**Паспортная часть.**

|  |
| --- |
| ***Ф.И.О.:*** \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\****Пол:*** мужской***Дата рождения:*** 76 лет***Национальность:*** русский***Место работы:*** на пенсии.***Адрес:*** г. Томск, ***Дата поступления:*** 21.02.2005г.***Дата выписки:*** 09.03.2005г.***Диагноз при поступлении:*** приобретенная паховая грыжа справа ***Клинический диагноз:***1. ***Основное заболевание:*** приобретенная прямая вправимая неущемленная паховая грыжа справа, средних размеров
2. ***Осложнения основного заболевания:*** нет
3. ***Сопутствующие заболевания:*** гипертоническая болезнь II степени, ИБС

***Операция:*** Herniotomia inguinalis ad modus Ferrar-Praxen***Дата операции:*** 30 марта 2004 года***Анестезия:*** местная инфильтрационная анестезия 0,25% раствором новокаина***Хирург:*** Тихонов А.В.***Послеоперационные осложнения:*** нет***Исход болезни:*** заживление раны первичным натяжением |

 **Оглавление:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Паспортная часть
2. Анамнез развития заболевания
3. Отдаленный анамнез
4. Объективное обследование
5. Status localis
6. Данные параклинических исследований
7. Дифференциальный диагноз
8. Обоснование диагноза
9. Лечение данного больного
10. Операция
11. Выписной эпикриз
12. Дневник
13. УИРС
14. Список литературы
 | стр.2стр.4стр.4стр.6стр.11стр.12стр.13стр.14стр.14стр.15стр.17стр.18стр.21стр.39 |

 **Анамнез развития заболевания**

**Жалобы**

При поступлении больной предъявлял следующие жалобы:

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

Жалоб со стороны других органов и систем нет.

**Анамнез данного заболевания.**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* впервые обнаружил объемное образование в правой паховой области несколько лет назад. Четкой связи появления грыжевого выпячивания с физической нагрузкой больной не отмечает. С течением времени грыжевое выпячивание увеличивалось в размерах, перестало самостоятельно вправляться. Появились болезненные ощущения в области образования, особенно усиливающиеся при физической нагрузке. Несколько раз грыжа ущемлялась и произвольно вправлялась. 21 февраля 2005г. в 9.00 утра после незначительной физической нагрузки у пациента возникла резкая боль в правой паховой области, грыжевое выпячивание вправить не удалось. Больной обратился в дневной хирургический стационар КОХ СибГМУ, и был госпитализирован в отделение общей хирургии с диагнозом: «Ущемленная паховая грыжа справа»

 **Отдаленный анамнез**

**Анамнез жизни.**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* родился 12 августа 1928 года в г.Томске, третьим ребенком в полной семье. Со слов больного, роды протекали физиологически, в срок. В детстве переболел скарлатиной. Со слов пациента, развивался нормально, от сверстников не отставал. Однако больной отмечает, что в детстве питание было недостаточным и неполноценным. \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* окончил 8 классов средней общеобразовательной школы, затем работал шофером. В 1947г. был призван в армию, служил в течении 4 лет в воздушно-десантных войсках. Демобилизован в 1951г. С 1951г. работал шофером в «Томскэнерго».

В 1953г.\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*. женился, в 1953г. у него родилась дочь.

В 1948г. был прооперирован по поводу острого аппендицита.

В 1977г. перенес инфаркт миокарда.

В 2003г. была проведена операция удаления желчного пузыря в гор. больнице №3.

**Семейный анамнез**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* родился 3 ребенком в полной семье, имеет 2 старших сестер. Отец умер в 1981г, причину смерти больной не уточняет. Мать умерла в возрасте 84 лет от ОНМК. О наличии заболеваний у сестер не знает. Со слов пациента, родители и близкие родственники сходных заболеваний не имеют. Наличие наследственных, онкологических, нервно-психических заболеваний, туберкулеза у близких родственников отрицает.

**Профессиональный анамнез**

С 1951г. работал шофером в «Томскэнерго», сейчас находится на пенсии. Профессиональных вредностй не отмечает. профессиональных заболеваний и травм не имеет.

**Социальный анамнез**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* проживает с женой в благоустроенной двухкомнатной квартире. Питание в семье регулярное, полноценное, специальной диеты больной не придерживается.

**Аллергический анамнез**

Со слов больного аллергии на пыльцу растений, продукты питания, шерсть животных, пыль, лекарственные препараты не имеет.

**Вредные привычки**

Со слов больного он не курит, алкоголь употребляет в умеренных количествах по праздникам. Наличие других вредных привычек отрицает.

  **Объективное исследование**

**Общее состояние:** удовлетворительное

**Положение:** активное

**Температура:** 36,6 С

**Пульс:** 76 уд\мин

**Давление:** 130\85 мм.рт.ст

**Дыхание:** 18 дв\мин

**Телосложение:** астеническое

**Рост:** 156 см

**Вес:** 65 кг

**Сознание:** ясное

**Выражение лица:** осмысленное

**Кожа, слизистые оболочки, волосы, ногти:** кожные покровы обычной окраски, эластичные, умеренно влажные, тургор умеренный. Слизистые оболочки гладкие, влажные, розового цвета, без налета. Ногти бледно-розового цвета, блестящие, без деформаций, нормальной формы.

**Подкожная клетчатка:** выражена умеренно, распределена равномерно. Признаков отечности нет.

**Мышечная система:** развитие умеренное, симметричное, тонус мышц выражен нормально, болезненности при пальпации нет, гипертрофии\атрофии отдельных групп мышц нет.

**Костная система:** при осмотре видимых деформаций костей не отмечается. Утолщения концевых фаланг пальцев нет. Позвоночник имеет физиологические изгибы, пропорция конечностей правильная. При пальпации болезненности нет. Осанка правильная.

**Суставы:** симметричны, нормальной конфигурауции, при пальпации, активных и пассивных движениях безболезненны. Симптом флюктуации отрицателен. Движения сохранены в полном объеме.

