ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О. ххх ххх ххх

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства:

Место работы, должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления в клинику: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз при поступлении: Гидроцеле.

ЖАЛОБЫ

Пациент предъявляет жалобы на увеличение в размерах левой половины мошонки. Увеличенная в размерах мошонка безболезненная, доставляет дискомфорт при ходьбе. Так же пациент отмечает затруднения при мочеиспускании и половом акте, периодическое повышение температуры тела до 37°С.

АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Считает себя больным с весны 2009 года, когда через 2 недели после травмы в левой половине мошонки возникла безболезненная опухоль, которая медленно увеличивалась. К врачу не обращался, самостоятельно препаратов не принимал. Обратился в хирургическое отделение РостГМУ, когда стал отмечать затруднение при мочеиспускании и дискомфорт при ходьбе.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Родился в 1957 году, в г. Ростов-на-Дону. В школу пошел в 7 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. Получил среднее специальное образование, и работал механиком в автомастерской.

Семейная жизнь: женат. Имеет сына 32 лет.

Наследственность: не отягощена.

Материально-бытовые условия: проживает в отдельной квартире со всеми удобствами, материально обеспечен относительно удовлетворительно.

Перенесенные заболевания: переболел детскими инфекционными заболеваниями

Эпидемиологический анамнез: инфекционный гепатит, венерические заболевания, туберкулез отрицает. За пределы Ростовской области последние 6 месяцев не выезжал.

Вредные привычки: курит, алкоголем не злоупотребляет.

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

ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Положение больного активное, сознание ясное в пространстве и во времени ориентируется. Телосложение правильное, по внешнему виду соответствует паспортному возрасту. Рост 169 см, вес 75 кг. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно (толщина кожно-подкожно-жировой складки над пупком 2 см). Кожные покровы обычной окраски, чистые. Тургор кожи сохранен, кожа суховата, эластичность не снижена. Видимые слизистые бледно-розового цвета.

Костно-мышечная система.

Общее развитие мышечной системы хорошее, болезненности при ощупывании мышц нет. Деформаций костей, болезненности при ощупывании суставов нет. Суставы обычной конфигурации. Активная и пассивная подвижность в суставах в полном объеме. Форма черепа мезоцефалическая. Форма грудной клетки правильная.

Лимфатические узлы:

Затылочные, передние и задние шейные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные, не пальпируются.

Щитовидная железа не увеличена, мягко эластической консистенции. Симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

Сердечно-сосудистая система.

Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения. Одинаковый на правой и левой руке.

Пальпация сосудов конечностей и шеи: пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей (на плечевой, бедренной, подколенной, тыльной артерии стопы, а также на шее (наружная сонная артерия) и головы (височная артерия) не ослаблен. АД 130/80 мм. рт. ст.

Пальпация области сердца: верхушечный толчок не пальпируется.

Перкуссия сердца: границы относительной сердечной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| Граница: | Местонахождение: |
| правая | на 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье |
| верхняя | в 3-м межреберье по l.parasternalis |
| левая | на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 межреберье |

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости

|  |
| --- |
| правая левого края грудины в 4 межреберье |
| верхняя у левого края грудины на 4 ребре |
| левая на 2см кнутри от среднеключичной линии в 5 |
| межреберье |

Аускультация сердца: тоны сердца приглушены, соотношение тонов сохранено во всех точках аускультации. Тоны ослаблены на верхушке, ритмичные.

При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий.

Система органов дыхания.

Форма грудной клетки нормостеническая, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 18 в минуту. Тип дыхания – брюшной.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, эластичная, голосовое дрожание на симметричных участках проводится одинаково. Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | 5 ребро | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l.axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapulars | 10 межреберье | 10 межреберье |
| l.paravertebralis | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | слева | справа |
| спереди | 5 см | 5 см |
| сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

Подвижность легочных краев

справа 7 см

слева 7 см

Аускультация легких: дыхание над всей поверхностью легких везикулярное. Побочные дыхательные шумы отсутствуют. Бронхофония не изменена.

Система органов пищеварения.

Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая. Живот симметричный. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная. При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. При аускультации перистальтика кишечника обычная. Ободочная кишка безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции, шум плеска не определяется.

Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Граница печени по Курлову 9Ч8Ч7. Желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Мюсси, Мерфи, Ортнера отрицательные. Френикус симптом отрицательный.

