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

**Дата рождения:** 4.04.1982г.

**Место жительства:** поселок Светлый

**Место работы:** ЧП**,** водитель.

**Национальность:** русский

**Диагноз при поступлении:** вентральная грыжа

**Дата поступления:** 22.10.2004г.

**Клинический диагноз:**

1. **основное заболевание:** hernia postoperativa ventralis
2. **осложнения основного заболевания: -------------**
3. **сопутствующие заболевания:** bronchitis chronica

**Операция:** herniotomia, hernioalloplastica preperitonealis.

**Обезболивание:** общий эндотрахеальный наркоз.

**Осложнения операции:** нет

**Исход заболевания:** выздоровление

 **Анамнез**

1. **Жалобы**

**Жалобы при поступлении:**

* боли в области живота и опухолевидного выпячивания тупого характера, слабой интенсивности, возникающие после приема пищи и при кашле.
* дискомфорт, тяжесть в желудке после приема пищи
* наличие опухолевидного образования в области живота, причиняющего неудобства

**Жалобы на момент обследования:**

* на момент обследования больной жалоб не предъявляет
	1. **Анамнез развития заболевания.**

27 марта 2004 года \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* был доставлен в экстренном порядке по «Скорой помощи» в ОКБ с ножевым ранением области живота с повреждением капсулы печени и массивной кровопотерей. Больной был прооперирован в экстренном порядке, находился на лечении в хирургическом отделении 20 дней, из них первые сутки после операции в отделении реанимации. Со слов больного, послеоперационный шов заживал плохо. Еще в период нахождения в больнице пациент стал обращать внимание на появление в области послеоперационного рубца опухолевидного выпячивания небольших размеров. Выпячивание появлялось при напряжении мышц живота и в вертикальном положении. После выписки из больницы по рекомендации врача пациент носил бандаж, однако выпячивание постепенно увеличивалось. Стали беспокоить тупые боли слабой интенсивности в области живота, возникающие при кашле, после приема большого количества пищи. Боли возникали 1-2 раза в несколько дней. В августе-сентябре 2004 года боли постепенно стали возникать почти после каждого приема пищи, стали беспокоить тяжесть и дискомфортные ощущения в животе, также после приема пищи.

22 октября 2004г. \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* в связи с усилением болей самостоятельно обратился в приемный покой ОКБ и был госпитализирован в хирургическое отделение для дальнейшего обследования и лечения.

1. **Анамнез жизни**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* родился 4 апреля 1982 года первым ребенком в полной семье. Рос и развивался соответственно возрасту. Какими из детских инфекций переболел, больной не помнит. С 3 месяцев поставлен диагноз хронического дисбактериоза кишечника, по поводу которого больному неоднократно проводилось лечение в детском возрасте. В 13 лет - перелом левой руки. В мае 2004 года был доставлен «скорой помощью» в ОКБ с ножевым ранением области живота. Летом 2004 года при обследовании в Тимирязевской районной больнице были обнаружены высокие цифры сахара в нагрузочном тесте. Лечение по данному поводу не проводилось. В августе 2004 года лечился в неврологическом отделении ОКБ по поводу левостороннего неврита лицевого нерва. Наличие других травм и заболеваний отрицает. Женился в 2004 году. Работает водителем такси в частном предприятии, профессиональных вредностей не отмечает. В данное время проживает в г. Томске в благоустроенном доме. Питание в семье достаточное, полноценное, регулярное. Курит с 14 лет, примерно по 1 пачке в день. Со слов пациента алкоголем не злоупотребляет, употребление наркотических и психотропных веществ отрицает.

* 1. **Семейный анамнез**

О заболеваниях бабушек и дедушек по материнской и отцовской линии не знает. Со слов пациента, у родителей хронических заболеваний нет. Имеет двух младших братьев, оба здоровы. Жена и ребенок здоровы. Наличие у близких родственников случаев сифилиса, туберкулеза, нервных, психических, обменных и других наследственных болезней отрицает.

* 1. **Аллергологический анамнез**

В 2004 году была выявлена лекарственная аллергия на никотиновую кислоту. Имеются аллергические реакции на тополиный пух.

 **Объективное исследование**

**Общий осмотр.**

*Состояние:* удовлетворительное

*Сознание****:*** полное

*Тип телосложения:* гиперстенический

*Положение больного:* активное

*Выражение лица:* осмысленное

*Рост:* 180см.

*Вес:* 95кг.

*Кожа, слизистые оболочки:*

 Кожа розового цвета, сухая, тургор не снижен, сыпи, расчесов нет. Оволосение по мужскому типу, равномерное. Ногти нормальной формы, признаков деформации, грибковых поражений нет. Видимые слизистые розового цвета, чистые, влажные, желтушного прокрашивания уздечки языка и склер нет. По средней линии живота от мечевидного отростка до пупка имеется послеоперационный шрам длинной 18 см.

*Подкожно-жировой слой:* сильно выражен, распределен равномерно. Признаков отеков нет.

