**Паспортная часть.**

Ф.И.О. \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Дата рождения: 23 сентября 1948 года

Дата поступления: 14.02.05

Дата выписки: 16.03.05

Адрес:

Место работы: томский Электротехнический завод, инженер технолог

Семейное положение: замужем

Диагноз установленный при поступлении:

Большая частично вправимая грыжа белой линии живота 35-летней давности

Диагноз клинический:

-основной- Гигантская невправимая грыжа белой линии живота

Сопутствующие заболевания:

1.Ожирение IV степени

2. Сахарный диабет II типа

3.Миома матки

4.Гипертоническая болезнь II степени риск 4, ИБС

5. Хронический аппендицит

6. Жировое перерождение тканей передней брюшной стенки

7.Экстрасистолия Но

Операция:

Herniolaparotomia, omentectomia, appendectomia, аутогерниопластика, шовная коррекция.ДПНЖ.

Дата и время проведения операции:

* + 1. 10:35 – 14:30

**Анамнез**

*Жалобы при поступлении:*

На опухолевидное образование на животе (грыжу); на тянущую, умеренную боль в его области .

# *Anamnesis morbi*

## Считает себя больной с 1983 года, когда впервые заметила небольшое (около 3 см в диаметре) опухолевидное образование на животе (по белой линии живота в пупочной области). В последующие 6 лет образование увеличивалось, присоединились периодические тянущие, умеренные, боли в области грыжи.C апреля 2004 года стала носить бандаж, боли возникали редко . После небольшой нагрузке появилась резкая боль в области выпячивания ,вызвала скорую 2 мед.сан. часть, где ей был сделан рентген и поставлен диагноз большая пупочная грыжа белой линии живота.От туда направлена в клинику СибГМу . За время пребывания в клиники больная была обследована по всем органам и системам, что позволило подтвердить диагноз и подготовить больную к операции -производилось тугое бинтование живота и психологическая подготовка.

# *Anamnesis vitae*

## Родилась в 1948 году. Материально обеспечена, проживает в трехкомнатной квартире с семьей из 4-х человек. Питание регулярное-3 раза в день, полноценное, разнообразное.

*Предшествовавшие заболевания :а) острозаразные; б) туберкулез; в) венерические ;г) малярия ;д) перенесенные операции и травмы (участие в войнах ,ранения) ..Для женщин месячные ,беременности, роды ,аборты.*

Все отрицает. Климактерический период. Перенесла 2 беременности ,одна с мертворождением.

*Наследственность(состояние здоровья, возраст, причины смерти родителей и ближайших родственников- сифилис, туберкулез алкоголизм, душевные и др.заболевания).*

Оба родителя пациентки на данный момент мертвы. Отец умер в 1953 году в результате несчастного случая. Страдал гипертонической болезнью.Мать умерла в1996 году в возрасте 69 лет ,в результате множественных тромбофлебитов развилась гангрена стопы. В 1997 году умер родной брат из-за воспаления легких.

Состояние больной отягащенно наследственной гипертонической болезнью.

*Социальные факторы: (жилище. питание, личная гигиена. Материальная обеспеченность, нервно-психические потрясения).*

Проживает в 3-х комнатной квартире г.Томска ул. Нахимова34/а кв. 5. Жилищные условия нормальные, сан-узел раздельный. Питание удовлетворительное в достаточном количестве, в пище присутствуют все необходимые компоненты. Личная гигиена соблюдается. Материальная обеспеченность удовлетворительна. Нервно-психическим потрясениям не подвержена.

*Употребление алкоголя, никотина и наркотических веществ (морфия, опия и др.).*

Не употребляет.

*Профессиональный анамнез( когда начала работать ,на каком производстве ,характер труда ,основные трудности).*

Около 35 лет работает на Томском электротехническом заводе. работа не трудоемкая, но бегатливая.

*Начало и дальнейшее развитие болезни.*

Считает себя больной более 15 лет, тогда же в первые заметила наличие выпячивания в области средней линии живота небольших размеров. С течением времени размеры выпячивания значительно увеличились, в результате появились боли в области выпячивания. Поступила в клинику СГМУ в отделение общей хирургии для оперативного лечения.

*Лечение до поступления в клинику.*

До поступления в клинику находилась на лечении в эндокринологии 21 день. Сбрасывала избыточный вес ,пила лекарственные средства от сахарного диабета, мочегонные- фурасемид.

**Данные объективного исследования**

*Общее состояние больного:*  удовлетворительное

*Температура ,пульс .дыхание* : 36,6 ,ЧСС- 70.дыхание смешанное

*Рост : 156 Телосложение :* гиперстенический тип *Вес :*110 кг

*Исследование кожи :* Кожные покровы бледно-розовой окраски, эластичные, умеренной температуры и влажности. Сыпи и пигментации, расширенной венозной сети нет. Без видимых изменений.

