ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия ФА по здравоохранению и социальному развитию»

Кафедра факультетской хирургии с курсом урологии

Учебная история болезни:

**ФИО**

Куратор:

Студентка 416 группы,

Лечебного факультета

Кашталинчук О.В.

Срок курации: с 26.11.2010г по

Омск,2010г.

Паспортная часть

1. ФИО больного: ФИО
2. Время поступления в стационар: 22.11.2010г. 10.14
3. Возраст: 50 лет (16.10.1960 г.р.).
4. Пол: мужской.
5. Образование: среднее
6. Профессия и место работы: безработный
7. Постоянное место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Семейное положение: женат.
9. Поступление: госпитализирован в плановом порядке, по направлению Тевризского ЦРБ
10. Диагноз при поступлении: рецидивирующая паховая грыжа справа
11. Клинический диагноз:

* основной: рецидивирующая паховая грыжа справа
* осложнения основного заболевания: отсутствуют;
* сопутствующая патология: варикозная болезнь нижних конечностей

1. Заключительный диагноз:

* основной :рецидивирующая паховая грыжа справа
* осложнения основного заболевания: отсутствуют;
* сопутствующая патология: варикозная болезнь нижних конечностей

**Жалобы**

При поступлении: наличие опухолевидного выпячивания в правой паховой области, возникающего при переходе в вертикальное положение, физической нагрузке, кашле, натуживании, сопровождающегося постоянными тупыми болями низкой интенсивности, в животе и самом выпячивании, купирующимися при вправлении выпячивания в брюшную полость путем перехода в горизонтальное положение или ручного вправления

На момент курации: жалоб не предъявляет.

**Жалобы по системам органов**

Органы дыхания

Одышка больного не беспокоит ни при каких обстоятельствах. Кашля нет.

Кровохарканья никогда не было. Боли в груди в покое и при физическом напряжении не беспокоят.

Органы кровообращения

Неприятные ощущения со стороны сердца в виде сердцебиения и перебоев, ощущения замирания больного не беспокоят.

Пациент отрицает наличие болей в области сердца в покое, при движении, при физическом напряжении и нервно-психическом возбуждении.

Отеков, в том числе и в типичных для патологии сердца местах, нет.

Органы пищеварения

Больной употребляет пищу в количестве, пропорциональном затрачиваемой энергии. Характер и качество пищи разнообразные. Нет указаний на злоупотребление какими-то отдельными продуктами. Питание

3--4-разовое. Время последнего приема пищи --- между 20 и 22 часами.

Аппетит обычно хороший, особой склонности к каким-либо блюдам или отвращения нет, в связи с заболеванием аппетит снижен. Чувства быстрого насыщения не наблюдается. Количество выпиваемой за сутки жидкости равно примерно 2 л. Усиленная жажда больного не беспокоит.

Глотание свободное, чувства нет. Ощущения препятствия или постороннего тела при прохождении пищи не возникает.

Пациента не беспокоят ощущения давления и тошноты в области желудка после еды и независимо от нее. Болей в желудке не бывает. Отрыжка не беспокоит.

Запоры больной отрицает. Стул самостоятельный, без приема слабительных средств и клизм, 1--2 раза в сутки. Окраска стула стала светлее в связи с заболеванием, в последнее время стул коричневого цвета. Поносы беспокоят больного крайне редко.

Испражнения без гнилостного запаха; примесей гноя, слизи, крови и паразитов не наблюдалось. Никогда не предъявлял жалобы на наличие геморроя и трещин заднего прохода. Кровотечений из заднепроходного отверстия не было.

Мочевыделительная система и половые органы

Учащенного мочеиспускания, а также затруднений при мочеиспускании, болей нет. Задержки мочи не было. Полиурии, полидипсии нет. Моча прозрачная, светло-соломенного цвета. Болей внизу живота нет. Отеков на лице не бывает, в том числе и в утреннее время. Чувства остаточной мочи после мочеиспускания не бывает. Со стороны половых органов замечаний нет.

Двигательная система

Больного никогда не беспокоили боли в костях, суставах, сухожилиях, мышцах ни в связи с изменениями погоды и временем года, ни в связи с движением и утомлением.

Нарушения двигательной функции опорно-двигательного аппарата отрицает.