**Лимфатические узлы:** не пальпируются.

**Ротовая полость:** Язык обычных размеров, розовый, влажный, сосочки выражены, имеется слабо выраженный белый налет. Большинство зубов с участками кариозной пигментации. Миндалины нормальной величины (не выходят за пределы небных дужек), бледно розового цвета, без налета. Десны бледно-розовой окраски, безболезненные, гладкие, блестящие. Мягкое и твердое небо гладкое, влажное, розового цвета. Зев и задняя стенка глотки розовые, влажные, чистые, без налета.

**Шея:** шейные лимфоузлы пальпаторно неувеличены, сосуды шеи без видимой пульсации, не набухшие. Щитовидная железа не увеличена.

**Грудная клетка:** правильной формы, симметричная, обе половины равномерно активно участвуют в акте дыхания. Эпигастральный угол менее 90°, межреберные промежутки не расширены, над- и подключичные ямки умеренно выражены. Ход ребер близок к вертикальному.

**Пальпация:** при пальпации болевых точек не выявлено. Грудная клетка эластична, голосовое дрожание проводится одинаково над симметричными участками обеих половин, не изменено.

**Подвижность легочного края:** подвижность легочного края по средней аксиллярной линии составляет справа и слева 6 см.

**Перкуссия легких:** при сравнительной перкуссии над симметричными участками легких перкуторный звук легочный, одинаковый. Гамма звучности над передними и задними отделами легких не изменена.

**Топографическая перкуссия:**

***Границы правого лёгкого :***

 - l. parasternalis: верхний край 6-го ребра.

 - l. medioclavicularis: нижний край 6-го ребра

 - l. axillaris anterior: 7-е ребро

 - l. axillaris media: 8-е ребро

 - l. axillaris posterior: 9-е ребро

 ***Границы левого лёгкого :***

 - l. axillaris anterior: 7-е ребро

 - l. axillaris media: 8-е ребро

 - l. axillaris posterior: 9-е ребро

Верхушки обоих легких спереди отстоят на 3 см выше ключицы.

**Аускультация легких:** при аускультации над всеми отделами легких выслушивается везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. При бронхофонии звук не изменен.

**Осмотр и пальпация области сердца:** грудная клетка в области сердца не изменена, видимой пульсации и выпячиваний нет. Дрожание в области сердца, эпигастральная пульсация не определяется. При пальпации болевых точек нет. Толчок правого желудочка не определяется. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье, кнутри от среднеключичной линии, не разлитой, не усилен, диаметром 2 см, характер положительный.

**Перкуссия:**

***Границы относительной тупости:***

- правая: IV межреберье 1,5 см от правого края грудины

- левая: кнутри от среднеключичной линии

- верхняя: расположена на III ребре слева

***Границы абсолютной тупости сердца:***

- верхняя: IV ребро

- правая: левый край грудины

***Ширина сосудистого пучка:*** 6,5 см.

***Длинник сердца:*** 16 см.

***Поперечник сердца:*** 15 см.

**Аускультация:** тоны сердца четкие, ритмичные, соотношение тонов сохранено. Первый тон на верхушке и в точке Боткина выслушивается после продолжительной паузы, совпадает с верхущечным толчком, громче и ниже II тона по тональности. II тон на основании сердца выслушивается после короткой паузы, громче, выше и короче I тона, на аорте выслушивается громче, чем на легочной артерии. Расщепления тонов не выявлено, патологических сердечных шумов нет.

**Аорта и сосуды:** видимой пульсации артерий и вен не выявлено. Расширенных вен нет, венный пульс не выражен. Патологические тоны и шумы на сосудах не выслушиваются.

**Пульс, его характеристики:** пульс одинаков на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, обычной формы, стенка артерий эластичная. Частота пульса 76 уд\мин.

**Артериальное давление:** 130\80 мм.рт.ст.

**Живот:** живот правильной формы, не увеличен, симметричный, участвует в акте дыхания, подкожные вены не расширены. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Видимой перистальтики не наблюдается, метеоризма нет. В правой подвздошной области послеоперационный рубец размером 8 см, со слов больного после операции аппендэктомии. В эпигастральной области справа послеоперационный рубец длинной 12 см, со слов больного после операции холецистэктомии. Рубцы безболезненны, не смещаемы, истончены.

**Желудок:** видимой перистальтики нет, при перкуссии и аускультативной африкции нижняя граница определяется на 1,5 см выше пупка. Шум плеска не определяется. При пальпации крац большой кривизны ровный, гладкий, эластичный, подвижный, безболезненный.

**Кишечник:** при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, брюшная стенка не напряжена.

 ***Глубокая пальпация:***

- слепая кишка: расположена правильно, диаметром 3,5 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, безболезненная, подвижность достаточная, урчание не определяется.

- сигмовидная кишка: расположена правильно, диаметром 2,5 см, эластичная, подвижность достаточная, стенка ровная, гладкая, безболезненная, урчание не определяется.

- поперечная ободочная кишка: расположена правильно, диаметром 2 см, эластичная, подвижность достаточная, стенка гладкая, ровная, болезненна, урчание не определяется.

- восходящая ободочная кишка: расположена правильно, подвижность достаточная, диаметром 2,5 см, эластичная, стенка ровная, гладкая, безболезненная, урчание не определяется.

- нисходящая ободочная кишка: расположена правильно, подвижность достаточная, диаметром 2,5 см, эластичная, стенка ровная, гладкая, безболезненная, урчание не определяется.

**Поджелудочная железа:** не пальпируется

**Печень:** при пальпации край печени не выходит за пределы реберной дуги, закругленный, эластичный, ровный, безболезненный. Желчный пузырь пальпаторно не определяется, симптомы желчного пузыря отрицательные

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 – 14см.
2. От основания мечевидного отростка до нижней границы – 6см.
3. От основания мечевидного отростка до левой границы – 5см.

**Селезенка:**

Пальпаторно селезенка не определяется.