*Исследование слизистых :* преддверие полости носа, ротовой полости имеют бледно-розовую окраску, влажные, чистые, блестящие .Язык без налета. Конъюнктива розовая, чистая, влажная. Без особенностей.

*Исследование подкожной клетчатки :* развита хорошо , равномерно, с преобладанием в определенных участках тела. Определяются отеки на нижних конечностях.

*Исследование лимфатических узлов :* Кожа над лимфатическими узлами не изменена, гиперемии ,повышения температуры ,увеличения визуально не отмечается.

*Исследование опорно-двигательного аппарата (мышцы, суставы, кости) :*

Мышечная система развита умерено, симметрична на одинаковых участках. Тонус и сила мышц не изменены, при пальпации болезненности нет .

Строение костей верхней и нижней конечностей нормальное, деформаций нет .Суставы нормальной конфигурации, движения в суставах болезненны и ограничены. Выявлен артроз. Визуально искривлений позвоночного столба не выявляется.

*Исследован и головы лица (аномалии, особенности развития) :*

Без особенностей. Голова округлой формы. Соотношение мозгового и лицевого черепа нормальное. Отеков на лице нет. Аномалий развития не отмечается.

*Исследование ротовой полости( состояние зубов, миндалин ,языка) :*

Состояние зубов удовлетворительное, миндалины не увеличены, язык бледно-розовой окраски без налета.

*Исследование шеи( состояние щитовидной железы, сосудов ) :*

Щитовидная железа визуально не увеличена ,не пальпируется. Видимой пульсации сосудов не наблюдается.

*Исследование грудной клетки(строение грудной клетки) :*

# Цилиндрической формы, обе стороны симметричны, эпигастральный угол больше 100 градусов ,без деформации

*Исследование сердечно- сосудистой системы:*

*1.Осмотр*

Верхушечный толчок визуально не определяется.

*2.Пальпация*

Пульс симметричный, частотой 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Определяется пульсация височной, сонной, подключичной, подмышечной, плечевой, локтевой, лучевой, бедренной, подколенной артерий; стенка их эластическая.

## Верхушечный толчок пальпируется на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, площадью 1,5 на 2 см, умеренной силы, резистентный.

*3.Перкуссия*

Границы относительной сердечной тупости:  
Правая в 4-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины  
Верхняя -на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistrae  
Левая -в 5-м межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии

## Границы абсолютной сердечной тупости: Правая -по левому краю грудины Верхняя -на уровне 4-го ребра Левая -на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости

## Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях.

# *4.Аускультация*

# Тоны сердца ритмичные, приглушенные, звучные. Акцент 2-го тона над аортой.

# Артериальное давление 160/90 мм рт. ст.

*Исследование легких(данные перкуссии , аускультации) :*

1. Общий осмотр

а) Состояние удовлетворительное

б) Сознание полное

в) Положение активное

г) Тип телосложения гиперстенический

д) Цвет кожных покровов без изменений

е) Тип дыхания смешанный

ж) Частота дыхания - 16 движений в минуту

з) Соотношение вдоха и выдоха – 2/5 и 3/5 соответственно

и) Вспомогательные мышцы участвуют в акте дыхания

к) Кисти рук не деформированы

2. Осмотр грудной клетки

а) Форма грудной клетки цилиндрическая

б) Обе стороны симметричны

в) Эпигастральный угол ≥ 100°

г) Ход рёбер приближен к горизонтальному

д) Подключичная ямка нерезко выражена

е) Движение грудной клетки при дыхании равномерное.

ж) Позвоночник не искривлён

3. Пальпация

а) Болевых точек не выявлено

б) Эластичность грудной клетки снижена

в) Голосовое дрожание не изменено

4. Перкуссия

Сравнительная перкуссия

При сравнительной перкуссии над передними отделами грудной клетки наблюдается ясный легочной звук .

При сравнительной перкуссии над боковыми отделами грудной клетки наблюдается ясный легочной звук .

При сравнительной перкуссии над задними отделами грудной клетки наблюдается ясный легочной звук .

Гамма звучности над передними отделами грудной клетки сохранена: наиболее выраженный звук слышен в третьем межреберье, наиболее тихий – в моренгеймовских ямках .

Гамма звучности над задними отделами грудной клетки не изменена .

Над боковыми и передними отделами в симметричных участках звук коробочный (ниже по тональности, громче и продолжительнее по сравнению с лёгочным звуком)

Топографическая перкуссия

а) определение нижней границы лёгких

# Левое Правое

# Linea parasternalis - 4 ребро (верхний край)

Linea medioclavicularis - 4 межреберье

Linea axillaris anterior 7 ребро 5 межреберье

Linea axillaris media 8 ребро 6 межреберье

Linea axillaris posterior 9 межреберье 7 ребро (нижний край)

Linea scapularis 10 ребро 8 ребро

Linea paravertebralis 11 межреберье 8 ребро (нижний край)

б) определение высоты стояния верхушки лёгкого

* справа спереди на 2,5 см выше ключицы
* справа сзади на 2 см ниже уровня остистого отростка CVII
* слева спереди на 3 см выше ключицы
* слева сзади на 2 см ниже уровня остистого отростка CVII

в) поля Кренига

* справа: 5см
* слева: 5,5 см

г) определение подвижности нижнего края лёгких

Подвижность нижнего края лёгкого не изменена и составляет 3 см .

