ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ

**Ф.И.О.больного:**

**Возраст:** родился

**Адрес:**

**Пол:** Мужской

**Место работы:** пенсионер

**Дата поступления:** \_\_\_\_\_\_\_

**Метод поступления:** в плановом порядке.

**Дата курации:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Диагноз:** *Левосторонняя косая паховая грыжа*

**Операция:** грыжесечение, протезирующая герниопластика полипропиленовой сеткой по Лихтенштейну.

**Обезболивание:** подместной анестезией.

**Группа крови:** А(II) Rh+

**Исход болезни:** выздоровление

**Трудоспособность:** идет восстановление

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

**(На момент курации)**

Больной жалуется на наличие опухолевидного выпячивания в левой паховой области, боли при совершении нагрузки. Помимо этого, больной жалуется также на общая слабость.

**АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ( Anamnesis morbi)**

Считает себя больным в течение 2 месяцев, когда появилось опухолевидное выпячивание, боли в левой паховой области после физической нагрузки. К врачам не обращался.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ(Anamnesis vitae)**

Общебиографические сведения: родился в благополучной семье, шестым ребенком по счету. Рост и развитие соответственно возрасту. В детстве перенес простудные заболевания. Семейное положение: женат имеет 3 детей. Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные, живет в 3-х комнатной квартире. В семье живет 2 человек, материальная обеспеченность удовлетворяет. Питание регулярное. Режим свободного времени: сон не спокойный(нарушен), физ.культура и спортом не занимается. В данный момент: сон спокойный, без головных болей .

Условие труда: Из перенесенных заболеваний: ГЛПС, частые простудные заболевания.

Вредные привычки: курит по 1 пачке в день. Сахарный диабет, гепатит, СПИД отрицает, травм не было.

Семейный наследственный анамнез: не отягощен.

Аллергологический анамнез: аллергические реакции отрицает.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ(status praesens)**

**ОБЩИЙ ОСМОТР**

Общее состояние больного: удовлетворительное

Сознание: ясное

Положение: активное

Походка: ровная

Осанка: прямая

Рост: 172 см.

Вес: 78кг..

Индекс Брокка: 80\*100%/165-100=123,07% (сильное телосложение)

Индекс Пинье:165-(80+82)=3 (сильное телосложение)

Индекс Кетле: 80/(1.65)2=29.38 (сильное телосложение)

Тип телосложения: гиперстенический

Температура тела: 36.6

Выражение лица: спокойное

Язык: влажный, обложен белым налетом

Состояние зубов: удовлетворительное

Слизистая склер глаза, носа, рта, уха: чистые без отделяемого(без особенностей)-удовлетворительное.

Форма лица: овальное, глаза не расширены

Кожный покров: Бледно-розовый цвет. Участки пигментаций, сыпи, сосудистые звездочки, кровоизлияния не обнаружены.

Рубцы: В правой подвздошной области послеоперационный (аппендектомий)

Тип оволосенения: по мужскому типу.

Тургор кожи: сохранен, эластичный.

Влажность кожи: сухая.

Ногти: обычной формы(розовый цвет).

Подкожно-жировая клетчатка: развита слабо. Отеки: нет.

Лимфоузлы: не увеличены

Мышечная система: Безболезненна, удовлетворительной степени развития (динамическое и статическое действие удовлетворительна).

Костная система: Соотношение костей скелета пропорциональна. Форма костей правильна, без утолщения, и деформаций. Болезненность при пальпации отсутствует. Симптом «барабанных пальцев» отсутствует.

Суставы: Обычной формы и размеров. Болезненность при сгибаний коленного сустава справа и слева в области медиального надмыщелка. Движения в полном объеме.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

Осмотр: Нос: Обычной формы, слизистая чистая без отделяемого.

Дыхание через нос: свободное.

Голос: тихий.

Гортань: без деформаций и припухлости.

Форма гр. кл.: гиперстеническая, симметрична.

Над и Подключичная ямка: выражена умеренна, одинакова с обеих сторон.