Поджелудочная железа не пальпируется.

Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии. Поперечник селезенки 6 см. Длинник 8 см.

Мочеполовая система.

Мочеиспускание свободное, преимущественно в дневное время суток.

Имеется опухолевидное образование в паховой области слева. Поясничная область без особенностей. Пальпаторно почки не определяются, болезненность при пальпации отсутствует. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почечные (реберно-мышечные и реберно-позвоночные) и мочеточниковые (верхние и нижние) точки безболезненны.

Нервно-психический статус.

Сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Со стороны двигательной и чувствительных сфер патологии не выявлено. Сухожильные рефлексы без патологии. Оболочечные симптомы отрицательные. Зрачки расширены, живо реагируют на свет.

ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС

Левая половина мошонки увеличена в 3-4 раза. Отмечается положительный симптом диафаноскопии. При пальпации мошонки хорошо прощупывается безболезненное грушевидное образование плотной эластичной консистенции, которое свисает своей толстой частью вниз, а тонкая направлена к паховому каналу вверх. Кожа мошонки не изменена, эластична и легко смещается.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб больного (на увеличение в размерах левой половины мошонки. Увеличенная в размерах мошонка безболезненная, доставляет дискомфорт при ходьбе. Так же пациент отмечает затруднения при мочеиспускании и половом акте, периодическое повышение температуры тела до 37°С.); данных анамнеза заболевания (в 2009 году, через 2 недели после травмы в левой половине мошонки возникла безболезненная опухоль, которая медленно увеличивалась. К врачу не обращался, самостоятельно препаратов не принимал. Обратился в хирургическое отделение РостГМУ, когда стал отмечать затруднение при мочеиспускании и дискомфорт при ходьбе.); данных объективного исследования (при пальпации мошонки хорошо прощупывается безболезненное грушевидное образование плотной эластичной консистенции, которое свисает своей толстой частью вниз, а тонкая направлена к паховому каналу вверх. Кожа мошонки не изменена, эластична и легко смещается.) можно поставить диагноз: Гидроцеле.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Клинический анализ крови.
2. Клинический анализ мочи.
3. Анализ кала на яйца глист.
4. Анализ крови на RW и вирусные гепатиты.
5. биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, холестерин, бета - липопротеиды, креатинин, билирубин, натрий, хлор, калий, кальций. Протромбиновый индекс, фибриноген. Определение времени свертывания.
6. [УЗИ мошонки](http://www.happyfamily.ru/?page=391) и яичек,
7. Электрокардиография.

Клинический анализ крови от 19.04.2011.

гемоглобин 115 г\л

эритроциты 4.5 1012 / л

цветной показатель 0.96

количество лейкоцитов 5.7 109 /л

эозинофилы 0

палочкоядерные 5

сегментоядерные 60

лимфоциты 20

моноциты 10

СОЭ 5 мм\ч

анизоцитоз -, пойкилоцитоз -

Анализ мочи 19.04.2011.

цвет светло-желтый

реакция кислая

удельный вес 1012

белок 0.033 г\л

сахар 0

лейкоциты 1-4 в поле зрения

эритроциты свежие 0-1 в поле зрения

эпителий плоский 1-2 в поле зрения

Биохимический анализ крови от 19.04.2011.

белок общий 64

альбумин 38

альфа 1 глобулин 6

альфа 2 глобулин 16

гамма глобулин 19

тимоловая проба 17

сулемовая проба 2.0

АСТ 0.20

АЛТ 0.26

общий билирубин 6

мочевина 5.0

холестерин и креатинин в пределах нормы.

Анализ крови на RW – отрицательный.

Анализ крови на вирусные гепатиты – отрицательный.

ДАННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

[УЗИ мошонки](http://www.happyfamily.ru/?page=391) и яичек от 19.04.2011: Патологическое скопление жидкости между листками влагалищной оболочки яичка. Содержимое эхонегативное, однородное, в нем четко визуализируются яичко и придаток. Хорошо видна перегородка между двумя половинками мошонки. В просвете видны перегородки, нити фибрина.

ЭКГ от 19.04.2011: неполная блокада ножки пучка Гиса, возможны нарушения питания миокарда передней стенки.

