшинной клетчаткой, фиксированной прядью большого сальника с рубцовыми сращениями и опухолевидными образованиями типа фибролипом. Разицирован с прядью сальника, ушит у шейки непрерывным швом. Второй мешок без содержимого- инвагинирован, прошит у шейки. В пространство между брюшиной и апоневрозом от мечевидного отростка сверху и на 3 см ниже пупочного кольца установлена и фиксирована отдельными узловыми швами к внутренней фасции прямых мышц проленовая сетка «Этикон» 25х12 см. Выполнена ненатяжная пластика дефекта апоневроза местными тканями отдельными узловыми швами. Рана послойно ушита наглухо. Подкожная клетчатка дренирована резиновым выпускником в области пупка. Аварийных ситуаций в ходе операции не было. Йод. Ас повязка. Препарат: 1.Резецированный Грыжевой мешок с большим сальником 5х6см.

Оперировал: С.Ю.А.

Асс: Д.А.Э.

Анестезиолог: С.А.А.

После операции стабилизация состояния, экстубация в условиях операционной, затем переведен в общую палату.

Назначения:

. д-голод, НГЗ удален, св-ти крови

. Режим-постельный, холод на живот

. инфузионная терапия 1.0л.

. Дротаверин 1,0х3р

. Кетонал 2,0 в/м 14-2200-600

. Цефотаксим 1,0 в/м 2000-600-1400

. Наблюдение дежурным врачом для контроля общего состояния, повязки, обезболивания, мочеиспускания.

ь Дневники

. 22.11.14г. 20:00

Общее состояние больного средней тяжести, соответствует срокам и объему оперативного вмешательства. Тошноты и рвоты не было. Жалобы на умеренные боли в области п/о раны.

Об-но: Т 37,2; PS- 84 уд. в мин; АД-120/80 мм.рт.ст. Диурез по катетеру адекватный. Язык влажный обложен. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области П/о раны. С-м Щеткина-Блюмберга отрицательный во всех отделах. Перистальтика не выслушивается, газы не отходят. Стула не было. Повязка сухая, чистая. Осложнений нет. Продолжена начатая консервативная терапия.

. 24.11.14 8:00

Общее состояние больного средней тяжести. Тошноты и рвоты не было.

Об-но: Т 36,8 PS 78 уд. в мин.; АД 130/80. Язык влажный, без налета. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Катетер удален. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Газы отходят. Послеоперационная рана без воспалительных явлений; Прекращение инфузионной терапии. Наложена чистая асептическая повязка. Осложнений нет.

. 27.11.14 8:00

Общее состояние больного удовлетворительное. Тошноты, рвоты не было. Аппетит хороший. Стол 15

Об-но: Т 36,7 PS 80 уд. в мин. ; АД 120/80. Язык влажный, без налета. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный.

. 5.11.14 8:00

Состояние больного удовлетворительное. Жалоб нет. Аппетит хороший. Стол 15

Об-но: Т 36,6 PS 75 уд/мин; АД 125/70 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Газы отходят. Аускультативно выслушивается нормальная перистальтика. Швы сняты. Обработка послеоперационного шва в условиях стационара осуществляется при помощи кожных антисептиков (Фурацилин)

ь Выписной эпикриз

Больной Иванов Иван Иванович 39 лет поступил в ХО № 2 ГБ г.Ростов-на-Дону с жалобами на наличие опухолевидного выпячивания на передней брюшной стенке. Появление болевых ощущений в нем при физической нагрузки. При поступлении состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы физиологичной окраски, сухие. Язык влажный, без налета. Лимфоузлы доступны пальпации, не увеличены, безболезненны. Отмечено симметричность дыхательных движений, везикулярное дыхания, ясный легочной звук. Тоны сердца приглушены, ритмичные,

Ад 130/80, пульс 82 уд. в мин., ритмичный.

С учетом вышеперечисленных симптомов заболевания и данных лабораторно-инструментальных исследований выставлен клинический диагноз: грыжа белой линии живота.

Больному проводилось оперативное лечение: грыжесечение грыжи белой линии живота. Течение послеоперационного периода гладкое. Температура тела и ОАК нормализировались. Послеоперационные раны заживают первичным натяжением. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

В стационаре больному были выполнены следующие исследования: Электрокардиограмма: синусовая тахикардия;

Рентгенологическое исследование: легочные поля без очаговых, инфильтративных изменений. Корни расширены, синусы свободны. Сердце в пределах возрастной рентгенологической нормы;

Анализ крови:эритроциты:4,5\*1012/л; гемоглобин: 164; цветной показатель:1,0; глюкоза:3,9; лейкоциты: 6,9\*109/л; эозинофилы: 4%; нейтрофилы: палочковидные-4%, сегментарные-45%; лимфоциты:41%; моноциты:6%; оседание эритроцитов: 7 мм/час Анализ кала: я/глистов, цисты лямблий не обнаружены.