5. Аускультация

При аускультации по передним отделам грудной клетки над проксимальными отделами выслушивается нормальное бронхиальное дыхание, над дистальными отделами справа выслушивается нормальное везикулярное дыхание .

При аускультации по задним отделам грудной клетки над проксимальными отделами выслушивается нормальное бронхиальное дыхание .

*Исследование брюшной полости(печень . желудок, тонкий и толстый кишечник, селезенка) :*

Живот мягкий , резко увеличен в объеме, обе стороны симметричны, брюшная стенка участвует в акте дыхания. Выявлена пупочная грыжа белой линии живота диаметром 30 см .

*Пальпация*

Поверхностная: Живот мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

## Глубокая: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с неровной поверхностью, шириной более 6 см,мало подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется.

Нижний край печени неострый, ровный, эластичный, безболезненный, выходит из под края реберной дуги, поверхность печени гладкая выраженная гепатомегалия . Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера , френикус- отрицательные. Поджелудочная железа не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Диастаз прямых мышц живота 2-й

степени. Петли тонкого кишечника являются содержимым грыжевого мешка.

# *Перкуссия*

# Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 11 см, по передней срединной линии 10 см, по левой реберной дуге 9 см. Верхняя граница селезенки по левой средне-аксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.

Прямая кишка: кожа вокруг анального отверстия не изменена. Стенки кишки навесают умеренно , безболезненны.

*Мочеполовая система :*

При осмотре поясничной области гиперемии кожи, выбуханий, припухлостей не обнаружено. Почки не пальпируются. Мочеиспускание безболезненно. Половые органы развиты правильно.

*Гинекологическое исследование:*

Матка расположена обычно. Контуры неровные , четкие . Миометрий неоднороден ,размеры матки 74\*24\*75 мм .Интерстициально в перешейке по задней стенке визуализируется узел смешанной структуры 43\*40 мм, с субсерозным ростом.

Срединное н-эхо 6 мм однородное по структуре ( на фоне менопаузы 4 года)

Цервикальный канал без патологий.Яичники не визуализированы.

В заключении : Миома матки .перешеечный узел.

*Психоневрологический статус:*

Сознание ясное, речь не изменена. Чувствительность не нарушена. Походка без особенностей. Глоточный, брюшной и сухожильно-периостальные рефлексы сохранены. Оболочечные симптомы отрицательные. Глазное яблоко, состояние зрачков и зрачковые рефлексы.

*Данные исследования заболевшего участка :*

*Status localis*

## По белой линии живота в надпупочной области наблюдается полушаровидное выпячивание (грыжа), размером 25\*21 см в клиностатическом положении. В ортостатическом положении и при повышении внутрибрюшного давления (кашель, чихание, натуживание ) происходит увеличение грыжевого выпячивания до 30 см в диаметре. Диастаз прямых мышц живота 2-й степени. При пальпации определяется бугристое образование упруго-эластической консистенции. Вправление содержимого грыжевого мешка представляется возможным, при этом слышится урчание. Симптом кашлевого толчка положительный. Размер грыжевых ворот приблизительно 7\*5 см, форма наружного отверстия овальная, стенки эластичные. При перкуссии грыжевого выпячивания выслушивается тимпанический звук.

**Данные лабораторных и инструментальных методов исследования**

Анализ крови

15.02.05

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель |  | Норма |
| Гемоглобин (10\*12/л) | 127 | 115-145 |
| Эритроциты (10\*12/л) | 4,08 | 3,7-4,7 |
| Цветной показатель | 0,9 |  |
| Лейкоциты (10\*9/л) | 5,6 | 4,78-7,68 |
| СОЭ (мм/час) | 33 | 2-15 |
| Нейтрофилы % |  |  |
| -миелоциты | - | 0 |
| -метамиелоциты | - | 0 |
| -палочкоядерные | 1 | 0-6 |
| -сегментоядерные | 60 | 47-72 |
| Эозинофилы % | 2 | 0,5-5 |
| Базофилы % | 1 | 0-1 |
| Лимфоциты % | 31 | 19-37 |
| Моноциты % | 5 | 3-11 |
| Плазмоциты % | - | 0-0,5 |