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб больного (на увеличение в размерах левой половины мошонки. Увеличенная в размерах мошонка безболезненная, доставляет дискомфорт при ходьбе. Так же пациент отмечает затруднения при мочеиспускании и половом акте, периодическое повышение температуры тела до 37°С.); данных анамнеза заболевания (в 2009 году, через 2 недели после травмы в левой половине мошонки возникла безболезненная опухоль, которая медленно увеличивалась. К врачу не обращался, самостоятельно препаратов не принимал. Обратился в хирургическое отделение РостГМУ, когда стал отмечать затруднение при мочеиспускании и дискомфорт при ходьбе.); данных объективного исследования (при пальпации мошонки хорошо прощупывается безболезненное грушевидное образование плотной эластичной консистенции, которое свисает своей толстой частью вниз, а тонкая направлена к паховому каналу вверх. Кожа мошонки не изменена, эластична и легко смещается.); данных инструментального исследования ([УЗИ мошонки](http://www.happyfamily.ru/?page=391) и яичек: патологическое скопление жидкости между листками влагалищной оболочки яичка. Содержимое эхонегативное, однородное, в нем четко визуализируются яичко и придаток. Хорошо видна перегородка между двумя половинками мошонки. В просвете видны перегородки, нити фибрина) можно поставить диагноз: Гидроцеле.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальный диагноз прежде всего проводится с паховыми грыжами, паховым лимфаденитом, новообразованиями мягких тканей. Чаще приходится дифференцировать от паховой грыжи. При вправлении грыжевого содержимого слышно характерное урчание, сразу после вправления припухлость в паховой области исчезает. При несообщающейся водянке попытка вправления не приносит успеха. В случае сообщения, размеры образования в горизонтальном положении уменьшаются, но более постепенно, чем при вправлении грыжи, и без характерного звука. Для пахового лимфаденита характерно появление общих симптомов в виде недомогания, озноба, повышения температуры тела до 38-390 С, учащения пульса, потери аппетита, головной боли, нарушения сна. Поражённые лимфоузлы плотные, увеличенные, резко болезненные при пальпации. Отмечается отрицательный симптом диафаноскопии. Для новообразований мягких тканей (саркома) в паховой области первым симптомом заболевания является наличие опухоли, расположенной в толще мышц, плотной, чаще округлой, с чёткими контурами, смещаемой в поперечном направлении и малоподвижной в продольном. Кожа над опухолью обычно не изменена, отмечается локальное повышение температуры. Редко – боль, тупого характера, ноющая, возникает при давлении на опухоль или при пальпации. Отмечается отрицательный симптом диафаноскопии.

При наличии положительного симптома диафаноскопии и имеется передвигающееся под кожей по направлению к паховому каналу невправимая, напряжённая эластическая припухлость, безболезненная и вообще не причиняющая расстройств, то это водянка яичка или семенного канатика.

ЛИТЕРАТУРНАЯ СПРАВКА

Гидроцеле в народе ещё называют водянкой яичка - это скопление серозной жидкости во влагалищной оболочке (между листками оболочек яичка) мошонки.

Существует два основных вида водянки яичка:

1 - Врождённая. Чаще встречается у детей.

2 - Приобретённая.

Причины **водянки яичка** врождённого характера:

Существует основная и единственная причина - пороки развития плода во внутриутробный период. Ещё в данный период развития яички, по паховому каналу, спускаются в мошонку, захватывая часть брюшины, которая именуется влагалищным отростком брюшины. Впоследствии, просвет во влагалищном отростке должен зарасти. В некоторых случаях этого не происходит. Тогда во влагалищную оболочку из брюшной полости забрасывается жидкость, образуя заболевание **гидроцеле**. Более того, клетки, покрывающие внутреннюю оболочку брюшины, в том числе и влагалищного отростка, сами имеют способность продуцировать жидкость. Бывает, что жидкость, выделяемая клетками влагалищной оболочки из гидроцеле, циркулирует в брюшную полость.

Гидроцеле у новорожденных не лечат, так как довольно часто бывает, что просвет со временем зарастает сам, а жидкость между листками оболочек яичка рассасывается самостоятельно.

Причины приобретённой водянки яичек:

Существует три основные причины возникновения приобретённой водянки яичек:

1 - Острые и хронические воспалительные заболевания органов промежности и мошонки.

2 - Травмы промежности и мошонки.

3 - Нарушение оттока лимфы от мошонки.

Иногда может быть, так называемая, реактивная водянка яичек. Она возникает при перекруте яичка или воспалительных процессах в [придатках яичек](http://www.happyfamily.ru/?page=192) или самих яичек. Как правило, данное гидроцеле полностью исчезает после устранения основной причины.