Анализ Мочи: цвет: светло-желтый; относительная плотность:1,017; реакция: кислая; белок: отсутствует ; эпителий: 1-5 в поле зрения ;билирубин: отсутствует; лейкоциты: 2-5 в поле зрения. Больной выписан на 14 сутки. Направлен в поликлинику по месту жительства, к хирургу для дальнейшего восстановления.

Рекомендации:

) Соблюдение режима физических нагрузок и питания, диета: устранение жирной, острой и пряной пищи, следует употреблять пищу чаще, но меньшими порциями, Продукты которые стоит избегать :сливочного масла; жаренного ,нездоровую пищу, (чипсы) помидоры; лимоны; шоколад;

2) Лечение у хирурга по месту жительства

) Ношение бандажа в течение 3-х месяцев

ь Литературная справка

Грыжи (лат. hernia, ед. ч.) - выпячивание внутреннего органа или его части через отверстия в анатомических образованиях под кожу, в межмышечные пространства или внутренние карманы и полости. Местом выхождения грыжи могут явиться нормально существующие у человека отверстия или промежутки (щели), расширившиеся в патологических, условиях (похудание, ослабление связочного аппарата) или возникшие на месте дефекта ткани, истончения послеоперационного рубца и т. и.

В зависимости от локализации различают грыжи мозговые, мышечные, диафрагмальные и наиболее распространенные - грыжи живота.

Грыжи живота - выхождение из брюшной полости внутренних органов вместе с покрывающей их париетальной брюшиной через слабые места брюшной стенки (грыжевые ворота) под кожу или в другие ткани и полости, а также выхождение органов брюшной полости в патологически образованные карманы брюшины. Составными частями грыжи живота являются грыжевые ворота, грыжевой мешок, образуемый париетальным листком брюшины, и содержимое, которым может быть любой орган брюшной полости. В грыжевом мешке различают устье, шейку, тело и дно. Устьем называют место сообщения грыжевого мешка с брюшной полостью, шейкой является наиболее узкий его участок, соединяющий устье и тело. Встречаются также многокамерные грыжевые мешки. Грыжевой мешок может не полностью покрывать выпячивающийся орган, что бывает при его мезоперитонеальном расположении,- скользящая грыжа.

Различают наружные грыжи живота, при которых выпячивание внутренних органов происходит через "отверстие" в брюшной стенке, и внутренние грыжи живота, когда внутренние органы попадают в различные карманы брюшины, образовавшиеся вследствие неправильностей развития или травмы (см. Брюшина).

В зависимости от анатомического расположения различают грыжи паховые, бедренные, пупочные, эпигастральные, поясничные, запирательные, седалищные, боковые, промежностные, грыжи мечевидного отростка, диафрагмальные. грыжи принято делить на врожденные и приобретенные; травматические, послеоперационные, искусственные; полные и неполные; вправимые и невправимые; осложненные и неосложненные.

. Этиология и патогенез

Появление грыжи обусловливается причинами общего и местного характера. Первые делятся на предрасполагающие и производящие. К группе предрасполагающих причин относятся наследственность, возраст, пол, степень упитанности, особенности телосложения. Производящие причины - повышение внутрибрюшного давления (вследствие запоров, кашля, затруднения мочеиспускания, трудных родов, поднятия тяжестей и др.) и ослабление брюшной стенки в результате ее растяжения и истончения при повторных беременностях, травмах, снижение мышечного тонуса при параличах, в старческом возрасте и т. д. К местным предрасполагающим причинам относятся особенности анатомического строения той области, где появляется грыжи (область пахового и бедренного каналов, пупок, эпигастральная область, полулунная линия, поясничный треугольник). У ряда больных можно отметить наследственное предрасположение к развитию грыжи

Основным патогенетическим фактором, способствующим развитию грыжи живота, следует считать слабость мышечного и связочного аппарата брюшной стенки, повышение внутрибрюшного давления. Имеет значение также положение брюшной стенки по отношению к лобковой кости: при более переднем положении брюшной стенки и большем ее наклоне она испытывает большее давление со стороны органов брюшной полости. Постоянное давление испытываемое брюшной стенкой, усиливается во время резких и нескоординированных сокращений мышц брюшной стенки при натуживании. Указанное давление вызывает постепенное истончение слоев брюшной стенки в области ее слабых мест и выпячивание их. Образовавшееся углубление на внутренней поверхности брюшной стенки способствует внедрению в него кишечных петель и увеличению давления, оказываемого на брюшную стенку. После этого обычно происходит неотвратимое увеличение грыжи Растягивающиеся ткани брюшной стенки постепенно претерпевают значительные изменения и образуют грыжевые оболочки, выпячивание париетальной брюшины образует грыжевой мешок.