18.02.05

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель |  | Норма |
| Гемоглобин (10\*12/л) | 106 | 115-145 |
| Эритроциты (10\*12/л) | 3,45 | 3,7-4,7 |
| Цветной показатель | 0,9 |  |
| Лейкоциты (10\*9/л) | 6,8 | 4,78-7,68 |
| СОЭ (мм/час) | 36 | 2-15 |
| Нейтрофилы % |  |  |
| -миелоциты | - | 0 |
| -метамиелоциты | - | 0 |
| -палочкоядерные | 6 | 0-6 |
| -сегментоядерные | 78 | 47-72 |
| Эозинофилы % | - | 0,5-5 |
| Базофилы % | - | 0-1 |
| Лимфоциты % | 10 | 19-37 |
| Моноциты % | 6 | 3-11 |
| Плазмоциты % | - | 0-0,5 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | 15.02.05 | 18.02.05 | 21.02.05 | 25.02.05 | Норма |
| Протромбиновый | 92,8 | 83,3 | 83,3 | 81.1 | 80-105 % |
| Коалиновое время | - | - | 77 |  | 50-70 сек |
| АЧТВ | 26 | 29 | 38 | 31 | 25-35 сек |
| Фибриноген общий | 5,25 | 3,75 | 4,0 | 4.0 | 2,5-3,5г/л |
| Фибриноген В | + | - | + | + | Отриц. |
| РФМК | + | - | 4,5\*10^12 |  | 0-3,5\*10^2 |

Гликемический профиль

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Время | 17.02.05 | 22.02.05 |
| 8:00 | - | - |
| 13:00 | 5,1 ммоль/л | 6,0 ммоль/л |
| 18:00 | 8,8 ммоль/л | 7,0 ммоль/л |
| 22:00 | 7,0 ммоль/л | 6,3 ммоль/л |
| 6:00 | - | 6,2 ммоль/л |

Биохимический анализ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | 15.02.05 | 18.02.05 | Норма |
| Билирубин общ. | 12,5/ - | 10,3/ - | 8,55-20,5 ммоль/л |
| Общий белок | 71,6 | 58 | 65-85 г/л |
| АСАТ | 17,0 | 26,0 | До 35,0 мккат/л |
| АЛАТ | 24,0 | 30,0 | До 35,0 мккат/л |
| Альфа-амилаза сыворотки | 66,0 | 41,0 | До 95,0 г/час\*л |
| Мочевина | 6,6 | 4,0 | 2,5-8,3 ммоль/л |
| Креатинин | 0,1 | 0,08 | 0,044-0,2 ммоль/л |
| Натрий | 149,0 | - | 130-156 ммоль/л |
| Калий | 5,6 | - | 3,4-5,3 ммоль/л |
| Глюкоза | 7,4 | 8,0 | 3,5-5,7 ммоль/л |

Анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | 15.02.05 |
| Цвет | Желтый |
| Прозрачность | Прозрачная |
| Удельный вес | - |
| Белок | Отрицательно |
| Желчные пигменты | - |
| Кетоновые тела | - |
| Микроскопия осадка: | L- 2-4 |
| Наличие оксалатов | - |
| эпителий | Плоский |

УЗИ органов брюшной полости

Печень: не выступает из под края реберной дуги, размеры правой доли 157 мм, ткань повышенной эхогенности, структура неоднородная. Воротная вена- диаметр 14 мм. Холедох не виден. Сосудистый рисунок обиднен.

Желчный пузырь: 50\*27 мм. Стенки уплотнены, содержимое однородное.

Поджелудочная железа: видна четко, с ровными четкими контурами 24\*18\*24 мм. Ткань неравномерно повышенной эхогенности , структура диффузно-однородная.

Селезенка: 75\*28 мм ,эхоструктура её не изменена.

Почки: лежа .расположены обычно, правая почка 106\*58 мм, левая 110\*56 мм. Поверхность ровная . Слой паренхимы 19\*22 мм ,неоднороден ,плохо дифференцируется от почечного синуса. ЧЛС не рассширины.Камней нет. Стоя слизистая в пределах нормы.

Заключение: Гепатомегалия .Диффузные изменения печени ,поджелудочной железы почек.

УЗИ щитовидной железы.

Расположена обычно, подковообразная ,контуры ровные ,четкие .

Правая доля: 15\*12\*34,V=2.9. Левая доля: 13\*11\*29 ,V=1,9 .Перешеек V=3,5 мм. Эхогеннось обычная, структура однородная. узлов нет. Предщитовидные мышцы дифференцируются четко. Выделяются с обеих сторон лимфоузлы до 9-10 мм.

Заключение: Лимфоаденопатия .

УЗИ брюшной стенки (15.02.05)

Толщина передней брюшной стенки справа – в/3 38 мм , с/3 40мм, н/3 45 мм. Слева – в/3 38 мм, с/3 44 мм, н/3 76 мм.

Толщина прямых мышц живота : справа – 8 мм ,слева – 7 мм.Обе мышцы с выраженными признаками жирового перерождения. Резко растянуты.

