АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра факультетской хирургии.

История болезни

Больной: Н А

Клинический диагноз: Косая паховая грыжа слева.

Зав. кафедрой: профессор Шойхет Я. Н.

Преподаватель: ассистент Зорькин А. А.

Куратор:

Барнаул 2003.

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Ф.И.О. Н

Возраст. 37 лет.

Год рождения. 1965 год 7 июля.

Место работы. Частный предприниматель.

Место жительства: первомайский район с. Баровиха, Семейное положение. Женат

Дата поступления в больницу. 24 марта.

Время курации. с 27 марта

Основной клинический диагноз: Косая паховая грыжа слева.

Сопутствующих заболеваний: нет

ЖАЛОБЫ

На момент поступления:

- боль и наличие грыжевого выпячивания в левой паховой области.

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

На момент курации:

- боль в области шва.

ANAMNESIS MORBI

Больной грыжей страдает около 15 лет, когда во время прохождения армейской службы на фоне тяжелого физического труда появилось грыжевое выпячивание в левой паховой области, которое больного никак не беспокоило. Постепенно грыжевое выпячивание увеличивалось в размерах, стало беспокоить болями, провоцирующимися ходьбой, физической нагрузкой.

ANAMNESIS VITAE

ФИО родился 1965 году в городе Барнауле в рабочей семье. Рос и развивался нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. Закончил 10 классов средней школы. Поступил в институт кооперативной торговли города Новосибирска. После окончания первого курса его забирают служить в ряды Советской армии в мотострелковый ремонтный полк. Вследствие тяжелого физического труда (поднимал тяжелые двигателя, станки) у больного в армии появляется выпячивание в левой области паха, которое больного не беспокоило. После армии оканчивает институт и работает директором общепита 5 лет. С 1995 года уходит в частное предпринимательство, где и работает в настоящие дни.

В 1977 году была проведена операция по поводу водянки правого яичка. 1980 году - компрессионный перелом Th5, перелом тазовой кости, правого плеча.

Эпидемический анамнез: туберкулёз, болезнь Боткина, венерические заболевания отрицает.

Вредные привычки: курил 21 год по одной пачке в день, не курит в течение последних 2-х лет, алкоголем не злоупотребляет.

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

Гемотрансфузий не проводилось.

STATUS PRАESENS COMMUNIS

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 178 см, вес 78 кг. Пигментных пятен, больших по размеру, выпячивающихся родинок на теле не выявлено. Кожные покровы обычной окраски, чистая, влажная. Тип оволосенения по мужскому типу. 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.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка правильной формы; обе половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, 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.

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 |

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. Хрипов, шумов и крепитаций нет.

СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

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 сильный, симметричный, ритмичен, наполнение хорошее, не напряжен.

Частота пульса 80 ударов в минуту, совпадает с ритмом сердечных сокращений. Верхушечный толчок не смещен от среднеключичной линии (определяется на 1 - 1.5 см кнутри 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.

Талия не подчеркнута, треугольник Боткина по площади не увеличен. Ширина сосудистого пучка соответствует норме.

При аускультации 1 и 2 тоны ясные, акцента на аорте нет. Патологий со стороны клапанного аппарата сердца не обнаружено. Шумы также не прослушиваются.

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. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

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, интеллект средний.

Вторичные половые признаки - по мужскому типу. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, с окружающими тканями не спаяна, узлов и уплотнений при пальпации не выявлено, признаков гипо- и гипертиреоза нет.

STATUS LOCALIS

На момент поступления:

Живот правильной формы, симметричен, в акте дыхания участвует равномерно. На коже живота в правой паховой области заметен рубец (затянутый первичным натяжением), длиной 7 см.

Пальпация. Кожа на симметричных участках теплая. Живот не напряжен, расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот, не обнаружено.

Перкуторно: над областью живота тимпанический звук, печеночная тупость не изменена. Размеры печени по Курлову: 9 / 8 / 7 см. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется.

Аускультативно: шум перистальтики кишечника.

Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей.

В левой паховой области заметно выпячивание грушевидной формы, размером 6/4/2 см. спускающееся в полость мошонки в положении стоя. Видимой перистальтики в грыжевом содержимом нет. При пальпации содержимое выпячивания мягкой эластической консистенции, подвижное. Величина пахового кольца 2/2 см. Аускультативно ничего услышать не удалось.

На момент курации:

При осмотре ротовой полости язык влажный, розовый, умеренно обложен белым налетом. Зубных протезов нет.

ЗУБНАЯ ФОРМУЛА

|  |  |
| --- | --- |
|  о с с с с с с с8 7 6 5 4 3 2 1  |  с с с с с 0 0 01 2 3 4 5 6 7 8 |
|  8 7 6 5 4 3 2 10 с с с с с с с  |  1 2 3 4 5 6 7 8с с с с с с 0 0  |

О - отсутствие зуба.

С - свой зуб.

Слизистая полости рта без особенностей. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Акт глотания не нарушен.