*Лимфатические узлы:* при общем осмотре и пальпации увеличения отдельных лимфатических узлов не наблюдается.

*Шея:* шейные лимфоузлы пальпаторно неувеличены, сосуды шеи без видимой пульсации, не набухшие. Щитовидная железа определяется пальпаторно, неувеличена, при пальпации безболезненна, умеренно подвижная, консистенция эластичная.

*Ротовая полость:* видимые слизистые рта, мягкого неба, десна розового цвета, чистые, влажные. Язык обычных размеров, розовый, влажный, сосочки выражены, налета и наложений нет. Зубы с участками кариозной пигментации.

**Костно-мышечная система**

Череп правильной формы, без аномалий развития. Позвоночник: физиологические изгибы сохранены, патологических деформаций нет. Грудная клетка гиперстенического типа. Рёберные промежутки не расширены, ход ребер косой, над- и подключичные ямки выражены умеренно, эпигастральный угол более 90 градусов. Кости верхних и нижних конечностей не деформированы, признаков периостита нет. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус не снижен, болезненности при прощупывании нет, гипертрофии\атрофии отдельных групп мышц нет. Суставы верхних и нижних конечностей симметричны, подвижны, объем движений полный.

**Дыхательная система**

*Осмотр:* грудная клетка гиперстенического типа, симметричная, обе половины равномерно участвуют в дыхательных движениях. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с правой и левой стороны. Ход ребер косой, выпячиваний и ундуляции межреберных промежутков нет. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Дыхание глубокое, ритмичное, тип дыхания смешанный. Частота дыхания 16\мин.

*Пальпация:* грудная клетка при пальпации безболезненна, эластичная. Голосовое дрожание над передней и боковой поверхностями грудной клетки на симметричных участках проводится одинаково, не изменено.

*Перкуссия:* при сравнительной перкуссии по передней, боковой и задней поверхностям грудной клетки над легкими определяется легочной перкуторный звук, одинаковый на симметричных участках.

Гамма звучности над передними и задними отделами легких сохранена. Высота стояния верхушек легких спереди справа и слева составляет 3см. Высота стояния верхушек легких сзади на 1,5см. ниже VII шейного позвонка. Ширина полей Кренига справа и слева составляет 6см. Подвижность нижнего края легкого на вдохе составляет 3см. (второй метод).

|  |
| --- |
|  Нижние границы легких |
| Линия | Правое легкое | Левое легкое |
| l.parasternalis | V межреберье |  ------------------ |
| l.medioclavicularis | VI ребро |  ------------------ |
| l.axillaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| l.axillaris media  | VIII ребро | VIII ребро |
| l.axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| l. scapularis  | X ребро | X ребро |
| l.paravertebralis | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

*Аускультация:* над легкими выслушивается везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. При бронхофонии над периферическими отделами легких выслушивается неразборчивый звук, что соответстует норме.

**Сердечно-сосудистая система**

*Осмотр:* при осмотре выпячиваний, видимой пульсации в области сердца не выявлено, эпигастральной пульсации нет, видимой пульсации сосудов и аорты нет.

*Пальпация:* при пальпации верхушки сердца верхушечный толчок определяется в V межреберье по l.mediaclavicularis, не разлитой, не усилен, положительного характера, диаметром 2см. При пальпации основания сердца патологической пульсации не обнаружено. Толчок правого желудочка пальпаторно не определяется.

*Перкуссия:*

|  |
| --- |
|  Топографическая перкуссия границ сердца |
| Граница | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Правая  | IV межреберье на 1,5см кнаружи от правого края грудины | Левый край грудины |
| Верхняя | III ребро | IV ребро |
| Левая | на l.mediaclavicularis | на l.mediaclavicularis |

Ширина сосудистого пучка составляет 6см.

*Аускультация:* при аускультации сердца выслушивается нормальный ритм.

Аускультативно шумы на крупных сосудах не выслушиваются.

*Пульс:* одинаков на обеих руках, удовлетворительного наполнения, твердый, форма пульсовой волны правильная, пульс ритмичный 72 уд\мин (не учащен), стенка сосуда эластичная.

**Пищеварительная система.**

*Осмотр:*

Слизистые губ, щек, десен, твердого и мягкого неба, зева, задней стенки глотки розового цвета, чистые, влажные. Миндалины обычной величины и консистенции, не выходят за пределы небных дужек. Язык обычных размеров, розовый, влажный, сосочки умеренно выражены, налета нет. Живот округлой формы, симметричный, брюшная стенка участвует в акте дыхания. По средней линии живота имеется послеоперационный рубец длиной 18 см. В положении стоя определяется опухолевидное образование размером 32×20 см, подвижное, эластичное, безболезненное. В положении лежа опухолевидное образование не определяется. Пальпируются грыжевые ворота размером 21×14см. Симптом кашлевого толчка положительный. Скопление жидкости и газов не определяется.