Ширина белой линии живота: в/3 27 мм., с/3 90 мм .

Определяется грыжевой дефект очень больших размеров, толщина брюшной стенки над ними не превышает 2-3 мм. Содержимым грыжевого мешка являются петли тонкого кишечника с резко ослабленной перистальтикой, сальник. Жидкости в грыжевом мешке нет . Перистальтика кишечника в целом ослаблена.

**Окончательный клинический диагноз на основании**

## На основании жалоб больной на опухолевидное образование на животе, на тянущие, умеренные, боли в его области, на периодические запоры; анамнеза заболевания -медленное увеличение образования в течение 6 лет, практически без каких-либо субъективных ощущений; анамнеза жизни и гинекологического анамнеза: 2 родов, без абортов; данных как общего объективного исследования: выявление ожирения 2-3 степени, так и локального статуса: выявление по белой линии живота в надпупочной области полушаровидного выпячивания, 25 см в диаметре в горизонтальном положении, увеличивающегося до 30 см в диаметре ,при повышении внутрибрюшного давления и в положении стоя, диастаза прямых мышц живота 2-й степени, положительного симптома кашлевого толчка и определение при пальпации овальной формы, 7\*5 см в размеры грыжевых ворот с эластичными краями, определение грыжевого содержимого -петли тонкой кишки ; данных лабораторно-инструментальных методов исследования- выявление гепотомегалии и лимфоаденопатии .По проведению дифференциального диагноза мы можем уже с точностью говорить о гигантской надпупочной грыже белой линии живота.

Клинический диагноз: Гигантская надпупочная грыжа белой линии живота.

**Предоперационный эпикриз**

Пациентка \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* поступила в клинику общей хирургии СибГМУ 14.02.05. с жалобами на выпячивание в области белой линии живота и резкие боли в нем. При поступлении в клинику пациентка была дообследована. В ходе обследования обнаружена большая вправимая пупочная грыжа белой линии живота. Status localis – живот резко увеличен, большое выпячивание диаметром 25\*21 см. Планируется оперативное вмешательство под общим наркозом.

**Наркозная карта**

**« \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 200\_г.

Кровь ( ) гр. Ph

Ф.И.О. Абушаева Людмила Васильена

Возраст\_\_57лет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Вес\_\_110кг\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Рост\_156см\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз : Большая невправимая пупочная грыжа белой линии живота

Операция : Аутопластика

Вид обезболивания : ЭТН N: 0,2 ( 2 : 1 ) + ТВА

Дыхательный контур: п/о. Положение на столе: на спине.

Дыхательный аппарат: РО-6. Наркозный аппарат: полинаркон-2.

Анестезиолог: Брыксин Г.А. М/С-анестезист: Плучевская О.В.

Хирурги: Дерюгина М.С., Шпилевой М.П.

Анестезиологическая концепция: длительность и травмотичность операции, вид анестезии, исходное состояние. Риск 3 ст.

**Премедикация**

Накануне вечером Утром в день операции

нозепам 1т.- 18:00 нозепам 2т. – 7:00

нозепам 2т. – 22:00

Вводный наркоз – ренофал 80 мл.

Релаксация – дитилин 200 мл + ордуон 4 мл- дробно.

Интубация ЭТК трубкой №8,5 с манжеткой с I попытки.

ИВЛ аппаратом РО-6-03 с ДО 0,7 л ,МОД 10/мин.

Основной наркоз: ренофал 12-60 мл/час

Общий расход 600 мл + фентонил 0,005% - 26 мл ( в ампулах ) + сибазон 0,5% - 2,0 + NO К – 6:3

Гемодинамика стабильная:

АД 110-140/90-80 мм.рт.ст. П – 67-84

Кровопотеря = 400 мл

Восполнение – 2400 кристалоидов Д – 3, 350 мл

Время – операции : 10:35 – 14:30

- анестезия : 10:30 – 14:30

По окончании операции ИВЛ сменили на механический мешок.Доставлена в ОПР. Продолжена ИВЛ аппаратом « ФАЗА-5 » в прежнем режиме, лечение назначено , оставлена под наблюдением дежурной медсестры,персонала и лечащего врача.

**Техника операции**

Грыжи средних и больших размеров оперируют по Сапежко или Мейо.

Способ Мейо. Обезболивания общее. Грыжу окружают двумя поперечными сходящимися дугообразными разрезами, захватывающими всю излишнюю свисающую жировую складку. У основания грыжевого мешка апоневроз отпрепаровывают от подкожной клетчатки на расстоянии 5-6 см окружности. Осуществляют тщательный гемостаз. Вскрывают грыжевой мешок, разделяют сращения, припаянный сальник резецируют и внутренности вправляют в брюшную полость. Мешок иссекают, края его несколько отпрепаровывают и зашивают в поперечном направлении. Грыжевое отверстие расширяют двумя поперечными разрезами белой линии живота и апоневроза прямых мышц до появления их внутреннего края. Затем накладывают П-образные швы с таким расчетом, чтобы нижний лоскут ложился под верхним. Вторым рядом узловых швов верхний лоскут пришивают к нижнему в виде дупликатуры . Затем накладывают швы на клетчатку и кожу.