Живот правильной формы, симметричен, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно, видимых пульсаций, перистальтики желудка и кишечника нет. В левой паховой области сухая, длиной 8-9 см., повязка. На коже живота в правой паховой области заметен рубец (затянутый первичным натяжением), длиной 7 см.

Пальпация. Кожа на симметричных участках теплая, умеренной влажности. Дополнительных тканей в подкожножировой клетчатке пропальпировать не удалось. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, не вздут, чувствуется локальное напряжение мышц живота и умеренно выраженная болезненность в левой паховой области (в области шва). Расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот, не обнаружено.

Глубокую пальпацию по Образцову-Стражеско провести не удалось.

Перкуторно: над областью живота тимпанический звук, печеночная тупость не изменена. Нижний край печени - по реберной дуге. Размеры печени по Курлову: 9 / 8 / 7 см. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Отрицательны симптомы: Ортнера (болезненность при поколачивании по краю правой реберной дуги), Мюсси (френикус-симптом), Щеткина-Блюмберга, Менделя, флюктуации. Газа в брюшной полости не выявлено.

Аускультативно: шум перистальтики кишечника.

Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании:

жалоб больного на боли ноющего характера в левой паховой области, никуда не иррадиирущие, усиливающиеся при физических нагрузках (подъем тяжелых вещей; резкое напряжение живота); на наличие грыжевого выпячивания, которое появляется при смене положения, перенапряжении;

объективного обследования: в левой паховой области заметно выпячивание грушевидной формы, размером 6/4/2 см., спускающееся в полость мошонки в положении стоя. Видимой перистальтики в грыжевом содержимом нет. При пальпации содержимое выпячивания мягкой эластической консистенции. Величина пахового кольца 2/2 см. Аускультативно ничего услышать не удалось.

Можно поставить следующий предварительный диагноз: косая паховая грыжа слева.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови.

Общий анализ мочи.

ЭКГ.

Кровь на RW.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови (24.03.03.):

Гемоглобин- 140 г/л

Лейкоциты- 6,0\*109/л

СОЭ- 8 мм/ч

Общий анализ мочи: (24.03.03.):

Количество 80 мл.

Удельный вес - 1014

Цвет – соломенно-желтый

Прозрачная

Реакция кислая

Белок отриц.

Лейкоциты 1-2 в поле зрения.

Плоский эпителий 1-2 в поле зрения.

ЭКГ (24.03.03.):

Заключение: Ритм синусовый, ЧСС-71 уд/мин. Левостороннее положение ЭОС. Умеренные метаболические изменения в миокарде.

Кровь на RW (24.03.03.): отрицательна.

ЭКГ (1.04.03.):

Заключение: Ритм синусовый, ЧСС- 68 уд/мин. Левостороннее положение ЭОС. Умеренные метаболические изменения в миокарде.

Общий анализ крови (31.03.03.):

Гемоглобин- 144 г/л

Гематокрит- 0,42

Лейкоциты- 7,5\*109/л

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| БАЗОФИЛЫ | ЭОЗИНОФИЛЫ | П/ ЯДЕРНЫЕ | С/ ЯДЕРНЫЕ | ЛИМФОЦИТЫ | МОНОЦИТЫ |
| 0 | 4 | 12  | 59  | 22 | 3 |

СОЭ- 12 мм/ч

Биохимический анализ крови (31.03.03.):

Сахар 5,7 ммоль/л

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференцировать косую паховую грыжу следует с:

прямой паховой грыжей.

водянкой оболочек яичка.

бедренной грыжей.

Варикоцеле.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ЭПИКРИЗ

Нестеркин А.А., 37 лет, госпитализирован в общее хирургическое отделение городской больницы № 1 с диагнозом: косая паховая грыжа слева. Болен 15 лет. В последнее время стало увеличиваться в размерах грыжевое выпячивание и беспокоить боли. Наличие паховой грыжи с болевым синдромом является показанием к оперативному лечению. Так как грыжа не ущемлена, самостоятельно вправляется в положении лежа, будет проведена операция в плановом порядке. Планируется грыжесечение методом Бассини (пластика задней стенки пахового канала) под местной анестезией. Премедикация: димедрол 2% - 1 мл.

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ

25.03.03 в плановом порядке, в 1100 – грыжесечение, пластика методом Бассини в асептических условиях под местной анестезией sol. Novocaini 0,25% - 300 мл.

Разрез кожи и апоневроза наружной косой мышцы живота по ходу пахового канала (выше или параллельно паховой связке). Перевязывают шейку грыжевого мешка и мешок удаляют, при этом культя уходит в предбрюшинную клетчатку. Семенной канатик отводят кверху и под ним пришивают внутреннюю косую и поперечную мышцы с фасцией к паховой связке. Крайним внутренним швом в медиальном углу раны подшивают край апоневроза прямой мышцы к лонному бугорку и паховой связке. Благодаря наложению глубоких швов происходит восстановление ослабленной задней стенки пахового канала и сужение внутреннего отверстия его до нормального размера. На мышечную стенку укладывают семенной канатик и над ним сшивают края апоневроза наружной косой мышцы живота, оставляя отверстие для выхода семенного канатика. Таким образом, реконструируют переднюю стенку пахового канала и наружное паховое кольцо. Кожу зашивают. Накладывают асептическую повязку.