*Пальпация:* при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Глубокая пальпация:

* слепая кишка – расположена правильно (в средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.
* сигмовидная кишка расположена правильно (на границе нижней и средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости), диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, определяется урчание.
* поперечная ободочная кишка расположена правильно, на 2 см выше пупка, диаметром 3см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.
* восходящая, нисходящая ободочная кишка - диаметром 2см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность достаточная, при пальпации безболезненна, урчание не определяется.

 *Печень:*

При пальпации край печени не выходит за пределы реберной дуги, закругленный, эластичный, ровный, безболезненный. Желчный пузырь пальпаторно не определяется. Симптомы желчного пузыря отрицательные. Пальпация в проекции поджелудочной железы безболезненная.

Границы печени:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Граница | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| верхняя | V ребро | VI ребро |
| нижняя | На границе верхней и средней ⅓ расстояния от пупка до основания мечевидного отростка |
| левая | Не выходит за левую l.parasternalis |

Размеры печени по Курлову:

1. От верхней границы абсолютной тупости до нижней границы – 11см.
2. От основания мечевидного отростка до нижней границы – 9см.
3. От основания мечевидного отростка до левой границы – 8см.

*Селезенка:*

Пальпаторно селезенка не определяется.

Длинник = 12см

Поперечник = 8см

**Мочевыделительная система**

Область поясницы не изменена. Симптом поколачивания отрицателен с обоих сторон. Пальпаторно почки не определяются, что соответствует норме.

**Status localis**

Живот округлой формы, симметричный, брюшная стенка участвует в акте дыхания. По средней линии живота имеется послеоперационный рубец длиной 18 см. В положении стоя определяется опухолевидное образование размером 32×20 см, подвижное, эластичное, безболезненное, вправляемое. В положении лежа опухолевидное образование не определяется. Пальпируются грыжевые ворота размером 21×14см. Симптом кашлевого толчка положительный. Скопление жидкости и газов не определяется. При пальпации живот мягкий, безболезненный. При пальпации край печени не выходит за пределы реберной дуги. Симптомы желчного пузыря и поджелудочной железы отрицательны. Размеры печени по Курлову 11×9×8 см. Пальпаторно селезенка не определяется. Размеры селезенки 12×8 см.

 **Данные лабораторных исследований**

1. Общий анализ крови (от 18.10.2004г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/лЭритроциты, 1012/лЦветной показательЛейкоциты, 109/лСОЭ, мм/часНейтрофилы с/я, %Нейтрофилы п/я, %Эозинофилы, %Лимфоциты, %Моноциты, % | 1805,21,07,236512303 | 130 – 1674,28 – 5,300,85 – 1,054,78 – 7,681 - 1047 – 720-60-519 – 373 – 11  |

Заключение: повышение уровня гемоглобина.

1. Общий анализ крови (от 25.10.2004г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/лЭритроциты, 1012/лЦветной показательЛейкоциты, 109/лСОЭ, мм/часНейтрофилы с/я, %Нейтрофилы п/я, %Эозинофилы, %Лимфоциты, %Моноциты, % | 1705,31,04,736134293 | 130 – 1674,28 – 5,300,85 – 1,054,78 – 7,681 - 1047 – 720-60-519 – 373 – 11  |

Заключение: повышение уровня гемоглобина.

1. Общий анализ мочи (от 13.10.2004г.)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Полученные данные |
| ЦветПрозрачностьУдельный вес БелокГлюкозаМикроскопия осадкаСоли оксалатаСлизьСперматозоиды | соломенно-желтыйпрозрачная1023отрицательныйотрицательныйединичные клетки эпителия в полях зрения 2-3-2++++ |

 Заключение: анализ мочи без особенностей.

1. Определение группы крови (от 26.10.2004г.)

Группа крови А (II), резус-фактор +.

1. Биохимический анализ крови (от 11.10.2004г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Норма |
| Глюкоза, ммоль\лα-амилаза сыворотки, едМочевина, ммоль\лКреатинин, ммоль\лОбщий белок г\л | 7,225,35,50,10570 | 3,5-5,512-322,5-8,30,044-0,1265-85 |

Заключение: повышение уровня глюкозы.

1. Биохимический анализ крови (от 26.10.2004г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Норма |
| Глюкоза, ммоль\лОбщий белок г\л | 4,475 | 3,5-7,565-85 |

Заключение: биохимический анализ крови без особенностей.

1. Показатели свертываемости крови (от 11.10.2004г.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Протромбиновый, %Протромбиновое время, секФибриноген общий, г/лФибриноген В, г/лЭтаноловый тест | 10714\152,6отр.отр. | 80 – 10510-142,5 – 3,5отр.отр. |

Заключение: незначительное повышение протромбинового индекса и протромбинового времени.

1. Гликемический профиль (от 25.10.2004г.)

|  |  |
| --- | --- |
| Время |  |
| 8.00 | 4,0 |
| 13.00 | 4,3 |
| 18.00 | 6,3 |
| 22.00 | 5,5 |

Заключение: повышение уровня глюкозы в 2 пробах: снижение толерантности к глюкозе.