Способ Сапежко. Производят два продольных дугообразных окаймляющих грыжу разреза с целью иссечь дряблую измененную кожу. Выделения, обработку и удаление грыжевого мешка производят, как и при предыдущем способе. Грыжевые ворота рассекают вверх и вниз до мест где белая линия живота суживается и выглядит мало измененной. Рубцово-измененные края грыжевых ворот экономно иссекают. Брюшину осторожно отслаивают на 2-4 см от задней поверхности влагалища одной из прямых мышц. Осуществляют тщательный гемостаз, после чего брюшину сшивают непрерывным кетгутовым швом край в край. Затем накладывают отдельные швы, прочно захватывая край апоневроза с одной стороны и задне-медиальною часть влагалища прямой мышцы, где отпрепарована брюшина,-с другой, чтобы создать дупликатуру в продольном направлении шириной 2-4 см .

**Протокол операции**

*Описание операции (анестезия ,разрез ,что найдено, что сделано, фамилия оператора,ассистентов, наркотизатора, продолжительность операции, описание удаленного на операции ).*

Название : Herniolaparotomia, omentectomia, appendectomia, аутогерниопластика, шовная коррекция, ДНМЖ, активное дренирование.

Дата : 17.02.05

Операционное поле обработано по Yrossiehy – Bruny.

Поперечно-срединным доступом вскрыта с иссечением срединной кожно-жировой складки. Выделен грыжевой мешок пупочной грыжи 25\*21 см.

Содержимое грыжевого мешка: толстый кишечник ( илиоцекальный отдел,, с аппендиксом с признаками хронического воспаления, восходящая и поперечно-ободочная кишка с деформированным большим сальником и корнем брыжейки. Фиксированные сращениями к грыжевым воротам размерами 7\*5 см ) и петли тонкого кишечника.

Для вправления содержимого в брюшную полость потребовалось расширить дефект в поперечном и продольном направлении (herniolaparotomia).

Сделано: устранение сращений, резекция сальника, типичная аппендектомия, пальпаторная ревизия органов малого таза ,где выявлены доликосигма и увеличена матка ( миома ); грыжесечение , шовная коррекция дистаза прямых мышц живота, тщательный гемостаз, профилактика спаечного процесса .

Операционная рана санирована антибактериальными растворами , активно дренирована и ушита послойно наглухо, дренаж выведен через контрапертуру. Асептическая повязка.

Оператор – Дерюгина М.С.

Ассистенты – М.Шпилевой, М. Тевелевич, м/с С.Балякина

Анестезиолог – Р.Брыксин

**Дневник**

14.02.05

Первый осмотр. Жалуется на умеренные тянущие боли в области грыжи . Состояние удовлетворительное. Пульс 74 уд/мин. АД 140/90 мм. рт.ст. Язык влажный, чистый, сосочки выражены. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот мягкий, болезненный, участвует в акте дыхания. Отправления в норме.

15-16.02.05

Состояние удовлетворительное, стабильное. Жалобы на тянущие боли в области выпячивания. Сделаны анализ крови. Анализ мочи, Б/Х.Планируется оперативное лечение в плановом порядке под общим обезболиванием на 17.02.Противопоказаний к операции нет. Согласие больной на операцию получено. План операции: 1.Оперативный доступ; 2.Мобилизация грыжевого мешка; 3.Иссечение грыжевого мешка; 4.Пластика; 5.Послойное ушивание ткани.

17.02.05

10:30 – 14:30 Проведено оперативное вмешательство.

15:50 на фоне адекватного спонтанного дыхания, восстановленных элементов сознания, мышечного тонуса и основных рефлексов – экстубирована, дыхание адекватное, ЧД=18 в/мин, РО2=95%.

16:00 Сделано обезболивание – промедол 2%-1 мл в/м.

20:00 – Sol.Promedole 2%-1 мл в/м.

Состояние соответствует тяжести перенесенной операции.Сознание адекватно. Жалобы на боли в области оперативного вмешательства,кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.

В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет.

В сердце – тоны приглушены, ритм правильный, АД – 140/90 мм.рт.ст., П=102 в/мин.

Живот послеоперационный , повязка сухая, по дренажу отделяемого = 5-10 мл. Температура 36,6 С.

24:00 Сделано обезболивание – промедол 2%-1 мл в/м.

18.02.05

6:00 Сделано обезболивание – промедол 2%- 1мл в/м.