Длинник = 13см

Поперечник = 7см

Верхняя граница: IX ребро

Нижняя граница: XI ребро

Задний верхний полюс: по l.scapularis

Передний нижний полюс: не выходит за l.costoarticularis

**Мочевыделительная система**

Область поясницы не изменена. Пальпаторно почки не определяются, что соответствует норме. Симптом поколачивания отрицателен с обоих сторон. Мочевой пузырь перкуторно не определяется, при пальпации не выходит из-под лонного сочленения.

**Нервная система**

Сознание ясное, выражение лица осмысленное. память хорошая. Больной настроен доброжелательно, охотно идет на контакт. Речь не изменена, чувствительность сохранена. Больной ориентирован в пространстве и времени. К своему заболеванию относится адекватно.

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

**Осмотр:** в паховой области, в лобковой части справа от срединной линии видно выпячивание овальной формы размером 5×4,5 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.

На основании осмотра, перкуссии, пальпации, аускультации заболевшего участка предварительный дооперационный диагноз: **прямая приобретенная вправимая неущемленная паховая грыжа справа.**

 **Куратор: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Лабораторные и инструментальные исследования**

1. Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин, г/лЭритроциты, 1012/лЦветной показательЛейкоциты, 109/лСОЭ, мм/часНейтрофилы с/я, %Нейтрофилы п/я, %Эозинофилы, %Лимфоциты, %Моноциты, % | 1494,840,95,1126811246 | 130 – 1674,28 – 5,300,85 – 1,054,78 – 7,684 - 1247 – 720-60-519 – 373 – 11  |

Заключение: ОАК без отклонений.

1. Общий анализ мочи (от 13.10.2004г.)

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Полученные данные |
| ЦветПрозрачностьУдельный вес БелокГлюкозаЖелчные пигментыКетоновые телаМикроскопия осадка | соломенно-желтыйпрозрачная1010отрицательныйотрицательныйотрицательныйотрицательныйединичные клетки эпителия в полях зрения, лейкоциты 1-2 в поле зрения |

 Заключение: анализ мочи без отклолнений.

1. ЭКГ: мерцательная аритмия (71 уд\мин), гипертрофия левого желудочка, диффузные изменения миокарда. Не исключена возможность рубцовых изменений в межжелудочковой перегородке.

 **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 прямой 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)

  **Обоснование диагноза.**

На основании жалоб больного, анамнеза развития заболевания, данных исследования заболевшего участка, дифференциального ряда, данных лабораторного обследования можно поставить обоснованный клинический диагноз:

1. **Основное заболевание:** приобретенная прямая вправимая неущемленная паховая грыжа справа, средних размеров
2. **Осложнения основного заболевания:** нет
3. **Сопутствующие заболевания:** гипертоническая болезнь II степени, ИБС

 **Лечение данного заболевания**

Устранить грыжу возможно только оперативным путём.

**Показания к операции:**

* снижение работоспособности. При выполнении физической работы больной испытывает неприятные ощущения давления в области грыжевого выпячивания
* возможные расстройства пищеварения и мочеиспускания
* опасность ущемления грыжевого мешка
* возможность дальнейшего увеличения грыжи

**Противопоказания к операции:**

Абсолютных противопоказаний к операции нет. Относительным противопоказанием являются возраст больного и наличие у него сопутствующих заболеваний (ГБ, ИБС).

**Подготовка больного к операции:**

1. Психопрофилактика
2. Гигиенический душ
3. Смена нательного и постельного белья
4. Очистительные клизмы (вечером накануне операции и утром в день операции)
5. Бритье волос в паховой области в день операции
6. Голод в день операции
7. Премедикация за 30 минут до операции Sol. Promedoii 2% -1 ml подкожно

 **Операция.**

**Дата операции:** 01.03.2005г.

**Начало операции:** 10.00

**Конец операции:** 11.00

**Хирург:** Тихонов А.В.

**Ассистент:**

**Анестезия:** местная инфильтративная анестезия по А.В. Вишневскому 0,25% раствором новокаина. Новокаин вводится по линии кожного разреза, внутрикожно и в подкожную клетчатку, затем - под апоневроз наружной косой мышцы живота. После вскрытия пахового канала новокаин вводится в семенной канатик.

**Положение больного:** лежа на спине, ноги слегка согнуты для достижения расслабления передней брюшной стенки.

**Обработка операционного поля:** производится по методу Гроссиха-Филончикова-Бруно. Операционное поле дважды смазывают 5% раствором йода, затем дважды обрабатывают 70% этиловым спиртом.

**Ход операции:**

Параллельно пупартовой связке на всем ее протяжении (на поперечный палец выше нее по наибольшей выпуклости грыжевого выпячивания) делается косой разрез длиной 8-12см. Рассекается кожа с подкожной клетчаткой и поверхностной фасцией. Осуществляют гемостаз. (рис.1) По желобоватому зонду. введенному в наружное отверстие пахового канала, выполняется разрез апоневроза m.obliquus abdominis externus. С помощью зажимов захватывают образовавшиеся лоскуты апоневроза, тупфером отделяют их от подлежащих тканей: верхний лоскут - от внутренней косой мышцы живота (m.obliquus internus), наружный лоскут - от семенного канатика, при этом обнажается желоб паховой связки до лонного бугорка. Под семенной канатик подводят марлевую полоску и отводят в латеральную сторону. Грыжевой мешок расположен медиально от канатика и покрыт поперечной фасцией живота и тонким слоем предбрюшинной клетчатки. Тупым путем отделяют оболочки, покрывающие грыжевой мешок. (рис.2) Изолированный грыжевой мешок поджимают пинцетами и осторожно вскрывают между ними небольшим разрезом, который затем удлиняют под контролем глаза. После внимательного осмотра внутренности, находящиеся в грыжевом мешке, вправляют в брюшную полость. (рис.3)

Пустой грыжевой мешок несколько вытягивают и прошивают у основания лавсаном № 3, перевязывают с 2 сторон и отсекают. Культя входит в паховый канал, составляя часть ее стенки - поперечной фасции живота. На нее укладывают семенной канатик. Далее приступают к укреплению передней стенки пахового канала. Для этого нижний край внутренней косой мышцы живота (m.obliquus internus) и поперечной мышцы живота (m.transversus abdominis) подшивают к пупартовой связке. При этом каждый шов несколькими стежками поддевает пупартову связку, неи проникая в ее толщу, чтобы не разволокнить связку и не повредить проходящие там сосуды. Самый медиальный шов захватывает и прикрепляет к пупартовой связке сухожилие прямой мышцы живота. Вновь сформированное поверхностное кольцо пахового канала должно пропускать кончик мизинца. (рис.4) После этого сшивают подкожную клетчатку и кожу.