 **Данные инструментальных исследований**

1. ЭКГ (от 13.10.2004г.)

Заключение: ритм синусовый, ЧСС= 69 уд\мин. Вертикальное положение электрической оси сердца. Поворот сердца вокруг продольной оси левым желудочком вперед.

* 1. Спирография (от 18.10.2004г.)

Заключение: состояние аппарата вентиляции в пределах условной нормы.

 **Консультации узких специалистов**

**Консультация анестезиолога (от 25.10.2004г.):**

Состояние удовлетворительное, больной контакту доступен. Кожные покровы обычные, слизистые розовые, увлажненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень расположена по краю реберной дуги. Пальпируется грыжевое выпячивание передней брюшной стенки. Стул, диурез в норме.

Рекомендовано: повторно гликемический профиль, биохимический анализ крови на азотистые шлаки. Подготовка к операции в профильном отделении.

 **Обоснование диагноза.**

Клинический диагноз постоперационной вентральной грыжи живота ставится на основании:

1. Жалоб больного на:
	* наличие опухолевидного образования в области живота, причиняющего неудобства
	* болей в области живота и опухолевидного образования после приема пищи и при кашле
	* тяжесть в желудке после приема пищи
2. Данных анамнеза: в марте 2004 года больной был доставлен по «Скорой помощи» в ОКБ с проникающим ножевым ранением живота, по поводу чего был прооперирован в экстренном порядке. Со слов больного, послеоперационный шов заживал плохо. После операции больной начал замечать появление в положении стоя опухолевидного образования на животе, которое со временем увеличилось в размере. Одновременно стали появляться боли в животе после обильного приема пищи. Боли со временем возникали чаще, и к моменту поступления беспокоили больного почти после каждого приема пищи.
3. Данных объективного обследования:

При осмотре по средней линии живота имеется послеоперационный рубец длиной 18 см. В положении стоя определяется опухолевидное образование размером 47×26 см, подвижное, эластичное, безболезненное, вправляемое. В положении лежа опухолевидное образование не определяется. Пальпируются грыжевые ворота размером 10×12см. Симптом кашлевого толчка положительный.

Осложнений основного заболевания нет.

 **Дифференциальный диагноз.**

Наиболее часто дифференциальный диагноз послеоперационной неущемленной вентральной грыжи проводят с липомой передней брюшной стенки и ущемленной грыжей живота.

1. **Липома передней брюшной стенки.**
	* Общие признаки: жалобы на наличие опухолевидного образования в области живота, причиняющего неудобства, при пальпации образование мягкое, безболезненное, подвижное. Предрасполагает к развитию липомы наличие избыточной массы тела у пациента.
	* Различия: при липоме как правило не возникает жалоб на боли и диспепсические явления. Липома не исчезает в положении лежа, не вправляется. При пальпации липомы как правило обнаруживается дольчатое строение и наличие капсулы, не пальпируются грыжевые ворота. При липоме симптом кашлевого толчка отрицателен. Для липомы также нехарактерны такие большие размеры.

На основании этих данных можно отвергнуть диагноз липомы передней брюшной стенки.

1. **Ущемленная вентральная грыжа**
	* Общие признаки: наличие опухолевидного образования в области живота, жалобы на боли и диспепсические явления. При осмотре определяется опухолевидное образование передней брюшной стенки, мягкое, подвижное.
	* Различия: для ущемленной грыжи характерно внезапное возникновение резких интенсивных болей, тяжелое общее состояние. Пальпация, как правило, болезненна. Грыжевой мешок не вправляется, не исчезает в положении лежа. При пальпации ощущается урчание кишечника. Симптом кашлевого толчка отрицательный.

На основании этих данных можно отвергнуть диагноз ущемленной грыжи передней брюшной стенки.

 **Характеристика основного заболевания**

*Грыжа* - выхождение внутренностей какой-либо полостей через дефект брюшной стенки, через каркас, с сохранением целостности внутренней и наружной оболочек. В настоящее время 10-15% всех выполняемых плановых грыжесечений приходится на послеоперационные и вентральные грыжи. По данным Калиша Ю.И. и соавторов, грыжи возникают у 5% больных после не- осложненных лапаротомий и у 10% больных после нагноительных процессов послеоперационных ран.

*Этиология:* предрасполагающими факторами в развитии послеоперационных грыж являются:

* нагноение послеоперационной раны
* тампонирование брюшной полости через рану
* лигатурные свищи
* эвентрации
* крупные дренажные отверстия
* атрофия в зоне послеоперационного рубца
* повышенное внутрибрюшное давление
* пересечение при разрезах нервов брюшной стенки
* слабость фасции брюшной стенки, связанная с аномалиями строения коллагена
* ранние нагрузки и невыполнение режима в послеоперационном периоде
* снижение репаративных способностей макроорганизма

Чаще всего послеоперационные грыжи развиваются после нижнесрединной лапаротомии (18,8%), транс- и параректальных доступов к желчному пузырю (17,8%), после операций на матке и придатках (разрезы по Пфаненштилю, Черни – 18,7%), доступ к желчному пузырю по Кохеру – 12,4%, доступов с расширением оперативной раны в виде якоря и по Рио-Бранко – 16,8%.