7:00 Состояние средней тяжести. В сознании адекватна. Жалобы на боли и вздутие живота.

В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет.

В сердце – тоны приглушены, ритм правильный, АД – 130/90 мм.рт.ст., П =92 в/мин.

Живот умеренно болезненный, перистальтика не выслушивается ,повязка сухая, по дренажу отделяемого =2,5 мл.Температура 37,0 С.

Сахар крови за время наблюдения не повышается более 8,8 ммоль/л.

Удален перидуральный катетер, наложена асептическая повязка.

20.02.05

Состояние удовлетворительное. стабильное. Ночь провела спокойно. Жалоб нет. По внутренней органике статус прежний. Гемодинамика стабильная Живот мягкий, перистальтика не выслушивается, повязки сухие.

В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет.

В сердце – тоны приглушены, ритм правильный, АД – 130/90 мм.рт.ст., П =80 в/мин. Температура 37,0 С .

23.02.05

Состояние удовлетворительное. стабильное. Жалоб нет. По внутренней органике статус прежний. Гемодинамика стабильная Живот мягкий, перистальтика не выслушивается, повязки сухие.

В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет.

В сердце – тоны приглушены, ритм правильный, АД – 130/90 мм.рт.ст., П =82 в/мин. Температура 36,8 С.

Седьмой день после операции. С сегодняшнего дня ест бульон с сухарями.

Гликемия за 22.02 6,0-7,0-6,3-6,2 ммоль/л. Рекомендован прием манинила 1,75 по 1,5 таблетки 2 раза в день под контролем гликемии 2 раза в неделю.

24.02.05

Состояние удовлетворительное. стабильное. Жалоб нет. В органах и системах негативных изменений нет. Гемодинамика стабильная Живот мягкий, перистальтика не выслушивается, повязки сухие.

В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет.

В сердце – тоны приглушены, ритм правильный, АД – 140/90 мм.рт.ст., П =88 в/мин. Температура 36,6 С.

Проведена перевязка-швы, наложена асептическая повязка, оставлен дренаж.

28.02.05

Состояние удовлетворительное. стабильное. Жалобы на боли в области оперативного вмешательства . По внутренней органике статус прежний. Гемодинамика стабильная Живот мягкий, перистальтика не выслушивается, повязки сухие.

В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет.

В сердце – тоны приглушены, ритм правильный, АД – 130/80 мм.рт.ст., П =82 в/мин. Температура 36,6 С.

Перевязка: удалена повязка; послеоперационная рана без острых воспалительных явлений; наложена асептическая повязка. Оставлен дренаж

7.03.05.

Состояние удовлетворительное. стабильное. Жалоб на боли в области оперативного вмешательства . В органах и системах негативных изменений нет. Гемодинамика стабильная Живот мягкий, перистальтика не выслушивается, повязки сухие.

В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет.

В сердце – тоны приглушены, ритм правильный, АД – 130/90 мм.рт.ст., П =89 в/мин. Температура 36,8 С.

Перевязка: удалены повязка и швы, послеоперационная рана без острых воспалительных явлений, наложена многослойная асептическая повязка.

10.02.05

Состояние удовлетворительное. стабильное. Жалоб нет. В органах и системах негативных изменений нет. Гемодинамика стабильная Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания, перистальтика не выслушивается.

В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет.

В сердце – тоны приглушены, ритм правильный, АД – 130/90 мм.рт.ст., П =80 в/мин. Температура 36,7 С.

15.02.05

Состояние удовлетворительное. стабильное. Жалобы на жидкий стул. В органах и системах негативных изменений нет. Гемодинамика стабильная Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания, перистальтика не выслушивается.

В легких дыхание везикулярное. Хрипов нет.

В сердце – тоны приглушены, ритм правильный, АД – 130/90 мм.рт.ст., П =82 в/мин. Температура 36,7 С.

Обследование у инфекциониста.

Жалобы на кашецеобразный стул 2 раза в сутки, периодически со слизью. Последние дни боли в кишечнике не отмечает.

Из анамнеза : страдает с 1998 года сахарным диабетом.

На протяжении нескольких лет отмечает периодический жидкий стул, легко рстраивается стул после приема свеклы и др. овощей.

После операции имело место расстройство стула до 4-5 раз со слизью.Давали несколько раз Фталазол по 1 таблетке, левомицетина. На сегодняшний день стул 2 раза в день. Аппетит сохранен.

Состояние удовлетворительное. Язык обложен, суховат. Живот пальпировать невозможно из-за многослойной повязки.

Больной необходимо дообследование амбулаторно или в стационаре.

Сделать анализы: 1.копрограмма

2.БАК анализ кала

3.кал на дисбактериоз

К лечению: Фуразолидон 0,1 4 раза в день, ферменты 1\*3 во время еды, пробиотики( бификол по схеме, линекс курс 1,5-2 месяца ).