Нервная система

Больной расценивает свой характер как уравновешенный. Жалоб на сниженную интеллектуальную трудоспособность не предъявлял, уровень интеллекта средний. Сон нарушен, прерывистый, бессонница. Головные боли наблюдаются редко. Головокружения отсутствуют. Потери сознания и обмороки отрицает. Гиперестезию или анестезию отдельных участков и всего тела отрицает. Неврологических, стреляющих, корешковых болей нет.

**Anamnesis morbi**

Считает себя больным с 1977 года, когда впервые, после физической нагрузки, заметил грыжевое выпячивание в правой подвздошной области, в 1978 году была произведена операция по иссечению грыжи справа (документально не подтверждено). В 1995 году выпячивание появилось повторно, увеличивалось с течением времени, сопровождалось при физической нагрузке болевыми ощущениями. Госпитализирован в ГБ № 10 в плановом порядке для осуществления оперативного лечения 22.11.2010г в связи с диагнозом «Рецидивирующая правосторонняя паховая грыжа». 24 .11.2010 г проведена операция по устранению рецидивирующей паховой грыжи справа, пластика по Лихтенштейну.

**Anamnesis vitae**

ФИО родился в деревне Поддол Тевризского района в семье рабочего вторым ребенком. Сведениями о беременности матери, течении родов не располагает. О выкидышах и мертворожденных у матери не знает. Развивался соответственно возрасту. Ясли, детский сад не посещал, воспитывался родителями. В школу пошел с 7 лет. Закончил 9 классов. С 1979г. по 1981 г. проходил службу в Ракетных войсках, Афганистан. Половое развитие соответствует возрасту, протекало без отклонений. Половую жизнь начал в 18 лет. Женился в 1984 году, имеет двоих детей. С 1984 года по 1995 года работал бригадиром колхоза ,работа сопровождалась частыми физическими нагрузками. В данный момент не работает. Чрезмерное употребление алкоголя отрицает, курит с 14 лет 1-1,5 пачки в день. Материально-бытовые условия: удовлетворительные. Питание удовлетворительное.

Из перенесенных/хронических заболеваний отмечает: простудные, грыжесечение справа в 1978 году, компрессионный перелом позвоночника в 1995 году, варикозная болезнь нижних конечностей, травма бедра в 2008 году. Гемотрансфузия в 2008 году по поводу травмы правого бедра.

Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных препаратов и наличие аллергических реакций отрицает.

Туберкулез, онкологические, венерические заболевания и вирусный гепатит в анамнезе отрицает. Контакт с инфекционными больными отрицает. Последнее флюорографическое обследование от 7.10.10г. без патологий.

**Status praesens**

Общий осмотр:

Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение нормостеническое. Внешне больной соответствует возрасту. Походка: ровная Осанка: прямая. Рост: 174 см.Вес: 66кг. Температура тела: 36.6 Выражение лица: спокойное. Язык: влажный, обложен белым налетом. Состояние зубов: удовлетворительное

Кожные покровы чистые, умеренной влажности, тургор и эластичность сохранены. Видимые слизистые чистые, умеренно влажные. Волосяной покров умеренный, оволосение по мужскому типу. Пролежней, трофических язв не обнаружено. Ногти правильной формы. Дермографизм красный, нестойкий.

Подкожно-жировой слой выражен умерено, отеков, опухолевидных образований, подкожной эмфиземы нет. Трофических язв нет. Периферические лимфоузлы, при пальпации не увеличены, безболезненны, легко смещаемы.

Мышечная система: мышцы развиты умеренно, одинаково на симметричных участках тела. Мышечный тонус в норме, одинаковый с обеих сторон.

Суставы: конфигурация суставов не изменена. Болезненность, хруст при движениях не определяется.

Кости: деформаций позвоночника, верхних и нижних конечностей не отмечается. Конечности по длине и окружности симметричны.

Осмотр по системам органов:

**Система органов дыхания**: форма грудной клетки нормостеническая, над- и подключичные ямки умерено выражены. Дыхание через нос свободное, голос ясный. Частота дыхания 17 /мин, глубина дыхания умеренная, ритм правильный. В акте дыхания не принимает участие дополнительная дыхательная мускулатура. Тип дыхания – брюшной.