*Классификация:*

1. По локализации:
	* срединные;
	* боковые.
		1. По величине:
			+ малые (до 10 см)
			+ средние (11-20 см)
			+ большие (21-25 см)
			+ гигантские (>25см )
2. По форме:
	* полушаровидные
	* сплющенные
	* типичные
3. По клинике:
* свободные,
* невправимые,
* ущемленные.
1. По числу грыжевых ворот:
* одноворотные
* двухворотные
* многоворотные
1. По числу камер в грыжевом мешке:
* однокамерные
* двукамерные
* многокамерные

*Патогенез:*

Механизм образования грыжи сложен и многообразен. Выделяют следующие факторы:

1. Местные факторы:
	* изменение топографоанатомического расположения органов и тканей
	* изменение физико-химических свойств тканей в месте выхода грыжи
2. Общие факторы
3. Предраспологающие:
	* особенности конституции
	* пол и возраст
	* неблагоприятные условия труда
	* ожирение или истощение
	* беременность
4. Производящие (повышают внутрибрюшное давление):
* тяжелые физические нагрузки
* хронический кашель
* запоры
* трудные роды
* затрудненное мочеиспускание и т.д.

Роль наследственной предрасположенности не вызывает сомнения. Речь идёт о наследственной передаче особенностей анатомического строения брюшной стенки. При тщательном изучении анамнеза влияние этого фактора выявляется у 20-25% больных (А.П. Крымов). R. Berger установил, что из каждых 4-х больных один происходит из семьи, в которой у других её членов также имелась грыжа. У лиц гиперстенического (брахиоморфного) типа телосложения имеются предпосылки для появления диафрагмальных, эпигастральных и прямых паховых грыж. При астеническом (долихоморфном) телосложении чаще наблюдаются пупочные, косые паховые и бедренные грыжи. В настоящее время уделяется большое внимание патогенезу грыж на биохимическом и генном уровнях. E.E. Peacock, J.W. Madden (1978) изучили скорость синтеза и разрушения коллагена в фасции поперечной мышцы живота на стороне грыжи и на противоположной стороне, где не было грыжевого выпячивания. Они обнаружили, что скорость процессов разрушения коллагена на стороне грыжевого выпячивания выше. Предположение, что аномалии в строении молекулы коллагена являются предрасполагающими факторами в развитии грыж, нашло подтверждение при изучении гидроксипролина (кислоты, являющейся основой коллагена), который был взят из апоневроза m. abdominalis rectus у лиц с паховой грыжей и у здоровых. У больных с паховой грыжей обнаружено значительное снижение количества гидроксипролина,не связанное ни с возрастом, ни с мышечной массой исследуемых.

*Клиническая картина:*

Клиника зависит от степени нарушения функции внутренних органов, особенно входящих в состав грыжевого содержимого, от наличия спаек между передней брюшной стенкой и внутренними органами. При послеоперационных грыжах больших размеров нарушаются функции брюшной стенки, что может сопровождаться диспептическими и дизурическими нарушениями, скоплением химуса в просвете кишечника, эндогенной интоксикацией. При нарушении функции брюшной стенки опосредованно могут нарушаться функция экстраабдоминальных органов. Послеоперационные грыжи, как правило, относятся к большим и гигантским грыжам.

  **Лечение основного заболевания**

Устранить грыжу можно только оперативным путём. Применение бандажа является паллиативным мероприятием и применяется в тех случаях, когда по той или иной причине операция не может быть произведена. На сегодняшний день имеется более 200 способов пластики послеоперационных грыж, однако все они недостаточно эффективны, особенно при гигантских грыжах. Существует 2 группы оперативных методик:

1. герниопластика собственными тканями
2. герниопластика с использованием других материалов:
	* гетеропластика сетками из металлов или полимеров
	* ксенопластика тканями животных

Методики применения сеток при лечении вентральных грыж можно разделить на три группы:

1. Укрепление передней брюшной стенки путем фиксации сетчатого трансплантата к апоневрозу над грыжевым дефектом.
2. Укрепление передней брюшной стенки путем помещения сетки предбрюшинно под мышечно-апоневротическим слоем.
3. Лапароскопические вмешательства, при которых сетчатый трансплантат фиксируют изнутри брюшной полости, закрывая в виде заплаты грыжевые ворота.

Для каждого пациента методику выбирают индивидуально с учетом величины грыжи, состояния передней брюшной стенки и функциональных возможностей конкретного больного.