Ширина межреберных промежутках: 1.5 см.

Эпигастральный угол: острый.

Ребра в боковых отделах: Умеренное косое направление.

Прилегание лопаток к гл. кл.: плотно, и располагается на одном уровне экскурсия гр.кл.: 3см.

Тип дыхания: преимущественно брюшной, гр.кл. участвует в акте дыхания равномерно. Дыхание совершается бесшумно, без участия вспомогательной мускулатуры.

ЧД: 18 за 1 минуту.

Дыхание: средней глубины, ритмичная.

Соотношение Фаз вдоха и выдоха: не нарушена.

Пальпация: Эпигастральный угол: острый.

Ребра: целостность не нарушена.

Резистентность(эластичность): Эластичная, упругая, податливая.

Голосовое дрожание: одинакова на семетричных участках гр.кл.

Болезненность: при ощупываний ребер, межреберных промежутках, грудных мышц не выявлена.

Перкуссия: Сравнительная: над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук.

Топографическая:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Топографическая линия** | | **Правое легкое** | **Левое легкое** |
| Верхняя граница | | | |
| 1 | Высота стояния верхушек спереди | 3 см выше ключицы | 3 см выше ключицы |
| 2 | Высота стояния верхушек сзади | 7 шейный позвонок | 7 шейный позвонок |
| Нижняя граница | | | |
| 1 | По окологрудинной линии | Верхний край 6 ребра | Не определяется |
| 2 | По срединно – ключичной линии | 6 ребро | Не определяется |
| 3 | По передней подмышечной линии | 7 ребро | 7 ребро |
| 4 | По средней подмышечной линии | 8 ребро | 8 ребро |
| 5 | По задней подмышечной линии | 9 ребро | 9 ребро |
| 6 | По лопаточной линии | 10 ребро | 10 ребро |
| 7 | По околопозвоночной линии | Остистый отросток 11 груд. позвонка | Остистый отросток 11 груд. позвонка |

Ширина полей кренинга: 4см. с обеих сторон.

#### Дыхательная подвижность нижнего края легких:

По средней подмышечной линии:7см справа и слева

По среднеключичной линий: справа 5см слева не определяется

По лопаточной линий: 5см. справа и слева

Аускульптация: над легким с обеих сторон определяется визикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы и шум трения плевры не выслушивается. Бронхофония не изменена с обеих сторон.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Осмотр: Усиленная пульсация сонных артерий (пляска каротид), набухание шейных вен, видимых пульсаций вен не обнаружены.

Выпячивание области сердца, видимых пульсаций (верхушечный и сердечный толчок, эпигастральная пульсация ) визуально не определяются.

Пальпация: Верхушечный толчок располагается в V межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линий, ширина 1 см, невысокий, умеренной силы. Феномен диастолической и систолического дрожания в перекардиальной области, эпигастральная пульсация пальпаторно не определяется. При пальпаций в области сердца- болезненность не определяется.

Перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Правая | 4 межреберье 0.5 – 1 см правее края грудины | 4 межреберье по левому краю грудины |
| Левая | 5 межреберье на 1.- см медиальнее левой среднеключичной линии | От области верхушечного толчка двигаться к центру (1.5-см медиальнее) |
| Верхняя | Парастернальная линия 3 межреберье | 4 межреберье |

Поперечник отнсит. туп: 12см.

Ширина сосудистого пучка6 6см, 2 межреберье слева и справа.

Конфигурация сердца: нормальная. Аскультация: Тоны: - ритмичные сердечные сокращения

* + число сердечных сокращений – 76
  + первый тон нормальной звучности
  + второй тон нормальной звучности
  + дополнительные тоны не прослушиваются

Шумы: не прослушиваются , шум трения перикарда не прослушивается.

Артериальный пульс на лучевых артериях: симметричный, эластичный, частота=76 уд. В 1 мин., ритмичный, умеренного напряжения , полный.

Артериальное давление на плечевых артериях: 120/70 мм. рт. ст.

**СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ**

*Осмотр полости рта.*

Запаха нет; слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щёк, мягкого и твёрдого нёба нормальной окраски; высыпания, изъязвления отсутствуют; дёсны не кровоточат; язык нормальной величины и формы, влажный, не обложен; нитевидные и грибовидные сосочки выражены достаточно хорошо; зев нормальной окраски; нёбные дужки хорошо контурируются; миндалины не выступают за нёбные дужки; слизистая оболочка глотки не гиперемиривана, влажная, поверхность гладкая. Склеры нормальной окраски.

*Осмотр живота.*

Живот нормальной формы, симметричный, коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены; патологической перистальтики нет; мышцы брюшной стенки участвуют в акте дыхания. При осмотре в вертикальном положении грыжевых выпячиваний не обнаружены(видны рубцы после операционного вмешательства).

*Ориентировочная перкуссия живота.*

Определяется тимпанит различной степени выраженности, притупления в отлогих местах живота не отмечается.

*Ориентировочная поверхностная пальпация живота.*

Определяется умеренная болезненность в области правого подреберья, симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. При исследовании “слабых мест” передней брюшной стенки (пупочное кольцо, апоневроз белой линии живота, паховые кольца) грыжевых выпячиваний не образуется.

*При глубокой методической скользящей пальпации живота по методу Образцова-Стражеско-Василенко:*

Сигмовидная кишка пальпируется в левой паховой области на границе средней и наружной третей linea umbilicoiliaceae sinistra на протяжении 15см., цилиндрической формы, диаметр - 2см., плотно-эластической консистенции, с гладкой поверхностью, подвижность в пределах 3-4 см., безболезненная, не урчащая; слепая кишка пальпируется в правой паховой области на границе средней и наружной третей linea umbilicoiliaceae dextra в виде цилиндра с грушевидным расширением книзу, мягко-эластичной консистенции, диаметр 3-4 см., слегка урчащего при пальпации.Остальные участки кишечника пропальпировать не удалось.

*Пальпация желудка и определение его нижней границы:*

- методом перкуссии, методом стетоакустической пальпации нижняя граница желудка определяется на 3 см. выше пупка.

- методом глубокой пальпации большой кривизны желудка, методом шума плеска нижнюю границу желудка определить не удалось.

- малая кривизна и привратник не пальпируются; шум плеска справа от срединной линии живота (симптом Василенко) не определяется.

*Аускультация живота.*

При аускультации живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы.

*Определение границ абсолютной печёночной тупости.*

Методом перкуссии определяется:

верхняя граница

по правой передней подмышечной линии - 7 ребро

по правой среднеключичной линии - 6 ребро

по правой окологрудинной линии - 5 ребро

нижняя граница

по правой передней подмышечной линии – 2 см книзу от 10 ребра. по правой среднеключичной линии - 4 см. книзу от рёберной дуги

по правой окологрудинной линии - 5 см. книзу от рёберной дуги

по передней срединной линии - 9 см. книзу от основания

мечевидного отростка левая граница печёночной тупости выступает за окологрудинную линию по краю рёберной дуги на 2см.

размеры печёночной тупости:

по правой передней подмышечной линии - 15 см,

по правой среднеключичной линии - 15 см

по окологрудинной линии - 13 см

по передней срединной линии - 13 см

косой размер (по Курлову) - 9 см

печень пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги (по правой среднеключичной линии); край печени плотный, ровный, с гладкой поверхностью, слегка заостренный; печень безболезненна; желчный пузырь не пальпируется; болезненность при пальпации в точке проекции желчного пузыря, симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Георгиевского-Мюсси – слабоположительные.

*Перкуссия селезенки.*

По линии, проходящей на 4 см кзади и параллельно левой реберно-суставной линии, определены границы селезеночной тупости:

верхняя - на уровне 9 ребра;

нижняя - на уровне 11 ребра.

передняя граница селезеночной тупости не выходит за linea costoarticularis sinistra.