Пальпаторно грудная клетка безболезненна, эластичность сохранена. Голосовое дрожание проводится одинаково на симметричных участках.

Перкуссия: при сравнительной перкуссии грудной клетки над легкими наблюдается одинаковый ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия: ширина полей Кренига составляет 6 см с обеих сторон. Высота стояния верхушек легких: спереди - 3 см выше ключицы; сзади - на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. Подвижность краев легких - 2 см по всем линиям.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижний край легких | | |
| Линия | Справа | Слева |
| Парастернальная | 5 межреберье | - |
| Среднеключичная | 6 ребро | - |
| Передняя подмышечная | 7 ребро | 7ребро |
| Средняя подмышечная | 8 ребро | 8ребро |
| Задняя подмышечная | 9 ребро | 9ребро |
| Лопаточная | 10 ребро | 10ребро |
| Околопозвоночная | 11 ребро | 11ребро |
| **Дыхательная подвижность** нижнего края легких:  По средней подмышечной линии:7см справа и слева  По среднеключичной линий: справа 5см ,слева не определяется  По лопаточной линий: 5см. справа и слева |  |  |

Аускультативно дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Крепитация, шум трения плевры не определяется. Бронхофония симметричная.

**Сердечно-сосудистая система**: патологической пульсации артерий и вен в области шеи не определяется. Область сердца не изменена, патологической пульсации в области сердца, надчревия не выявлено. Верхушечный толчок умеренной силы, ограничен (1 см2), резистентный, локализуется в 5 межреберье на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Пульс на лучевых артериях ритмичный, хорошего наполнения, напряжен, симметричен. При пальпации сердца сердечный толчок отсутствует.

|  |  |
| --- | --- |
| Границы относительной тупости сердца (по данным перкуссии) | |
| Правая | Правая парастернальная линия, 4 межреберье |
| Левая | На 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, 5 межреберье |
| Верхняя | По верхнему краю 3 ребра |
| Границы абсолютной тупости сердца (по данным перкуссии) | |
| Правая | Правая на 2,5 см. кнаружи от левого края грудины. |
| Левая | На 1 см кнутри от левой среднеключичной линии |
| Верхняя | На уровне хряща 4 ребра. |

Поперечник сердца 12 см, сосудистого пучка - 5 см.

Аускультативно тоны сердца приглушены, ритм правильный; шумы не выслушиваются. АД 130/90 мм.рт.ст. на обеих руках. PS: 72 уд/мин, ЧСС - 72 уд/мин, дефицит пульса - нет. При выслушивании периферических артерий и аорты шум не определяется.

**Система органов пищеварения:** язык влажный, чистый. Вставных зубов нет, ротовая полость без патологии. Слизистая оболочка полости рта чистая, обычной окраски. Миндалины не увеличены. Мягкое и твердое небо без изъязвлений, налетов не определяется.

Мышцы передней брюшной стенки расслаблены, при пальпации болезненность не отмечается. При перкуссии тимпанический звук над всей поверхностью живота. При аускультации выслушивается умеренная кишечная перистальтика. Шум плеска в желудке, кишечнике не определяется. Живот овальный, симметричный, участвует в акте дыхания. Расширения подкожных вен живота не отмечается. Перитонеальных симптомов нет.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот безболезненный, напряжения мышц живота (диффузного и ограниченного) не определяется.

При глубокой методической скользящей пальпации живота по Образцову-Стражеско: восходящая и нисходящая части ободочной кишки пальпируются в виде безболезненного, умеренно упругого, гладкого, менее подвижного цилиндра. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде цилиндра умеренной плотности, безболезненного, не урчащего, легко смещаемого. Желудок: поверхность гладкая, болезненность и урчание отсутствуют. Большая кривизна желудка определяется на 3-4 см. выше пупка. Консистенция желудка упругая, болезненность отсутствует. Сигмовидная кишка: пальпируется в левой подвздошной области на границе средней и наружной трети линии, соединяющей пупок с передней верхней остью подвздошной кости, в виде гладкого, плотноватого, безболезненного, не урчащего цилиндра, протяженностью около 20 см., толщиной около 3 см., вяло перистальтирующего. Смещается в ту или другую сторону на 3-4 см. Слепая кишка: пальпируется в правой подвздошной области на границе средней и наружной трети линии, соединяющей пупок с передней верхней остью подвздошной кости, в форме гладкого, безболезненного, расширяющегося книзу, слегка урчащего, умеренно упругого и слабо подвижного цилиндра. Пассивная подвижность 1-2 см. Протяженность 1-2 см., толщина около 4 см. Восходящая и нисходящая части ободочной кишки: прощупываются в виде цилиндров умеренной плотности, толщиной 2-2,5 см. Не урчащие, безболезненные.