Показания к операции:

1. Абсолютные показания:
	* ущемление грыжи
	* воспаления грыжи
	* травма грыжевого мешка
2. Относительные показания:
* опасность ущемления грыжи
* невправимость грыжи
* причиняемый грыжей дискомфорт
* ограничение трудоспособности

Противопоказания к операции:

* 1. Абсолютные противопоказания:
* состояние шока
* острая стадия инфаркта миокарда или инсульта
	1. Относительные противопоказания:
* тяжелые соматические заболевания
* патологии свертывающей системы крови
* возраст (дети, старики)
* III триместр беременности
* сопутствующая онкологическая патология
* острые инфекционные заболевания
* хронические заболевания в стадии обострения

*Предоперационная подготовка:*

Во время операции по поводу вентральных грыж больших размеров уменьшается объем брюшной полости, соответственно повышается внутрибрюшное давление. Повышение внутрибрюшного давления, за счет давления на диафрагму приводит к увеличению внутригрудного давления и снижению экскурсии легких, изменению электролитической оси сердца. На фоне увеличения внутрибрюшного давления и операционной травмы может развиться парез кишечника. При парезе увеличивается внутрипросветное давление в ЖКТ, увеличивается образование и всасывание эндотоксинов. Увеличение внутрипросветного давления в ЖКТ приводит к увеличению объема кишечника, а соответственно усугубляет внутрибрюшную гипертензию. Увеличивается и давление в зону швов передней брюшной стенки, что может привести к рецидиву грыжи.

Тщательное обследование больных до операции и адекватная предоперационная подготовка являются обязательным требованием к успешному лечению больных с большими и гигантскими послеоперационными вентральными грыжами. Такие больные, несомненно, составляют особую группу риска, поскольку резкое повышение внутрибрюшного давления в первые часы после герниопластики может привести к декомпенсации функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем, вызвать полиорганную недостаточность и летальный исход. Наличие и степень выраженности сопутствующих заболеваний должны особо учитываться при предоперационной подготовке этих больных. До операции у пациентов с большими и гигантскими грыжами необходимо изучить функциональное состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Больным проводится спирометрия – определяются дыхательный объем, форсированный выдох, изучаются газы крови – рО2, рСО2, рН крови, кислородная сатурация артериальной крови (SaO2). При компьютерной томографии туловища определяют, какой объем кишечника находится в грыжевом мешке.

Всех больных с вентральными послеоперационными грыжами можно разделить на 3 группы:

* I группа – больные с нормальными функциональными показателями, у которых операция не представляет серьезной опасности;
* II группа – больные со сниженными функциональными показателями, однако которые могут быть улучшены в течение нескольких недель или месяцев предоперационной подготовки;
* III группа – больные с выраженными нарушениями функциональных показателей, которые практически не могут быть улучшены перед операцией;

Последняя группа больных представляет серьезную проблему для хирургического лечения, и чаще всего у этих больных приходится отказываться от пластики грыжи.

Больные I группы, не представляющие серьезного риска, могут быть оперированы без особой подготовки. Больные II группы требуют тщательной предоперационной подготовки, которая может занимать от нескольких дней до нескольких месяцев. Принципы предоперационной подготовки следующие:

1. При избыточной массе тела больной перед операцией должен похудеть.
2. Подготовка функциональных возможностей легких включает:
* отказ от курения;
* выполнение дыхательных упражнений, тренировка сердечной и дыхательной систем путем выполнения упражнений типа подъем по лестнице и др.;
* прием муколитических и отхаркивающих препаратов;
* постуральный дренаж;
* курс физиотерапевтических процедур (ингаляции, при необходимости – лазерные процедуры, СВЧ, ультразвук на область грудной клетки);
* специальные дыхательные упражнения с сопротивлением выдоху (надувание резиновых камер и др.).
1. Наложение пневмоперитонеума как адаптация к повышенному внутрибрюшному давлению.
2. Подготовка кожи в области операции путем лечения (обработка дезинфицирующими, спиртовыми растворами, кварцевание) гнойных ран, экскориаций, трофических язв и других поражений кожи.
3. Лечение сопутствующих заболеваний (кардиальной патологии, гипертензии, сахарного диабета и др.).

Поскольку все операции при больших вентральных грыжах выполняют под общим обезболиванием, в предоперационной подготовке и обследовании больных должен участвовать опытный анестезиолог.

 **Лечение данного больного.**

У \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* применение консервативного лечения (ношение бандажа) не будет эффективно (в связи с большим размером грыжи), поэтому рекомендуется хирургический метод лечения. В связи с большими размерами послеоперационной грыжи операции герниопласткии с применением собственных тканей будут мало эффективны (высокий риск рецидивирования грыжи), поэтому наиболее оптимальной будет герниопластика с применением полимерной сетки большого размера.