 Куратор: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Выписной эпикриз.**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* поступил в КОХ СибГМУ 21 февраля 2005г. с жалобами на :

* объемное выпячивание овальной формы в паховой области справа
* 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:** приобретенная прямая вправимая неущемленная паховая грыжа справа, средних размеров
	2. **Осложнения основного заболевания:** нет
	3. **Сопутствующие заболевания:** гипертоническая болезнь II степени, ИБС

01.03.2005г. пациенту была проведена операция herniotomia inguinalis ad modus Ferrar-Praxen под местной анестезией по Вишневскому. Операция прошла успешно. В раннем послеоперационном периоде отмечались боли умеренной интенсивности в области операционной раны. Рана была чистая, зажила первичным натяжением. Больной находился в стационаре в течении 8 дней.

09.03.2005г. \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. Послеоперационных осложнений нет. После выписки больному рекомендовано:

1. Ограничение физической нагрузки в течении 2-3 месяцев
2. Соблюдение режима дня
3. Наблюдение у хирурга по месту жительства
4. Лечение сопутствующих заболеваний

 Куратор: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Дневник курации.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата курации, пульс, АД, ЧД, температура** |   **Течение болезни** |   **Назначения** |
| 25.02.2005г.АД= 130\90 мм.рт.ст.Пульс 76 уд\минt утро=36,6t вечер=36,ЧД=16\мин | Знакомство с больным. На момент обследования пациент предъявляет жалобы на: объемное выпячивание овальной формы в паховой области справа, боли ноющего характера и ощущение давления в области выпячивания при физической нагрузке, снижение работоспособности. Состояние удовлетворительное, положение активное. Кожа нормального цвета, сухая. Видимые слизистые чистые, влажные. Аппетит нормальный. Физиологические отправления в норме. **Status localis:** в паховой области, в лобковой части справа от срединной линии видно выпячивание овальной формы размером 5×4,5 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.При пальпации 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. При перкуссии над выпячиванием перкуторный звук тимпанический, выше и короче, чем над областью живота выше выпячивания. Над выпячиванием выслушивается перистальтика кишечника. | Режим стационарный. Стол №9. ОАК, ОАМ, кровь на RW, биохимический анализ крови, анализ свертывающей системы, ЭКГ. Консультация терапевта.Куратор:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 28.02.2005г.АД= 125\90 мм.рт.ст.Пульс 72 уд\минt утро=36,7t вечер=36,6ЧД=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. | На ночь: очистительная клизма,Tab. Sibazoni 0,005×2Куратор:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 01.03.2005г.АД= 125\85 мм.рт.ст.Пульс 70 уд\минt =36,6ЧД=14\мин | Операция. Начало операции 10.00, конец операции 11.00.Проведена плановая операция herniotomia inguinalis ad modus Ferrar-Praxen под местной анестезией по Вишневскому. После операции пациент в удовлетворительном состоянии доставлен в палату, жалобы на умеренную болезненность в области операционного шва.  | Утром: голод, гигиенический душ, смена нательного и постельного белья, бритье волос в паховой области.Премедикация:Sol. Promedoli 2%-1mlподкожноПосле операции - режим постельный. Sol. Promedoli 2%-1ml. внутримышечно Sol. Gentamycini 0,4% - 2ml. внутримышечно 2 раза в деньSol.Analgini 25%-2ml + Sol. Dimedroli 1%-1ml - 3 раза в день внутримышечноКуратор:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 02.03.2005г.АД= 135\80 мм.рт.ст.Пульс 71 уд\минt =38,6ЧД=12\мин | Жалобы на умеренную болезненность в области операционного шва. 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. **Status localis:** в паховой областисправа операционный шов длинной 12 см, рана чистая, с незначительным количеством кровянистого отделяемого. Рана заживает первичным натяжением. Повязка сухая, не промокает | Sol. Gentamycini 0,4% - 2ml. внутримышечно 2 раза в деньSol.Analgini 25%-2ml + Sol. Dimedroli 1%-1ml - 3 раза в день внутримышечноКуратор:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 05.03.2005г.АД= 140\85 мм.рт.ст.Пульс 71 уд\минt утро=37,6ЧД=12\мин | Жалобы на головную боль. 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. Рана чистая, заживает первичным натяжением. | Куратор:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 09.03.2005г.АД= 120\80 мм.рт.ст.Пульс 71 уд\минt утро=37,6ЧД=12\мин | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное, положение активное. Операционные швы сняты на 7 сутки, заживление раны первичным натяжением. Пациент выписан домой в удовлетворительном состоянии, даны рекомендации по поводу дальнейшего наблюдения и лечения. | Рекомендовано: ограничение физ. нагрузки, наблюдение у хирурга по месту жительства, лечение сопутствующих заболеваний, соблюдение режима дня.Куратор:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

09.03.2005г. курация закончена.

Куратор: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

УИРС по теме:

«Прямые паховые грыжи»

**Историческая справка.**

Упоминание о грыжах встречается в работах Гиппократа (V век до н. э. ), Галена (I век до н. э. ), Цельса (I век до н. э. ) и др. авторов. В частности Цельс дал классическое определение грыжи как выпячивания внутренностей через приобретенные и врожденные "ворота", назвав ее hernia. Оперативные пособия того периода были примитивны и калечащи. При паховых грыжах, например, производилось иссечение грыжевого мешка вместе с яичком, перевязка грыжевого мешка вместе с семенным канатиком, рассечение ущемляющего кольца (келотомия) суживание грыжевого отверстия после вправления внутренностей в брюшную полость путем прижигания каленым железом. Операции подобного рода нередко заканчивались трагически для пациентов.