**Выписка**

Пациентка \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 23.09.1948 г. рождения поступила в клинику общей хирургии СибГМУ 14.02.05 с диагнозом: невправимая гигантская пупочная грыжа. При поступлении постоянно ноющие боли. Проведен комплекс диагностических мероприятий.

1. ОАК ( 15.02.05 )

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель |  |
| Гемоглобин (10\*12/л) | 127 |
| Эритроциты (10\*12/л) | 4,08 |
| Цветной показатель | 0,9 |
| Лейкоциты (10\*9/л) | 5,6 |
| СОЭ (мм/час) | 33 |
| Нейтрофилы % |  |
| -миелоциты | - |
| -метамиелоциты | - |
| -палочкоядерные | 1 |
| -сегментоядерные | 60 |
| Эозинофилы % | 2 |
| Базофилы % | 1 |
| Лимфоциты % | 31 |
| Моноциты % | 5 |
| Плазмоциты % | - |

2. Биохимические показатели крови (15.02.05 )

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | 15.02.05 |
| Билирубин общ. | 12,5/ - |
| Общий белок | 71,6 |
| АСАТ | 17,0 |
| АЛАТ | 24,0 |
| Альфа-амилаза сыворотки | 66,0 |
| Мочевина | 6,6 |
| Креатинин | 0,1 |
| Натрий | 149,0 |
| Калий | 5,6 |
| Глюкоза | 7,4 |

3. ОАМ (15.02.05 )

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | 15.02.05 |
| Цвет | Желтый |
| Прозрачность | Прозрачная |
| Удельный вес | - |
| Белок | Отрицательно |
| Желчные пигменты | - |
| Кетоновые тела | - |
| Микроскопия осадка: | L- 2-4 |
| Наличие оксалатов | - |
| эпителий | Плоский |

4. Реакция Вассермана (15.02.05 )

- отрицательная –

5. ЭКГ (18.02.05 ) – горизонтальное положение ЭОС, синусовый ритм 97 в/мин, без выраженных изменений.

6. УЗИ брюшной стенки (15.02.05)

Толщина передней брюшной стенки справа – в/3 38 мм , с/3 40мм, н/3 45 мм. Слева – в/3 38 мм, с/3 44 мм, н/3 76 мм.

Толщина прямых мышц живота : справа – 8 мм ,слева – 7 мм.Обе мышцы с выраженными признаками жирового перерождения. Резко растянуты.

Ширина белой линии живота: в/3 27 мм., с/3 90 мм .

Определяется грыжевой дефект очень больших размеров, толщина брюшной стенки над ними не превышает 2-3 мм. Содержимым грыжевого мешка являются петли тонкого кишечника с резко ослабленной перистальтикой, сальник. Жидкости в грыжевом мешке нет . Перистальтика кишечника в целом ослаблена.

7. Комплексная спирография: с бандажом и без него. Вентиляция легких в пределах нормы.

8.Консультация терапевта.

ИБС в сочетании с ГБ риск 3, экстрасистолия Но,ожирение 4 степени.

9.Консультация инфекциониста.

Рекомендовано дообследование в условиях поликлиники.

17.02.05 Выполнена гермиолапаротомия, резекция сальника, аппендектомия, аутогермиопластика, шовная коррекция ,ДПНЖ .В послеоперационном периоде получала обезболивающую терапию, антибактериальную терапию, антиагрегационную терапию, перевязки. Швы сняты окончательно на 18 сутки , без особенностей. В послеоперационном периоде выраженная лимфоррея.

Диагноз : -основной- приобретенная вправимая гигантская грыжа.

- сопутствующие- 1.Ожирение III степени

2. Сахарный диабет II типа

3.Миома матки

4.Гипертоническая болезнь II степени риск 4

5. Хронический аппендицит

6. Жировое перерождение тканей передней брюшной стенки

Пациентка выписывается под наблюдением хирурга, даны рекомендации. Наблюдение хирурга поликлиники, охранительный режим 3 месяца, диетоограничение жирного, острого, консультация инфекциониста , эндокриноглогия.

Прием тромбоксана 50 мг в день, фуралидон 0,1 4 раза в сутки, пензинорин 1раза в сутки, пробиотики.

Список литературы

## 1.М.И.Кузин. Хирургические болезни М.:"Медицина",1987 2.И.Ф.Матюшин.Операции при грыжах брюшной стенки. Горький,1977 3.К.Д.Тоскин, В.В.Жебровский. Грыжи брюшной стенки.М.:"Медицина",1990 4.Н.В.Воскресенский, С.Л.Горелик. Хирургия грыж брюшной стенки. М:"Медицина",1965

5.Тетенев Ф. Ф. Физические методы исследования в клинике внутренних болезней (клинические лекции). 2-е изд., перераб. и доп. Томск: Томский государственный университет, 2001. 392 с.

Подпись куратора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_