размеры селезеночной тупости: поперечник - 6 см; длинник - 8 см.

Селезенка не пальпируется.

*Исследование поджелудочной железы.*

Поджелудочная железа не пальпируется; болезненность при пальпации в зоне Шоффара и панкреатической точке Дежардена отсутствует; симптом Мейо - Робсона отрицательный.

*Исследование прямой кишки.*

При осмотре заднего прохода мацерация, гиперемия кожных покровов перианальной области отсутствует. При пальцевом исследовании: тонус сфинктера нормальный, отсутствие опухолей, воспалительных инфильтратов, уплотнённых геморроидальных узлов. Предстательная железа нормальной формы, консистенции и размеров, безболезненна.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ**

Осмотр: Поясничная область: гиперемия кожи, припухлости , сглаживания контуров не отмечается..

Надлобковая область: ограниченного выбухания не обнаружено.

Перкуссия: Поясничная область: симптом Пастернацкого отрицательный.

Пальпация: Почки в положении лежа на спине и стоя не пальпируются.

Мочевой пузырь безболезненный, эластичный, пальпируется в виде мягкоэластичного шаровидного образования над лонным сочленением. Проникающая пальпация почек и мочеточников с обеих сторон безболезненна ( мочеточниковые и реберной-позвоночные точки).

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.**

Осмотр и пальпация: Физическое и умственное развитие соответствует возрасту. Вторичные половые признаки соответствуют полу. Тремор век, языка и пальцев рук не определяются.

Форма шеи обычная, контуры ровные, при пальпаций безболезненная. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, подвижна. Ожирение незначительное.

**НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ**

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

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

* + Интеллект соответствует уровню развития.
  + Поведение адекватное.
  + Уравновешена, общительна.
  + Никаких отклонений не наблюдается
  + Двигательная сфера: Походка устойчивая,

безболезненная.

- Судороги и контрактуры мышц не определяется.

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

- Экзофтальм и энофтальм отсутствовают.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

*Левосторонняя косая паховая грыжа*

##### ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

На основании: жалоб больного на наличие опухолевидного выпячивания в левой паховой области, дискомфорт и боль при физической нагрузке.

Анамнеза: считает себя больным в течении 2 месяцев, когда впервые обнаружил выпячивание в левой паховой области.

Данные объективного исследования: в левой паховой области опухолевидное образование размерами 5\*5см., мягкой эластичной консистенции, болезненное, самостоятельно вправимое в брюшную полость. Кожа над ним не изменена.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. ОАК
2. ОАМ
3. Реакция Вассермана
4. Биохимия крови
5. Определение класса иммуноглобулинов крови
6. Исследование крови на HbS-антиген
7. КТ органов брюшной полост
8. Исследование серологических реакций (RW, антител к ВИЧ, маркеров вирусного гепатитов, включая антитела к HBs-антигену)
9. 24. Определение группы крови, резус фактор

**Общий анализ крови**

| **Показатели** | | **Данные** | |
| --- | --- | --- | --- |
| Hb (1.12.2005)  (2.12.2005) | *135 г/л*  *123 г/л* |
| Лейкоциты 1.12.2005      Эритроциты (1.12.2005) | *9,0·109/л*  *4,2·1012/л* |
| Миелоциты | *—* |
| Метамиелоциты | *—* |
| Палочкоядерные нейтрофилы (1.12.2005) | *3%* |
| Сегментоядерные нейтрофилы(1.12.2005) | *72%* |
| Эозинофилы(1.12.2005) | *1%* |
| Базофилы | *—* |
| Лимфоциты1.12.2005 () | *19%* |
| Моноциты | *5%* |
| Плазматические клетки | *—* |
| СОЭ | *19 мм/ч* |
|  | |