В средние века лечением грыж занимались преимущественно цирюльники, a также так называемые " кильные лекари" или "грыжесеки". Разумеется очень высокой оставалась летальность после операций проведенных такого рода шарлатанами.

Прогресс в хирургии в России и других странах связан с появлением методов обезболивания и внедрением асептики и антисептики.

Одними из первых занимались изучением анатомических взаимоотношений паховых и бедренных грыж A. Cooper (1804), F. Hesselbach (1816), C. Langenbeck (1821), П. Заболоцкий (1855).

Первые пластические операции при паховой грыже были произведены в 1885 г. L. Championniere во Франции. В России первую операцию при паховой грыже произвел А. А. Бобров в 1892 г. Принципиальные основы современного пахового грыжесечения связаны с именами Е. Bassini (1887), Postemski (1887), Wolfer (1892), Girard (1894), С. И. Спасокукоцкого (1902).

**Грыжи.**

Грыжей (hernia) называют выхождение внутренностей через естественные или патологические отверстия из полости, нормаль­но занимаемой ими, под покровы тела или в другую полость. Различают наружные и внутренние грыжи живота Наружные грыжи живота - это выхождение внутренних органов вместе с париетальной брюшиной из брюшной полости через естественные или искусственные отверстия брюшной стенки подкожную клетчатку при сохранении кожных покровов. Внутренние грыжи живота образуются внутри полости брюшины при проникновении внутренностей в карманы брюшины.

Элементы наружной грыжи живота: грыжевые воро­та, грыжевой мешок, содержимое ьгрыжи, оболочки грыжи. Грыжевые ворота представляют слабые места в мышечно-апоневротической стенке живота, через которые внутренние орга­ны с париетальной брюшиной выходят из брюшной полости. Та­кими слабыми местами могут быть естественные каналы или щели, проходящие в толще брюшной стенки паховый канал, бедренный канал, пупочный канал, щели между апоневротическими волокна­ми, образующими белую линию живота, полулунную линию, запирательное отверстие, седалищные отверстия Грыжевые ворота мо­гут быть дефектом в мышечно-апоневротическом слое или каналом, который включает глубокое отверстие, непосредственно сам канал и наружное или поверхностное отверстие. Грыжевый мешок представляет собой выпячивание париеталь­ной брюшины через грыжевые ворота В грыжевом мешке разли­чают устье, шейку, тело и дно. Устьем называется часть грыже­вого мешка, которая граничит с брюшной полостью. Шейкой гры­жевого мешка называется узкий отдел грыжевого мешка, находя­щийся в толще брюшной стенки - в грыжевых воротах. Тело грыжевого мешка - самая большая его часть. Дистальный отдел грыжевого мешка называют дном. Грыжевой мешок может быть однополостным, двух-, трех- и иногда многополостным. При увеличении грыжи в результате травмы и воспаления внутри грыжевого мешка образуются спай­ки и дивертикулы, что может способствовать ущемлению содержи­мого грыжи в одной из полостей (камер) грыжевого мешка. Полная перегородка грыжевого мешка с изоляцией одного сегмента может привести к формированию кисты грыжевого мешка. Содержимое грыжевого мешка -- внутренние органы, вышедшие в грыжевой мешок. Любой орган брюшной полости (кроме под­желудочной железы) может быть содержимым грыжевого мешка Чаще грыжевой мешок содержит наиболее подвижные органы брюшной полости: большой сальник, тонкую кишку.

**Классификация грыж:**

1. ***По характеру полости:***
	* черепно-мозговые
	* брюшной полости
	* спино-мозговые
	* мышечные грыжи
	* грудной полости
2. ***По направлению выхождения внутренностей:***
3. наружные:
	* паховые
	* бедренные
	* пупочные
	* белой линии
	* Спигелиевой линии
	* треугольника Пти
	* треугольника Лесгафта-Грюнфельда
	* запирательного канала
	* седалищные (большого, малого отверстия)
	* промежностные
4. внутренние:
	* диафрагмальные
* большого сальника
* гепатодуоденальные
* брыжейки тонкой кишки
* брыжейки сигмовидной кишки
* винслова отверстия
* придатков и связки матки
* карманов связки Трейца
	1. ***По анатомическим особенностям:***
		+ простые (содержит один орган)
		+ комбинированные (содержит несколько органов)
		+ скользящие.
1. ***По происхождению:***
	* врожденные (hernia congenita)
	* приобретенные (hernia aequisita)
2. ***По клинике:***
3. неосложненные:
	* вправимые (h. reponibilis)
	* невправимые (h. anreponibilis)
4. осложненные
* ущемленные (h. incorcerata)
* воспаление
* копростаз
1. ***По степени развития:***

1 ст. - начинающаяся (incipiens) - только ворота

2 ст. - неполная (incompleta) - все составные части, но занимает не более 2\3 передней брюшной стенки

3 ст. - полная (completa)

4 ст. - большая (magna)

5 ст. - огромная(permagna)

  ***Паховые грыжи.***

**Анатомия паховой области.**

Паховая связка проходит от передней верхней ости подвздошной кости до лобковой кости. Паховый канал располагается параллельно и приблизительно на один поперечный палец медиальнее паховой связки, но его протяженность меньше длины паховой связки. Паховый канал идет вниз к лобковой кости, но достигает передней верхней ости подвздошной кости. При диссекции пахового канала сначала рассекается кожа, а затем подкожная жировая клетчатка. Затем фасция Scarpa и лежащий глубже слой жировой клетчатки, затем апоневроз наружной косой мышцы живота. Апоневрозом называется широкая уплощенная сухожильная структура, являющаяся продолжением мышцы. Апоневроз наружной косой мышцы живота является верхней границей пахового канала. Со стороны нижнего конца этот апоневроз образует наружное паховое кольцо. Направление волокон наружной косой мышцы живота в этой зоне - с латерально-верхнего края к медиально-каудальному. В основном от передней верхней ости подвздошной кости к лобковой кости, параллельно паховой связке. В большинстве областей живота внутренняя косая мышца располагается непосредственно под наружной косой мышцей живота. В паховом канале волокна внутренней косой мышцы окружают структуры семенного канатика и проходят в паховом канале в виде шнура. Волокна внутренней косой мышцы в этой области называются мышцей поднимающей яичко (m. cremaster). Дно (или задняя стенка) пахового канала образовано поперечной мышцей живота и поперечной фасцией. Под этим слоем располагается преперитонеальная (также называемая проперитонеальная) жировая клетчатка, а под ней лежит брюшина.