По течению заболевания различают:

1 - острое гидроцеле,

2 - хроническое гидроцеле.

Также различают гематоцеле - когда в полость гидроцеле происходит кровоизлияние в результате травмы; и пиоцеле - гнойное гидроцеле, когда во влагалищную оболочку попадает инфекция и образуется нагноение.

Симптомы гидроцеле:

Как правило, при водянке яичка болевых ощущений нет. Чаще всего жидкость скапливается постепенно, долгое время. Бывает, что гидроцеле носит волнообразный характер - количество жидкости то увеличивается, то уменьшается. При пальпации хорошо прощупывается грушевидное образование плотной эластичной консистенции, которое свисает своей толстой частью вниз, а тонкая направлена к паховому каналу вверх.

В некоторых случаях жидкость может перемещаться в паховый канал. В этой ситуации гидроцеле напоминает песочные часы - содержимое перемещается из одной полости в другую через узкую часть у наружного пахового кольца. При прощупывании чаще всего болей не ощущается. Кожа мошонки не изменяется и по-прежнему эластична и легко смещается.

По объёмам водянка яичка может быть самой разной - от незначительного увеличения мошонки до размеров с большой футбольный мяч. Большие размеры гидроцеле могут стать помехой в совершении полового акта и мочеиспускании.

Диагностика водянки яичка.

Для постановки диагноза обязательно требуется [УЗИ мошонки](http://www.happyfamily.ru/?page=391) и яичек, а также диафаноскопия.

ЛЕЧЕНИЕ ВОДЯНКИ ЯИЧЕК:

Если водянка яичка вызвана воспалительными заболеваниями, то, в первую очередь, следует устранить причину. Другими словами, вылечить инфекцию. Назначаются антибиотики, ношение суспензория и покой.

Жидкость из полости удаляют пункцией гидроцеле. Вместо удалённой жидкости вводят специальные склерозирующие препараты. Однако, у этого метода могут возникнуть некоторые осложнения:

1 - Повреждение оболочек яичек при неудачном проколе. Как результат, может быть кровоизлияние между листками оболочек яичка и возникновение гематоцеле.

2 - Попадание инфекции, что приводит к развитию пиоцеле.

Наиболее радикальным лечением водянки яичка считается оперативное вмешательство. Существует два вида операций:

1 - Операция Винкельманна.

Смысл этой операции заключается в иссечении одного из листка собственной оболочки яичка, выворачивании его наизнанку и последующем сшивании его позади яичка. В результате этой операции накопления жидкости останавливается.

2 - Операция Бергмана.

Технология этой операции сводится к удалению части внутреннего листка собственной оболочки яичка и сшиванию оставшейся. Обязательно назначаются в послеоперационном периоде антибактериальные препараты и ношение суспензория.

ЭПИКРИЗ

Больной ххх ххх ххх 53 лет поступил в хирургическое отделение РостГМУ 19.04.2011. с жалобами: на увеличение в размерах левой половины мошонки. Увеличенная в размерах мошонка безболезненная, доставляет дискомфорт при ходьбе, затруднения при мочеиспускании и половом акте, периодическое повышение температуры тела до 37°С.

Из анамнеза известно что страдает весны 2009 года, когда через 2 недели после травмы в левой половине мошонки возникла безболезненная опухоль, которая медленно увеличивалась. К врачу не обращался, самостоятельно препаратов не принимал. Обратился в хирургическое отделение РостГМУ, когда стал отмечать затруднение при мочеиспускании и дискомфорт при ходьбе.

В клинике проведено обследование (клинический анализ крови, клинический анализ мочи, анализ крови на RW и вирусные гепатиты, биохимический анализ крови, [УЗИ мошонки](http://www.happyfamily.ru/?page=391) и яичек, электрокардиография) в результате которого выявлено на [УЗИ мошонки](http://www.happyfamily.ru/?page=391) и яичек: патологическое скопление жидкости между листками влагалищной оболочки яичка. Содержимое эхонегативное, однородное, в нем четко визуализируются яичко и придаток. Хорошо видна перегородка между двумя половинками мошонки. В просвете видны перегородки, нити фибрина. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного и инструментального обследования поставлен диагноз: Гидроцеле. Пациент находится в клинике, проводится подготовка к операции Винкельманна.