**1.12.2005** **Анализ мочи.**

| **Показатели** | | **Данные** | |
| --- | --- | --- | --- |
| Цвет | | *Жёлтый* | |
| Прозрачность | | *умеренно* | |
| Относительная плотность | | *1008* | |
| Реакция | | *неитральная* | |
| Белок | | *Отрицательный* | |
| Эпителий*:* | |  | |
| - Плоский | | *3-3-2 в поле зрения* | |
| Лейкоциты | | *2-1 в поле зрения* | |
| Соли | | *Ураты 11* | |

**Биохимические анализ крови**

**1.12.2005**

| **Показатели** | | **Данные** | |
| --- | --- | --- | --- |
| Общий белок | *70 г/л* |
|  |  |
| Креатинин | *61 ммоль/л* |
|  |  |
|  |  |
| Общий билирубин | *10,8 мкмоль/л* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГРУППЫ КРОВИ 1.12.2005**

А(II) Rh+

## КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Левосторонняя косая паховая грыжа

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА** На основании: жалоб больного на наличие опухолевидного выпячивания в левой паховой области, дискомфорт и боль при физической нагрузке.

Анамнеза: считает себя больным в течении 2 месяцев, когда впервые обнаружил выпячивание в левой паховой области.

Данные объективного исследования: в левой паховой области опухолевидное образование размерами 5\*5см., мягкой эластичной консистенции, болезненное, самостоятельно вправимое в брюшную полость. Кожа над ним не изменена.

**Дифференциальный диагноз.**

Настоящее заболевание необходимо дифференцировать со следующими патологическими состояниями:

1. **Косая паховая грыжа** в отличии от прямой чаще встречается в молодом возрасте, располагается по ходу пахового канала, имеет продолговатую форму, в большинстве случаев спускается в мошонку. Кашлевой толчок ощущается сбоку, со стороны глубокого отверстия канала.
2. **Бедренная грыжа** в отличие от косой паховой чаще встречается у женщин, проходит под паховой связкой. Дифференциальный признак - симптом Купера: паховая грыжа располагается выше и медиальнее лонного бугорка, бедренная - ниже и латеральнее.
3. При **водянке яичка** выпячивание имеет четкие границы, не меняет форму, тугоэластичной консистенции. Перкуторный звук тупой. В отличие от грыжи верхний полюс образования обычно четко отделяется от передней брюшной стенки. Уточняющим исследованием является диафаноскопия (симптом просвечивания), который при водянке яичка будет положительным.
4. При **сообщающейся водянке яичка** в мошонке пальпаторно будет определяться припухлость мягкой консистенции. Если уложить больного и приподнять мошонку вверх, «опухоль» исчезает. В вертикальном положении больного «опухоль» увеличивается постепенно снизу вверх (постепенное накапливание жидкости), тогда как при паховой грыже - сверху вниз.
5. **Липома семенного канатика** - опухоль, образованная жировой тканью. Это строго ограниченное образование мягкой консистенции, не изменяется в размерах при давлении, не связано с брюшной полости.
6. При **лимфадените** выпячивание не изменяется в размерах, невправимо, паховый канал не изменяется в размерах. Образование невправимо, симптом кашлевого толчка отрицательный. Признаками воспаления являются гиперемия кожи, местное повышение температуры, болезненность при пальпации.
7. Натечные абсцессы невправимы, флюктуируют, отсутствуют расширение пахового кольца и симптом кашлевого толчка. Характерны нарушение функций позвоночника (боли, ограничение подвижности, изменение тел позвонков)