Высшей точкой пахового канала является внутреннее паховое кольцо. Его не видно до того, пока не будет отведена наружная косая мышца. Внутреннее паховое кольцо формируется с медиальной стороны поперечной мышцей живота и поперечной фасцией. Латеральной границей внутреннего пахового кольца является поперечная мышца живота, латеральная граница определяется не столь четко как медиальная. Волокна внутренней косой мышцы покрывают внутреннее паховое кольцо, поворачиваясь над структурами семенного канатика и, таким образом, формируя запирательный механизм над внутренним паховым кольцом, который сокращается совместно с сокращениями внутренней косой мышцы живота. Нижний, медиальный край внутреннего пахового кольца пересекается нижней эпигастральной артерией и веной. Последние располагаются глубже поперечной мышцы живота и поперечной фасции и не видны до тех пор вышеуказанные структуры не будут отодвинуты книзу.

Семенной канатик, артерия яичка и две или три вены яичка выходят из брюшной полости через внутреннее паховое кольцо. У женщин через внутреннее паховое кольцо выходит из брюшной полости круглая связка. В обоих случаях выходящие через внутреннее паховое кольцо окружены волокнами мышцы поднимающей яичко.

Паховая связка имеет линейную форму и проходит между передней верхней остью подвздошной кости и верхней границы лобка. Глубже ее и почти параллельно проходит tractus iliopubicus. Ниже tractus iliopubicus расположена связка Купера (Cooper). Дно пахового канала, которое формируют поперечная мышца живота и поперечная фасция, имеет треугольную форму и иногда его называют Гессельбаховским треугольником (треугольник Hesselbach). Латеральной границей этого треугольника является паховая связка. Медиальной границей - латеральный край фасция прямой мышцы. Верхняя граница пахового канала - нижняя эпигастральная артерия и вена. Они видны через внутреннее паховое кольцо.

**Анатомия паховых грыж.**

Мешок косой паховой грыжи — это расширенный персистирующий влагалищный отросток, который проходит через внутреннее паховое кольцо и следует в мошонку. У внутреннего кольца мешок располагается на передне-латеральной поверхности семенного канатика. Предбрюшинный жир часто путают с мешком косой паховой грыжи и определяют как липому семенного канатика, хотя этот жир не имеет отношения к опухоли. Ректоперитонеальные органы, такие как сигмовидная кишка (точнее, ее ректосигмоидный отдел), слепая кишка и мочеточники могут скользить в мешок косой паховой грыжи. В результате этого они становятся частью стенки мешка и могут подвергаться повреждению во время репарации грыжи. Эти скользящие грыжи часто большие и частично невправимые. Мешки прямой паховой грыжи берут начало в основании пахового канала, в треугольнике Гессельбаха, выпячиваются прямо и удерживаются от опускания в мошонку благодаря апоневрозу наружной косой мышцы. Крайне редко очень большие прямые грыжи могут проложить себе дорогу через наружное паховое кольцо и спуститься в мошонку. Мочевой пузырь — обычный скользящий компонент мешка прямой паховой грыжи. Осумкованная паховая грыжа отличается тем, что имеет два грыжевых мешка, заключённых один в другом. С брюшной полостью сообщается только внутренний мешок. Из наружного мешка, не вскрыв внутренний, проникнуть в брюшную полость невозможно.  Околопаховая грыжа - когда грыжевой мешок выходит из пахового канала не через наружное его отверстие, а через щель в апоневрозе наружной косой мышцы живота.
Прямая паховая грыжа в своем развитии проходит 3 степени:

1. Начинающаяся паховая грыжа (hernia inguinalis incipiens directa) - имеется сравнительно небольшое выпячивание задней стенки пахового канала (в наиболее слабой зоне брюшины в средней ямке предбрюшинной клетчатки и поперечной фасции)
2. Прямая паховая грыжа (hernia inguinalis directa) - выпячивание достигает значительных размеров, помещаясь в основном в паховом канале, позади апоневроза наружной косой мышцы живота.
3. Прямая пахово-мошоночная грыжа (полная прямая паховая грыжа) - в более редких случаях выпячивание выходит через наружное кольцо пахового канала, спускаясь в той или иной степени вниз в область корня мошонки , располагаясь всегда вне семенного канатика.

**Этиология и патогенез.**

Паховые грыжи могут быть врожденными или приобретенными. Все косые паховые грыжи — врожденные и являются результатом незаращения влагалищного отростка. Незаращенный влагалищный отросток обнаруживается у 80% новорожденных и у 50% детей, достигших 1 года. Указанную патологию отмечают у 80% взрослых. Однако предрасположенность к образованию грыжи не означает ее непременного развития. Должны присутствовать другие факторы, обусловливающие недостаточную способность поперечной фасции удерживать висцеральный мешок в мышечно-гребешковом отверстии.

Наибольшее число больных с грыжами бывает среди детей в возрасте до 1 года, затем число больных постепенно уменьшается до 10-летнего возраста, после это­го снова увеличивается и к 30-40 годам, и достигает максимума В пожилом и старческом возрасте также отмечено увеличение числа больных с грыжами живота. В происхождении грыж имеют значение многие факторы, как местные, так и общие.