Печень и желчный пузырь: наличия диффузного и ограниченного набухания в области правого подреберья при пальпации не обнаружено. При пальпации печень определяется у края правой реберной дуги. При пальпации печень безболезненна, мягкая, поверхность ровная, край печени у края реберной дуги, закруглен.

|  |  |
| --- | --- |
| Размеры печени по Курлову | |
| По срединно-ключичной линии справа | 10 см. |
| По срединной линии | 9 см. |
| По левому краю реберной дуги | 8 см. |

Селезенку пропальпировать не удалось. Левое подреберье не деформировано. Перкуторно размеры селезенки - 6х4 см.

**Мочеполовая система**: область поясницы, надлобковая зона без деформации. Почки не пальпируются. Мочеиспускание безболезненное, свободное 5-6 раз в сутки. Моча прозрачная, желтого цвета. Дизурия не наблюдается. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Нервная система**: Осмотр: Память, внимание, сон сохранены. Настроение – бодрое, аптиместическое. Ограничение двигательной активности: нет. В чувствительной сфере нет отклонений.

Состояние психики - сознание ясное, нормально ориентировано в пространстве, времени и ситуации.

- Интеллект соответствует уровню развития.

- Поведение адекватное.

- Уравновешен, общителен.

- Никаких отклонений не наблюдается

- Двигательная сфера: Походка устойчивая, безболезненная.

- Судороги и контрактуры мышц не определяется.

- Рефлексы: роговичный, глоточный, сухожильные- сохранены. Патологических (Бабинского и Россолимо)-отсутствовают.

- Экзофтальм и энофтальм отсутствовают.

**Status localis**

В правой подвздошно-паховой области над медиальной частью паховой связки определяется объемное образование размерами 4х5 см., мягкой эластической консистенции, безболезненное, вправимое в брюшную полость. Симптом кашлевого толчка положительный. Наружное паховое кольцо расширено до 3 см.

**Предварительный диагноз**

Рецидивирующая паховая грыжа справа.

**Данные лабораторных методов исследования**

План обследования

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Анализ крови на RW
4. Анализ кала на яйца глист
5. Анализ крови на сахар
6. ЭКГ
7. Определение времени свертываемости крови и кровоточивости
8. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, АсАТ, АлАТ, общий билирубин, мочевина, креатинин, фибриноген
9. Анализ крови на групповую и резус-принадлежность

Результаты лабораторно-инструментальных методов исследования

Общий анализ крови (от 23.11.2010):

Гемоглобин (Hb) - 131 г/л;

СОЭ - 5 мм/ч;

Эритроциты - 4,5\*1012 /л;

Лейкоциты - 5,3\*109 /л;

э - 2;

н - 58;

п - 2;

с - 56;

м - 5;

л - 35;

Тромбоциты - 200\*109 /л.

Заключение: патология не определяется.

Общий анализ мочи (от 23.11.2010):

Цвет - желтый;

Прозрачность - прозрачная;

Удельный вес - 1023 г/л;

Реакция - кислая;

Белок - отр;

Сахар - отр;

Эпителий плоский - 1-2 в п/з;

Лейкоциты - 1-2 в п/з;

Эритроциты - 1-2 в п/з;

Заключение: изменений в анализе не выявлено.

Анализ крови на сахар (от 23.11.2010):

сахар крови - 4,6 ммоль/л.

Заключение: уровень сахара крови в пределах нормы.

Анализ крови на RW (от 23.11. 2010):

RW № 658 - отрицательный.

Анализ кала на яйца глист (от 23.11.2010):

Яйца глист не обнаружены.

Биохимический анализ крови (от 23.11.2010):

общий белок - 72 г/л;

фибриноген - 2,3 г/л;

АсАТ - 0,1 мкмоль/мл\*ч;

АлАТ - 0,1 мкмоль/мл\*ч;

ЛДГ1 - 1,0 мкмоль/мл\*ч;

билирубин общий - 9,5 мкмоль/л;

мочевина - 3,3 ммоль/л;

креатинин - 0,06 ммоль/л.