Диагноз: левосторонняя косая паховая грыжа.

ДНЕВНИК ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Текст дневника | Назначения |
| 27.03.03 | Состояние удовлетворительное. Жалобы на умеренные боли в области шва. Более интенсивные боли возникают при: смене положения в постели, напряжении мышц брюшного пресса. Повязка сухая. ЧД 18 движений в минуту. Гемодинамика стабильная. АД 120/80 мм. рт. ст., пульс мягкий, симметричный, ненапряжен, частотой 75 ударов в минуту. Живот правильной формы, кожа нормального цвета, теплая, умеренной влажности, симметричен, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно, видимых пульсаций, перистальтики желудка и кишечника нет. При пальпации мягкий, с локальным напряжением мышц живота возле шва. Стул, диурез в норме. | Диета № 1.Sol. Analgini 50%-2 mlSol. Dimedroli 1%-1ml |
| 28.03.03 | Состояние удовлетворительное. Жалобы на умеренные боли в области шва. Более интенсивные боли возникают при: смене положения в постели, напряжении мышц брюшного пресса. Повязка сухая. ЧД 18 движений в минуту. Гемодинамика стабильная. Живот правильной формы, кожа нормального цвета, теплая, умеренной влажности, симметричен, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно, видимых пульсаций, перистальтики желудка и кишечника нет. При пальпации мягкий, с локальным напряжением мышц живота возле шва. Стул, диурез в норме. | Диета № 1а.Sol. Analgini 50%-2 mlSol. Dimedroli 1%-1ml |
| 31.03.03 | Состояние удовлетворительное. Жалобы на умеренные боли в области шва. Боли возникают при напряжении мышц брюшного пресса, при вставании с постели, при наклонах. Повязка сухая. ЧД 18 движений в минуту. Гемодинамика стабильная. Живот правильной формы, кожа нормального цвета, теплая, умеренной влажности, симметричен, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно, видимых пульсаций, перистальтики желудка и кишечника нет. При пальпации мягкий, с локальным напряжением мышц живота возле шва. Стул, диурез в норме. | Диета № 1а.Sol. Analgini 50%-2 mlSol. Dimedroli 1%-1ml |
| 1.04.03 | Состояние удовлетворительное. Жалобы на незначительные боли в области шва. Боли возникают при напряжении мышц брюшного пресса, вставании с постели, наклонах. Боли менее интенсивные, чем в первые дни. Повязка сухая. Гиперемия краев раны значительно уменьшилась по сравнению с первыми днями. Швы с раны сняты. ЧД 18 движений в минуту. Гемодинамика стабильная. Живот правильной формы, кожа нормального цвета, теплая, умеренной влажности, симметричен, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно, видимых пульсаций, перистальтики желудка и кишечника нет. При пальпации мягкий, с локальным напряжением мышц живота возле шва. Стул, диурез в норме. | Диета № 1а. |
| 2.04.03. | Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Швы сняты. Швы с раны сняты. ЧД 18 движений в минуту. Гемодинамика стабильная. Живот правильной формы, кожа нормального цвета, теплая, умеренной влажности, симметричен, не вздут, в акте дыхания участвует равномерно, видимых пульсаций, перистальтики желудка и кишечника нет. При пальпации мягкий, с локальным напряжением мышц живота возле шва. Выписан с улучшением.  | Диета № 1а. |

ЭТИОЛОГИЯ. 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.

ЭПИКРИЗ

Больной ФИО, 37 лет, находился во 2ом хирургическом отделении городской больницы № 1 с 24/III по 2/IV 2003 года. Поступил со следующими жалобами: боль и наличие грыжевого выпячивания в левой паховой области. Боль ноющего характера, никуда не иррадиирует, усиливается при физических нагрузках (подъем тяжелых вещей; резкое напряжение живота). Грыжевое выпячивание появляется при смене положения, перенапряжении, мешает при ходьбе.

Из анамнеза известно, что грыжевое выпячивание появилось в армии на фоне тяжелого физического труда 15 лет назад.

На основании предъявленных жалоб, анамнестических данных, результатов объективного обследования был поставлен клинический диагноз:

Основной: Косая паховая грыжа слева.

Лечение оперативное: грыжесечение в плановом порядке, по методу Бассини под местной анестезией.

В течение 9-ти дней проводили асептические перевязки раны, обезболивание анальгин 50% – 1ml и димедрол 1%- 1ml. На 9 день сняты швы, выписан из стационара.

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

ПРОГНОЗ

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 год, г. Новосибирск.
2. «Хирургические болезни» под редакцией академика АМН СССР М. И. Кузина. Москва. Медицина. 1986 год.
3. «Справочник хирургических операций» Митяшин И.М., Глузман А.М. Киев, «здоровья», 1979 год.