По данным проведенного обследования больного можно отнести к I группе риска (отсутствие тяжелых соматических заболеваний, хорошее состояние функциональных систем организма), поэтому операция может быть проведена без особой предварительной подготовки. Перед операцией больному рекомендуется соблюдение диеты №9, исключить физическую нагрузку. Накануне операции – голод и проведение очистительной клизмы, на ночь - прием транквилизаторов (сибазон, феназепам, нозепам).

В послеоперационном периоде назначаются антибиотики широкого спектра действия, наркотические анальгетики для купирования болевого синдрома, в первые дни – внутривенные инфузии (глюкоза 5%, физ. раствор, раствор Рингера и т.д.) с целью восполнения кровопотери. Пациент первые 2-3 дня должен соблюдать постельный режим.

После операции в течении 6 месяцев пациенту рекомендуется избегать физических нагрузок, а также ношение бандажа. При соблюдении этих рекомендаций прогноз благоприятный.

 **Операция.**

Хирурги: Сельнина, Хващевский

Ассистент: Серебров

Анестезиолог: Попадейкин

Диагноз до операции: постоперационная вентральная грыжа.

Диагноз после операции: постоперационная вентральная грыжа.

Наркоз.

Операция: герниотомия, предбрюшинная аллопластика.

Доступ: срединная лапаротомия с иссечением старого рубца. Выделен грыжевой мешок 20×15 см. Содержимое – сальник, заправлен в брюшную полость. Грыжевые ворота размером 25×15 см. Брюшина отделена от апоневроза, листки брюшины сшиты между собой. На брюшину фиксирована проленовая сетка с фиксацией краев к передней брюшной стенке на расстоянии 5 см. от края грыжевых ворот. Дренажи по боковым каналам в области фиксации сетки. Брюшная стенка ушита без натяжения. Установлен дренаж подкожной клетчатки по Редону. Наложена асептическая повязка.

 **Этапный эпикриз.**

Больной \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* . 22 года поступил в порядке самообращения приемное отделение ОКБ 22 октября 2004г. При поступлении больной предъявлял жалобы на:

* 1. Наличие большого опухолевидного выпячивания на передней брюшной стенке, причиняющее ему неудобства и ограничивающее трудоспособность.
	2. боли в области живота и опухолевидного выпячивания тупого характера, слабой интенсивности, возникающие после приема пищи и при кашле.
	3. дискомфорт, тяжесть в желудке после приема пищи

После осмотра дежурным врачом поставлен диагноз: постоперационная вентральная грыжа. Больной помещен в отделение общей хирургии ОКБ для подготовки к плановой операции герниотомии и герниопластики. На момент обследования больной жалоб не предъявлял.

Из анамнеза больного установлено, что в марте 2004г. \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* был доставлен в ОКБ в порядке скорой помощи с проникающими ножевым ранением брюшной полости. Была произведена экстренная операция. Со слов больного, послеоперационный шов заживал плохо. В послеоперационном периоде больной впервые обратил внимание на появление в области операционного рубца опухолевидного образования, которое со временем увеличивалось. Стали возникать боли и дискомфорт в животе после приема пищи, которые со временем появлялись чаще и становились интенсивнее, что заставило больного обратиться к врачу. У больного имеется лекарственная аллергия на никотиновую кислоту.

В период нахождения в отделении больному проведено полное обследование (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, анализ свертывающей системы, спирография, ЭКГ), при которых патологии не выявлено. В биохимическом анализе крови и гликемическом профиле имеется повышение сахара крови (до 7,2 ммоль\л). Группа крови А (II), резус-фактор +. При осмотре живот округлой формы, симметричный, брюшная стенка участвует в акте дыхания. По средней линии живота имеется послеоперационный рубец длиной 18 см. В положении стоя определяется опухолевидное образование размером 32×20 см, подвижное, эластичное, безболезненное. В положении лежа опухолевидное образование не определяется. Пальпируются грыжевые ворота размером 21×14см. Симптом кашлевого толчка положительный. Скопление жидкости и газов не определяется.

Противопоказаний к оперативному лечению не выявлено.

29.10.2004г. проведена плановая операция герниотомии и предбрюшинной аллопластики под общим эндотрахеальным наркозом. Осложнений во время операции и в раннем послеоперационном периоде не возникло. Заживление раны первичным натяжением.

На данный момент \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* находится в отделении общей хирургии ОКБ в удовлетворительном состоянии. Получаемое лечение: Sol. Gentamycini 0,4% - 2 ml 2 раза в день в\м, Sol. Promedoli 2%-1ml. 3 раза в день в\м, Sol.Analgini 25% - 2ml+Sol. Dimedroli 1%- 1ml - 3 раза в день в\м.

После выписки больному рекомендуется в течение 6 месяцев избегать физических нагрузок и носить бандаж. В течении этого периода необходимо наблюдение у хирурга. Также рекомендуется соблюдение низкоуглеводной диеты и консультация эндокринолога в связи с тем, что у больного был обнаружен высокий сахар крови.

При соблюдении рекомендаций прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный.