Заключение: результаты анализа в пределах нормы.

ЭКГ (от 23.11.2010):

Заключение: ритм синусовый, 72 уд/мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Дистрофические изменения в миокарде.

Определение времени свертывания крови и кровоточивости (от 23.11.2010): время свертывания крови - 6 мин;

кровоточивость - 2 мин.

Анализ крови на групповую и резус-принадлежность (от 23.11.2010):

A(II) Rh+ (положительный).

**Заключения врачей-консультантов**

**Невролог:**

Диагноз: Распространенный остеохондроз позвоночника вертеброгенного и пост травматического генеза, хронический болевой синдром.

**Уролог:**

Диагноз: паховая грыжа справа.

**Терапевт:**

Диагноз: признаков функциональных нарушений не выявлено

**Дифференциальная диагностика**

Дифференциальный ряд может быть представлен следующими состояниями:

* бедренная грыжа;
* прямая паховая грыжа;
* паховый лимфаденит.

При наличии бедренной грыжи характерно ее расположение ниже пупартовой связки. Проявляется болями в паховой области с иррадиацией в ногу, могут сопровождаться диспептическими или дизурическими растройствами. Встречается чаще у женщин. При вправлении определяется пульсация бедренной артерии. У мужчин не спускается в мошонку. Указанные клинические данные, характерные для бедренной грыжи не имеют места в данном случае.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Косая паховая грыжа  Hernia inguinalis obliqua | Прямая паховая грыжа  Hernia inguinalis directa |
| 1 | Выходит из брюшной полости кнаружи от plica epigastrica через fovea lateralis | Выходит из брюшной полости кнутри от plica epigastrica через fovea medialis |
| 2 | Проходит по всей длине пахового канала в косом направлении | Проходит в сагиттальном направлении |
| 3 | Семенной канатик располагается кнутри от грыжевого мешка | Семенной канатик располагается кнаружи от грыжевого мешка |
| 4 | Имеет продолговатую форму и располагается по ходу пахового канала; выйдя из него, опускается в мошонку | Припухлость округлой формы располагается над медиальной частью паховой связки. Никогда не спускается в мошонку |
| 5 | Чаще встречается в среднем возрасте и обычно бывает односторонней | Чаще встречается в пожилом возрасте и нередко бывает двусторонней |
| 6 | Бывает и врожденной, и приобретенной | Бывает только приобретенной |
| 7 | В начальной стадии кашлевой толчок ощущается сбоку, со стороны внутреннего отверстия пахового канала | В начальной стадии кашлевой толчок ощущается прямо против наружного отверстия пахового канала |

Появление пахового лимфаденита характеризуется наличием симптомов интоксикации, признаками неспецифического воспалительного процесса по результатам общего анализа крови (лейкоцитоз). Не характерно появление объемного образования передней брюшной стенки одномоментно при физической нагрузке. Узел легко ограничивается от пахового кольца и не вправляется. Повышение внутрибрюшного давления не сказывается на размерах образования. Консистенция образования плотная. Для точного диагноза делается биопсия. Как правило, лимфаденит появляется при наличии очага хронической инфекции в организме или ссадин, язв, гнойников, являющихся источником инфицирования, на той конечности, со стороны которой увеличены лимфатические узлы. Для пахового лимфаденита характерно наличие объемного образования ниже пупартовой связки, резко болезненное при пальпации, невправимое в брюшную полость. Указанные клинические данные, характерные для пахового лимфаденита не имеют места в данном случае.

**Клинический диагноз**

* основной : рецидивирующая паховая грыжа справа
* осложнения основного заболевания: отсутствуют;
* сопутствующий: варикозная болезнь нижних конечностей

**Обоснование диагноза**

Диагноз: Правосторонняя рецидивирующая паховая грыжа.

Диагноз выставлен на основании:

1) Жалоб больного: наличие опухолевидного выпячивания в правой паховой области, возникающего при переходе в вертикальное положение, физической нагрузке, кашле, натуживании, сопровождающегося постоянными тупыми болями низкой интенсивности, в животе и самом выпячивании, купирующимися при вправлении выпячивания в брюшную полость путем перехода в горизонтальное положение или ручного вправления.