**Местные факторы:** особенности анатомического строения области выхождения грыжи. К ним относят паховый канал, через который у мужчин проходит семенной канатик, бедренный канал, через который проходят бедренные сосуды, область пупка и белой линии живота, где имеются свободные от мышц промежутки.

**Общие факторы:**  разделяют на предрасполагающие и производящие.

1. ***Предрасполагающие факторы:***
	* наследственность
	* возраст (слабая брюшная стенка у детей первого года жизни, атрофия тканей брюшной стенки у старых людей)
	* пол (особенности строения таза и большие размеры бедренного кольца у женщин, большая слабость паховой области у мужчин)
	* особенности телосложения
	* степень упитанности (быстрое похудание)
	* частые роды (для женщин)
	* травмы брюшной стенки
	* послеоперационные рубцы
	* паралич нервов, иннервирующих брюшную стенку

Перечисленные факторы способствуют местному ослаблению брюшной стенки.

1. ***Производящие факторы*** - факторы, вызывающие повышение внутрибрюшного давления:
	* тяжелый физический труд
	* трудные ро­ды
	* затруднение мочеиспускания (аденома предстательной железы, фимоз, стриктуры уретры)
	* запоры
	* длительный кашель (туберку­лез, хронический бронхит)

Усилие, способствующее повышению внутрибрюшного давления, может быть единственным и внезап­ным (тяжелая работа, подъем тяжести) или часто повторяющимся и минимальным (кашель).

Механизм образования грыж различен в зависимости от про­исхождения грыжи (врожденная или приобретенная). Причиной образования врожденной грыжи является недоразвитие брюшной стенки во внутриутробном периоде (эмбриональные пупочные гры­жи, грыжа пупочного канатика), незаращение брюшинно-пахового отростка. Грыжевые ворота и грыжевой мешок формируются вна­чале, а затем в результате физического усилия внутренние органы проникают в грыжевой мешок. При приобретенных грыжах внутренние органы выходят на уровне грыжевых ворот и проникают далее чаще всего по ходу сосудистого пучка или органа (бедренный канал, паховый канал). Под влиянием повышенного внутрибрюшного давления внутрен­ние органы раздвигают впереди себя слои брюшной стенки. Гры­жевой мешок формируется посредством растяжения и прогресси­рующего выпячивания париетальной брюшины.

**Классификация.**

Кроме общепринятой классификации (рекомендованной ВОЗ) паховых грыж на косые и прямые, а также по степени их выхождения, существует классификация по Жилберту, в которой выделяется 6 типов паховых грыж.

Паховые грыжи:

1. ***Косые паховые грыжи:***
	* тип 1 - нормальные размеры внутреннего пахового кольца
	* тип 2 - внутренне паховое кольцо пропускает один палец после диссекции грыжевого мешка и его вправление через кольцо
	* тип 3 - внутреннее паховое кольцо пропускает два пальца после вправления грыжевого мешка через кольцо
2. ***Прямые паховые грыжи:***
* тип 4 - внутреннее паховое кольцо имеет нормальные размеры, имеется большой дефект дна
* тип 5 - внутреннее паховое кольцо имеет нормальные размеры, дефект невелик и обычно пропускает только один палец.
* тип 6 - объединяет признаки прямой и косой грыжи и часто называется "панталонным".

Соотношение частоты косых и прямых грыж составляет 2:1. В серии из 1800 герниопластик, выполненных Gilbert количество косых паховых грыж составило приблизительно 65% при этом количество грыж 1, 2 и 3 типов было практически одинаковым. Прямые паховые грыжи составили 35% от выполненных операций, при этом 4 тип грыж встречался чаще 5 типа. Шестой тип встречался редко. Косые паховые грыжи встречаются чаще прямых паховых грыж, однако, 4 тип прямых паховых грыж отмечался в практике Gilbert чаще других типов.

**Клиническая картина.**

 Клиническая картина при неосложнённых паховых грыжах довольно типичная. Жалобы больного на наличие опухолевидного выпячивания в паховой области и боли различной интенсивности, особенно при физическом напряжении, в большинстве случаев сразу позволяют предположить наличие грыжи.  Диагностические трудности возникают в тех случаях, когда грыжевое выпячивание невелико, например, при начинающихся или канальных грыжах, а также, когда оно атипично расположено, например, при межстеночных грыжах. В этих случаях диагноз ставят на основании изучения анамнеза, осмотра и пальпации паховой области. Паховые грыжи малых размеров могут не причинять каких-либо неудобств и болезненных ощущений. В то же время, при длительном существовании грыжи, больших её размерах, при скользящих и рецидивирующих формах боли являются постоянным симптомом и основной жалобой больных.
Боли локализуются в нижних отделах живота, в паху, иррадиируют в поясницу и крестец. Чем больше грыжевое выпячивание, тем более значительные неудобства оно причиняет при ходьбе и физической работе, резко ограничивая трудоспособность. Часто больные с паховой грыжей жалуются на хронические запоры. При скользящей грыже мочевого пузыря к обычным симптомам присоединяются учащённое мочеиспускание, рези в мочеиспускательном канале, боли над лоном, исчезающие после вправления грыжи. У пожилых больных нередко наблюдается задержка мочи. Соскальзывание в грыжевые ворота слепой кишки сопровождается болями и вздутием живота, запорами. Объективно определяют припухлость в паховой области, при перкуссии над областью выпячивания - тимпанит. При пальпации и аускультайии нередко определяется урчание кишечных петель.

Яркая клиническая картина наблюдается при воспалении червеобразного отростка в грыже. При этом наряду с усилением болей появляется тошнота, рвота, задержка стула и газов, повышается температура тела, учащается пульс и определяются симптомы раздражения брюшины в нижних отделах живота. Следует подчеркнуть, что хроническое воспаление червеобразного отростка в грыже привносит особенности в клиническую картину: чаще возникают боли внизу живота, запоры, тошнота, ухудшается аппетит. У женщин, при вовлечении в грыжевые ворота внутренних половых органов, также наблюдаются боли в животе, иногда иррадиирующие в поясницу.