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ**

## Важнейшим этиологическим моментом возникновения грыж является нарушение динамического равновесия между внутрибрюшным давлением и способностью стенок живота ему противодействовать. У здорового человека, несмотря на наличие «слабых мест», тонус мышц диафрагмы и брюшного пресса удерживает органы брюшной полости в их естественных вместилищах даже при значительных колебаниях внутрибрюшного давления, например, при поднятии тяжестей, кашле, дефекации, затрудненном мочеиспускании, родоразрешении. Однако нередко наблюдаются ситуации, когда вследствие различных причин функциональные возможности мышечно-апоневротического аппарата брюшной стенки снижаются, что приводит к дискоординации в системе взаимодействия стенки живота с внутрибрюшным давлением и к возникновению грыж. Механизм образования грыжи сложен и многообразен. Помимо местных предрасполагающих факторов, в основе которых лежат изменение топографического расположения или физико-механических свойств тканей той области, где возникла грыжа, существуют общие факторы, способствующие появлению грыж любой типичной локализации. Общие факторы образования грыж принято делить на две принципиально различные группы: предрасполагающие и производящие. К предрасполагающим факторам относят особенности конституции человека, сложившиеся на основе наследственных или приобретенных свойств. Это прежде всего наследственная предрасположенность к образованию грыж, а также типовые, половые и возрастные различия в строении тела. К конституциональным факторам следует отнести изменения в брюшной стенке, связанные с беременностью, неблагоприятными условиями труда и быта, а также различные патологические состояния, например ожирение или истощение. Производящими являются факторы, способствующие повышению внутрибрюшного давления или его резким колебаниям, например тяжелый физический труд, частый плач и крик в младенческом возрасте, трудные роды, кашель при хронических заболеваний легких, продолжительные запоры, затрудненное мочеиспускание при аденоме предстательной железы или сужении мочеиспускательного канала. В настоящее время не вызывает сомнения роль наследственной предрасположенности в образовании грыж. Речь идет о наследственной передаче особенностей анатомического строения брюшной стенки. В определенной степени к возникновению грыж предрасполагает тип телосложения.

**Осмотр заболевшего участка (status localis morbi)**

**Осмотр:** в паховой области, в лобковой части слева от срединной линии видно выпячивание овальной формы размером 5×5 см в диаметре. В окружающей паховой области и в области гипогастрия других патологических изменений нет. В клиностатическом положении выпячивание уменьшается в размерах, но полностью самостоятельно не уходит. В вертикальном положении увеличивается.

**Пальпация:** припухлость мягкой консистенции, безболезненна. При глубокой пальпации больной испытывает неприятные, болезненные ощущения. В клиностатическом положении выпячивание уменьшается в размерах, легко вправляется в брюшную полость, при этом пальпируется расширенное кольцо пахового канала. Входные ворота грыжевого мешка располагаются в проекции поверхностного кольца пахового канала. Симптом кашлевого толчка положительный. Регионарные лимфатические узлы безболезненны, не увеличены.

**Перкуссия:** при перкуссии над выпячиванием перкуторный звук тимпанический, выше и короче, чем над областью живота выше выпячивания.

**Аускультация:** над выпячиванием выслушивается перистальтика кишечника.

**ЛЕЧЕНИЕ**

**Оперативное**

**Предоперационный Эпикриз**

Больной Н., 1931 года рождения, поступил в плановом порядке с жалобами на наличие опухолевидного выпячивания в левой паховой области, чувство дискомфорта связанное с физической нагрузкой.

Выставлен диагноз: Левосторонняя паховая грыжа.

Учитывая грыжевое выпячивание в паховой области, с целью профилактики осложнений показано оперативное лечение. План операции грыжесечение, пластика местными тканями под общим обезболиванием. Противопоказаний к операции нет. Больной на операцию согласен, возможность конверсии предупрежден.

**Протокол операции**

Группа крови: А(II) Rh+ Леч. Врач:

Ф.И.О:

Возраст*: 74 года .* № ист. бол.: 1111111*.*

Диагноз: Левосторонняя косая паховая грыжа

Операция: Грыжесечение, протезирующая герниопластика полипропиленовой сеткой по Лихтенштейну

Хирурги:

Анестезиолог: О/с:. Дата:*. 2.12.2005* Начало операции :*9:30* . Продолжительность: *1 :15.*

Под М/а:Sol.Novocaini *0.5% - 300.0 в* левой паховой области.

Послойно вскрыт паховый канал. Грыжевой мешок выделен из элементов семенного канатика, размерами 6\*9 см., прошит у основания, перевязан, пересечен. Пластика задней стенки пахового канала полипропиленовой сеткой по Лихтенштейну. Швы на рану, гемостаз, асептическая повязка.