2) Анамнеза заболевания: Больным себя считает с 1977г., когда после физической нагрузки появилось объемное безболезненное образование в правой паховой области.

3) Анамнеза жизни: наличие тяжелой физической нагрузки. Оперативные вмешательства: грыжесечение справа (1978г.).

4) Данных объективного обследования: Температура тела 36,6 0С. Мышцы передней брюшной стенки расслаблены, принимают участие в акте дыхания. При перкуссии тимпанический звук над всей поверхностью живота. При аускультации выслушивается умеренная кишечная перистальтика. Перитонеальных симптомов нет. При поверхностной ориентировочной пальпации живот безболезненный, напряжения мышц живота (диффузного и ограниченного) не определяется.

**Ststus localis:** в правой подвздошно-паховой области над медиальной частью паховой связки определяется объемное образование размерами 4х5 см., мягкой эластической консистенции, безболезненное, вправимое в брюшную полость. Симптом кашлевого толчка положительный. Наружное паховое кольцо расширено до 3 см.

5) Данных лабораторно-инструментальных методов исследования:

Общий анализ крови (от 23.11.2010):

Гемоглобин (Hb) - 131 г/л;

СОЭ - 5 мм/ч;

Эритроциты - 4,5\*1012 /л;

Лейкоциты - 5,3\*109 /л;

э - 2;

н - 58;

п - 2;

с - 56;

м - 5;

л - 35;

Тромбоциты - 200\*109 /л.

Заключение: патология не определяется.

**Лечение**

Диета: стол № 15

Режим: общий.

Больному показано оперативное лечение в плановом порядке

Предоперационный эпикриз:

Больной ФИО (16.10.1960 г.р.) поступил в ГБ№10 22.11.2010г. с предварительным диагнозом: правосторонняя паховая грыжа.

Жалобы при поступлении: на наличие объемного безболезненного образования в правой паховой области.

Объективно: в правой паховой области над медиальной частью паховой связки определяется объемное образование размерами 4х5 см., мягкой эластической консистенции, безболезненное, вправимое в брюшную полость. Симптом кашлевого толчка положительный. Наружное паховое кольцо расширено до 3 см.

Со стороны клинико-биохимических показателей противопоказаний к операции нет.

Время свертывания крови - 6 мин; кровоточивость - 2 мин.

ЭКГ: ритм синусовый, 72 уд/мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Дистрофические изменения в миокарде.

Анализ крови на групповую и резус-принадлежность: A(II) Rh+.

Диагноз сопутствующий: Распространееый остеохондроз позвоночника, варикозная болезнь нижних конечностей.

Обсужден на врачебно-клинической конференции. Рекомендовано оперативное лечение: устранение грыжи, пластика пропиленовой сеткой по Лихтенштейну.

Риск ТЭЛА: средний. Профилактика: эластическое бинтование нижних конечностей

**Операция**

24.11.10 г Устранение рецидивирующей паховой грыжи справа. Пластика по Лихтенштейну.

После обработки операционного поля антисептиком 3х-кратно ,под спинальной анестезией, разрезом 8 см параллельно и на 2 см выше правой паховой связки, послойно рассечены : кожа, подкожная клетчатка с иссечением старого послеоперационного рубца, передняя стенка пахового канала. Обнаружен, выделен грыжевой мешок 5/8 см размером, расположенный в составе семенного канатика. Грыжевой мешок вскрыт, прошит у шейки, лигирован под контролем зрения, отсечен. Контроль гемостаза. Кровотечения нет. Культя грыжевого мешка перемещена под внутреннюю косую мышцу по Краснобаеву. Произведена пластика задней стенки пахового канала пропиленовой сеткой 6х11 см по Лихтенштейну. Швы на апоневроз, подкожную клетчатку, кожу послойно. Резиновый выпускник в подкожную клетчатку. Асептическая повязка.

**Диагноз:** рецидивирующая паховая грыжа справа

С целью предотвращения тромбоэмболических осложнений нижние конечности в эластических бинтах, введено 2,5 фрагмина подкожно.

## Послеоперационный период

Диета: стол № 0.

Режим: постельный.