 **Список литературы:**

1. «Хирургические болезни», М.И. Кузин, М: «Медицина», 1986г.
2. «Лекции по хирургии», Б.А. Альбицкий, Томск, 1976г.
3. «Оперативная хирургия и топографическая анатомия», Е.Г. Островерхов М: «Литера», 1996г.
4. «Справочник практического врача» В.И. Бородулин; том 2 М: «Рипол классик», 2001г.
5. «Практический опыт применения современных синтетических материалов в лечении послеоперационных вентральных и паховых грыж методом ненатяжной герниопластики», А.Н. Долгушкин, П.А. Журавлев, М.Р. Лакия. Публикация на сайте <http://www.medlinks.ru/>
6. «Грыжа передней брюшной стенки», С.А. Гордеев. Публикация на сайте <http://celt.ru/articles/surgery/>
7. «Послеоперационные и рецидивные грыжи», публикация на сайте <http://thorax.novline.ru/>
8. «Большие и гигансике послеоперационные вентральные грыжи», Заривчацкий М.Ф., Яковкин В.Ф., Пермь, 1996г.
9. «Современные методы лечения брюшных грыж», Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентьев Р.С. Журнал «Новый хирургический архив», 2002г., том 1, номер 4.
10. «Грыжи живота», Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н. Публикация на сайте <http://medstandeta.narod.ru/>
11. «Применение консервированных биоматериалов при хирургическом лечении обширных послеоперационных вентральных грыж в условиях инфицированной раны», Захарчук А.П.. Автореферат диссертации опубликован на сайте <http://medicine-and.iatp.org.ua/>
12. «Лапароскопическая герниопластика». Публикация на сайте <http://balacleets.narod.ru/>
13. «Современные аспекты хирургического лечения грыж брюшной стенки», И.А.Шляховский, И.А.Чекмазов. Публикация на сайте <http://www.consilium-medicum.com/>

 **Дневник курации.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата курации, пульс, АД, ЧД, температура | Течение болезни | Назначения |
| 27.10.2004г.АД= 120\80 мм.рт.ст.Пульс 72 уд\минt утро=36,7t вечер=36,7ЧД=12\мин | Знакомство с больным. На момент обследования пациент жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное, положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Аппетит нормальный. Физиологические отправления в норме. В области живота выявлено опухолевидное образование размером 32×20 см, старый послеоперационный рубец длиной 23,5 см. | Режим стационарный. Стол №9.  |
| 28.10.2004г.АД= 125\90 мм.рт.ст.Пульс 72 уд\минt утро=36,7t вечер=36,6ЧД=12\мин | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное, положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Аппетит нормальный. Дыхание везикулярное. Тоны сердца четкие, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. | На ночь: очистительная клизма,Tab. Dimedroli 0,05 ×2Tab. Sibazoni 0,005×2 |
| 29.10.2004г.АД= 125\85 мм.рт.ст.Пульс 70 уд\минt =36,6ЧД=14\мин | Операция. Начало операции 9.00, конец операции 11.40. Произведена плановая герниотомия и предбрюшинная герниоаллопластика под общим эндотрахеальным наркозом. Операция прошла успешно. Пациент в удовлетворительном состоянии помещен в отделение реанимации. | Премедикация:Sol. Sibazoni 0,5%-2mlвнутримышечно |
| 30.10.2004г.АД= 120\80 мм.рт.ст.Пульс 71 уд\минt =38,6ЧД=12\мин | Пациент находится в отделении реанимации. Состояние удовлетворительное, пришел в сознание. Самостоятельное дыхание восстановилось. | Режим постельный. В течении суток: Sol. Natrii chloridi 0,9% - 800ml. внутривенноSol. Glucosae 5% - 400ml. внутривенноInsulini 6ED подкожноSol. Ringer – 400ml. внутривенноSol. Promedoli 2%-1ml. внутримышечно 2 раза в день в 16.00 и 22.00 часаSol. Gentamycini 0,4% - 2ml. внутримышечно 2 раза в деньSol.Analgini 25%-2ml + Sol. Dimedroli 1%-1ml - 3 раза в день внутримышечно |
| 01.11.2004г.АД= 120\80 мм.рт.ст.Пульс 71 уд\минt утро=37,6ЧД=12\мин | 31.10.2004г. больной переведен в отделение общей хирургии. Состояние удовлетворительное, сознание ясное. предъявляет жалобы на сильные боли в области послеоперационной раны, нарушения сна, колющие боли в области сердца. Повязка сухая, по дренажам отходит небольшое количество отделяемого красного цвета. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные.Физиологические отправления в норме.  | Режим палатный.Sol. Promedoli 2%-1ml. внутримышечно 3 раза в день в 9.00, 13.00, 21.00 часов. Sol. Gentamycini 0,4% - 2ml. внутримышечно 2 раза в деньSol.Analgini 25%-2ml + Sol. Dimedroli 1%-1ml - 3 раза в день внутримышечно |

02. 11. 2004г. курация закончена.