Застой содержимого в кишечных петлях, находящихся в грыжи, а также травматизация грыжи способствуют развитию спаек между грыжевым содержимым и стенками грыжевого мешка, Рубцовым изменениям стенки грыжевого мешка, что является причиной развития невправимости грыжи

. Симптоматика

Наиболее характерным признаком грыжи является наличие припухлости, появляющейся при натуживании или в вертикальном положении больного и исчезающей во время лежания или после ручного вправления. Наличие постоянной припухлости в местах, анатомически типичных для локализации грыжи, характеризует невправимую грыжи

В начальной стадии развития грыжи может быть определена лишь при исследовании пальцем, введенным в грыжевой канал. При наличии грыжи во время покашливания или натуживания выявляется так называемый симптом кашлевого толчка. Если в грыжи находится кишечная петля, то при перкуссии грыжевого выпячивания над ним получают тимпанический звук.

При грыжи обычно бывают и болевые ощущения, локализующиеся в области выхождения грыжевого выпячивания. Больных нередко беспокоит тошнота, отрыжка, запоры, вздутие живота, дизурические явления.

Наличие у человека грыжи в большей или меньшей степени нарушает его трудоспособность и представляет опасность развития осложнений. Наиболее частым и опасным среди них является ущемление грыжи, возможно воспаление грыжи, развитие копростаза и кишечной непроходимости, травма грыжи - см. раздел "Осложненные грыжи".

. Лечение и профилактика

Боли, увеличение грыжевого выпячивания, нарушение трудоспособности и риск развития осложнений являются показанием к хирургическому лечению. Консервативное лечение проводится лишь при некоторых локализациях грыжи (например, пупочная грыжа в раннем детском возрасте), при наличии серьезных противопоказаний к операции или при категорическом отказе от нее больного. В этих случаях рекомендуют ношение бандажа . Применение инъекционного способа лечения грыжи склерозирующими растворами, используемого некоторыми зарубежными авторами, не рекомендуется, т. к. опасность развития осложнений при этом больше, чем после грыжесечения. Для выявления людей, страдающих грыжей, и направления их на операцию до развития осложнений большое значение имеют плановые осмотры определенных групп населения, в частности школьников и лиц пенсионного возраста. Противопоказания к операции по поводу неущемленной грыжи могут быть абсолютными (острые инфекции и последствия их, дерматит, экзема, трудноизлечимые болезни - кавернозный туберкулез легких, злокачественные новообразования и т. д.) и относительными (старческая дряхлость, беременность поздних сроков и др,). При ущемлении грыжи операция является жизненно необходимой. Радикальная операция по поводу грыжи заключается в удалении грыжевого мешка и укреплении слабого участка брюшной стенки в области грыжевых ворот путем пластики местными тканями. Грыжесечения производятся под местным или общим обезболиванием. Предоперационная подготовка заключается в назначении накануне операции гигиенической ванны, бритье волос в области операционного поля, назначении клизмы. Перед операцией больному необходимо опорожнить мочевой пузырь.

Особенности течения послеоперационного периода зависят от вида грыжи, характера произведенной операции, наличия осложнений и пр. Сроки вставания и выписки больных весьма вариабельны: одни хирурги рекомендуют больным подниматься вскоре после операции другие считают необходимым постельный режим в течение 12 - 14 дней .Большинство хирургов придерживается промежуточных сроков. ЛФК назначают на 2-й день после операции, она включает дыхательные упражнения, упражнения для рук, ног и туловища.

Прогноз

Грыжа не может считаться безопасным заболеванием, т. к. у 19,4% больных она подвергается ущемлению. Больные не могут выполнять тяжелой физической работы и должны считаться лицами с ограниченной трудоспособностью. Наличие грыжи ограничивает и спортивные занятия. При определении трудоспособности больных, страдающих грыжи, надо считаться с видом грыжи, характером выполняемой работы, возрастом больного и рядом других факторов, которые могут способствовать дальнейшему увеличению грыжи или ее ущемлению.

Результаты оперативного лечения неосложненных грыжи вполне благоприятны. Смертельные исходы после операций, производимых при неосложненных грыжи, крайне редки Число послеоперационных осложнений 4,8%, а нагноение раны - 0,2%.

грыжесечение протезирование проленовый сетка

Используемая литература

1. Жебровский. «Хирургия грыж живота и эвентераций» 2005г.

2. Шимко В.В, Сысолятин А.А. «Грыжи живота» 2007г.

. Пронин В.А. Бойко В.В. « Грыжи живота»

. Нартайлаков М.А. «Общая хирургия: учебное пособие» 2006.

. В.Н. Егиев, К.В. Лядов, П.К. Воскресенский «Атлас оперативной хирургии грыж» 2006