С целью обезболивания:

Sol. Promedoli 2% - 1,0 ml.

S. Подкожно в 1200, 1600 и 24.11.2010 г.

#

Sol. Papaverini hydrochloridi 2% - 2,0 ml;

Sol. Analgini 50% - 1,0 ml;

Sol. Dimedroli 1% - 1,0 ml.

S. В/м при болях

#

**Дневник наблюдения за больным**

**26.11.2010** Жалобы на боли в области операции. Общее сосотояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов без отрицательной динамики. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм.рт.ст. PS 72уд/мин. Живот округло-овальной формы, симметричный, не вздут, участвует в дыхании. При пальпации мягкий, болезненный в области операции. Перистальтика активная, газы отходят, стул был. Диурез достаточный. Перитонеальных симптомов нет. Повязка сухая, чистая. Назначено: стол №1, перевязка. На перевязке: швы лежат хорошо, состояние раны удовлетворительное. Дальнейшее лечение по листу назначений.

**29.11.2010** Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов без отрицательной динамики. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм.рт.ст. PS 72уд/мин. Живот округло-овальной формы, симметричный, не вздут, участвует в дыхании. При пальпации мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Перитонеальных симптомов нет. Повязка сухая, чистая. Назначено: перевязка, снять швы. На перевязке: состояние раны удовлетворительное, швы сняты, заживление операционной раны первичным натяжением. Готовить на выписку.

**30.11.2010** Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов без отрицательной динамики. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм.рт.ст. PS 72уд/мин. Живот округло-овальной формы, симметричный, не вздут, участвует в дыхании. При пальпации мягкий, безболезненный. Стул, диурез в норме. Перитонеальных симптомов нет. Выписка.

**Эпикриз**

Больной ФИО ( 16.10 1960 г.р.) находилсая на стационарном лечении с 21.11.2010 по 30.11.2010 в хирургическом отделении ГБ № 10 с диагнозом: рецидивирующая правосторонняя паховая грыжа.

При поступлении предъявлял жалобы на наличие объемного безболезненного образования в правой подвздошно-паховой области.

Объективно: в правой подвздошно-паховой области над медиальной частью паховой связки определяется объемное образование размерами 4х5 см., мягкой эластической консистенции, безболезненное, вправимое в брюшную полость. Симптом кашлевого толчка положительный. Наружное паховое кольцо расширено до 3 см.

Больной обследован. Со стороны клинико-биохимических показателей без особенностей.

Общий анализ крови (от 23.11.2010):

Гемоглобин (Hb) - 131 г/л;

СОЭ - 5 мм/ч;

Эритроциты - 4,5\*1012 /л;

Лейкоциты - 5,3\*109 /л;

э - 2;

н - 58;

п - 2;

с - 56;

м - 5;

л - 35;

Тромбоциты - 200\*109 /л.

Заключение: патология не определяется.

Общий анализ мочи (от 23.11.2010):

Цвет - желтый;

Прозрачность - прозрачная;

Удельный вес - 1023 г/л;

Реакция - кислая;

Белок - отр;

Сахар - отр;

Эпителий плоский - 1-2 в п/з;

Лейкоциты - 1-2 в п/з;

Эритроциты - 1-2 в п/з;

Заключение: изменений в анализе не выявлено.

ЭКГ (от 23.11.2010):

Заключение: ритм синусовый, 82 уд/мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Дистрофические изменения в миокарде.

Определение времени свертывания крови и кровоточивости (от 23.11.2010):

время свертывания крови - 6 мин;

кровоточивость - 2 мин.

Анализ крови на групповую и резус-принадлежность (от 23.11.2010):

A(II) Rh+ (положительный).

Больному проведено плановое оперативное лечение (24.11.2010 г.): грыжесечение справа. Пластика задней стенки по Лихтенштейну.

Послеоперационный период без особенностей. Заживление раны первичным натяжением. Швы сняты на 6 день. Выписывается с выздоровлением под наблюдение хирурга по месту жительства.

**Прогноз:**

* для жизни - благоприятный;
* для выздоровления - благоприятный;
* для трудоспособности - благоприятный.

**Рекомендации при выписке:**

* ограничение физической нагрузки в течение 6 мес.;
* наблюдение хирурга в поликлинике по месту жительства.