Врач:

|  |  |
| --- | --- |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |
|  | |  |

**ПРОГНОЗ**

Прогноз для здоровья: выздоровление

Прогноз для жизни: благоприятный.

Прогноз для работы: работоспособен

**Дневник курации.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дата курации, пульс, АД, ЧД, температура** | **Течение болезни** |
| 08.12.2005г.  АД= 130\90 мм.рт.ст.  Пульс 76 уд\мин  t утро=36,6  t вечер=36,5  ЧД=16\мин | 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. |
| 12.12.2005г.  АД= 125\90 мм.рт.ст.  Пульс 72 уд\мин  t утро=36,7  t вечер=36,6  ЧД=14\мин | 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. Симптом Щёткина -Блюмберга отрицательный. Защитного напряжения мышц не выявляется. |
| 13.12.2005г.  АД= 120\95 мм.рт.ст.  Пульс 74 уд\мин  t утро=36,8  t вечер=36,6  ЧД=15\мин | 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. Больной жалоб не предъявляет, готовится к выписке. |

**Эпикриз.**

Больной поступил в отделение I хирургии ГКБ №21 с диагнозом: «Левосторонняя косая паховая грыжа» с жалобами на :

* объемное выпячивание овальной формы в паховой области слева.
* боли ноющего характера и ощущение давления в области выпячивания при физической нагрузке
* снижение работоспособности

На основании жалоб больного, данных анамнеза, объективного обследования, данных параклинических исследований был поставлен клинический диагноз:

* 1. **Основное заболевание** Левосторонняя косая паховая грыжа.
  2. **Осложнения основного заболевания:** нет.

02.12.2005г. пациенту была проведена операция грыжесечение, пластика полипропиленовой сеткой. Операция прошла успешно. В раннем послеоперационном периоде отмечались боли умеренной интенсивности в области операционной раны. Рана была чистая, зажила первичным натяжением. Больной продолжает лечение в в 1 хирургическом отделении.

Послеоперационных осложнений нет.

**После выписки больному рекомендовано:**

1. Ограничение физической нагрузки в течение 2-3 месяцев
2. Соблюдение режима дня
3. Наблюдение у хирурга по месту жительства

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **7** | | **8** | | **9** | | **10** | | **11** | | **12** | | **13** | | **14** | | | **15** | | | **16** | |
| **у** | **в** | **у** | **в** | **у** | **в** | **у** | **в** | **у** | **в** | **у** | **в** | **у** | **в** | **у** | | **в** | **у** | | **в** | **у** | **в** | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
| **37** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
| **36** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |
| **35** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |

**ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ**

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Диагностика болезней внутренних органов. Том 1. А.Н. Окоров. Минск2001год.
2. Пропедевтика внутренних болезней. В.Х.Василенко. Москва «Медицина» 1983 год.
3. Клинические классификации заболеваний внутренних органов. БГМУ. Уфа 1996 год.
4. Лекарственные средства. М.Д. Машковский. Москва «Медицина» 1986 год.
5. Фармакология. Д.А. Харкевич. Москва 2001 год.

6.Хирургические болезни Кузин М. И. Москва 2000 год

7.Родионов В. В., Филимонов М. И., Могучев В.М. Калькулёзный холецистит. – М.: Медицина, 1991. – 320 с.

8.Шапошников А. В. Холецистит. Патогенез, диагностика и хирургическое лечение. –

Издательство Ростовского университета, 1984. – 224 с.

9.Мовчун А. А., Колосс О. Е., Оппель Т. А., Абдуллаева У.А. Хирургическое лечение хронического калькулёзного холецистита и его осложнений. – Хирургия, 1998, №1, с.8 .

10. Стручков В.И. «Общая хирургия» 1988г.

11. Василенко В.Х., Гребешева А.Г. «Пропедевтика внутренних болезней»

1. Кузин М.И. «Хирургические болезни» 2002г.