 При осмотре хирург должен обращать внимание на форму и величину грыжевого выпячивания в разных положениях больного - вертикальном и горизонтальном. При косой паховой грыже выпячивание имеет продолговатую форму, расположено по ходу пахового канала, часто опускается в мошонку. При прямой грыже оно округлое или овальное, находится у медиальной части паховой связки, рядом с наружным краем лона. В тех случаях, когда грыжевое выпячивание расположено выше проекции наружного отверстия пахового канала, следует заподозрить наличие околопаховой или межстеночной грыжи. Если имеются два выпячивания, возможна комбинированная грыжа. При больших паховых грыжах у мужчин половина мошонки со стороны грыжи резко увеличена, кожа её растянута, половой член уклоняется в противоположную сторону, а при гигантских грыжах он скрывается в складках кожи.
Нередко, в момент осмотра грыжевое выпячивание не контурируется - оно вправлено в брюшную полость или скрывается у тучных больных в толще жира. В связи с этим более информативным диагностическим тестом является обследование паховой области, при которой производят пальпацию грыжевого выпячивания, определение его размеров, степени вправимости, размеров внутреннего отверстия пахового канала, формы и величины яичек. Фиксируют наличие или отсутствие варикозного расширения вен семенного канатика. Проводят дифференциальную диагностику прямой, косой и бедренной грыж.

 В норме наружное отверстие пропускает кончик пальца. При грыже, в зависимости от её величины, диаметр отверстия увеличивается до 2-3 см и более, пропуская 2-3 пальца, а иногда, при гигантских грыжах, всю кисть. Не извлекая палец, хирург предлагает больному натужиться или покашлять. При этом он ощущает толчкообразное давление на верхушку пальца - симптом кашлевого толчка. Определение этого симптома особенно важно в диагностике начальной или канальной грыж. При резком расширении пахового канала палец легко продвигается по ходу грыжи. Если грыжа косая, то расширенный ход повторяет направление семенного канатика, а если прямая, то палец направляется прямо, проникая в паховый промежуток. Иногда удаётся определить пульсацию a.epigastrica interna. При прямой грыже пульсация этой артерии ощущается снаружи от пальца, а при косой - кнутри. Таким образом, полученные при осмотре больного сведения в совокупности с изложенными ранее анатомическими данными позволяют до операции довольно точно дифференцировать косую паховую грыжу от прямой.

Диагностика паховой грыжи у женщин отличается тем, что введение пальца в наружное отверстие пахового канала практически невозможно. Приходится ограничиваться осмотром и пальпацией грыжевого выпячивания, которое при прямой грыже располагается над паховой связкой, а при косой опускается в наружную половую губу.

Диагностика скользящих паховых грыж до операции очень важна, так как определяет действия хирурга во время вмешательства, исключая случайное ранение органов. Наличие скользящей грыжи следует предполагать:

* при длительно существующих грыжах больших размеров с широкими грыжевыми воротами;
* при многократно рецидивирующих грыжах, когда нередко происходит разрушение задней стенки пахового канала;
* при наличии жалоб больного, характерных для соскальзывания того или иного органа;
* при частичной или полной невправимости грыжи;
* когда при пальпации грыжевого мешка (после вправления содержимого) определяется тестоватость консистенции; иногда грыжевое выпячивание состоит как бы из двух частей, одна из которых более утолщена;
* когда наблюдается мочеиспускание в два приёма (при скользящих грыжах мочевого пузыря вначале больной опорожняет мочевой пузырь, а затем, после вправления грыжи, у него появляется позыв на мочеиспускание).

При подозрении на наличие скользящей грыжи целесообразно применять дополнительные методы исследования: ирригоскопию, цистографию, цистоскопию, бимануальное гинекологическое исследование.  Если возникла мысль о вовлечении в процесс мочеточника или почки, необходимо произвести инфузионную урографию. При наличии опухолевидного образования в паховой области следует, прежде всего, исключить лимфаденит и натёчные абсцессы. В отличие от паховой грыжи воспалительная опухоль не изменяется в размерах, невправима. Паховый канал не расширен. Нередко выражено покраснение кожных покровов, повышена температура тела, пальпация опухоли безболезненна. Натёчные абсцессы наблюдаются при туберкулёзе позвоночника. Для этого заболевания характерны нарушения функции позвоночника и специфические рентгенологические изменения тел позвонков. Невправимость опухоли и отсутствие расширения наружного отверстия пахового канала, а также наличие флюктуации позволяют исключить грыжу.  Иногда, у тучных женщин с отвислым животом, возникают затруднения при дифференциации паховой или бедренной грыжи. В этом случае важно, ориентируясь на костные выступы, осматривая больную в горизонтальном положении, точно определить проекцию паховой связки. Если грыжевое выпячивание выше этой проекции, то грыжа паховая, если ниже - бедренная.
 Отличие косой пахово-мошоночной грыжи от водянки яичка заключается в том, что водяночная опухоль имеет округлую или овальную форму, чёткие границы, плотноэластическую консистенцию. При перкуссии, в случае наличия водянки, определяется тупой звук, тогда как при грыже - чаще тимпанит. При водянке положителен симптом просвечивания. Больного помещают против источника света - электрической лампы и выявляют просвечивание через стетоскоп (диафаноскопия), приставленный к мошонке. Водяночная жидкость прозрачная и пропускает свет, тогда как кишечные петли и сальник световые лучи не пропускают. Однако, нужно помнить о возможном сочетании водянки яичка или семенного канатика и грыжи. Отличить приобретённую косую грыжу от врождённой до операции можно только предположительно, но это не имеет большого практического значения.

**Лечение.**
Единственным радикальным методом лечения грыж является хирургическая операция. Ношение бандажей различной конструкции не предотвращает развития заболевания, не исключает возможности ущемления. Кроме того, асептическое воспаление в грыжевом мешке и зоне грыжевых ворот приводит к развитию рубцово-спаечных перивисцеритов, что создает дополнительные интраоперационные технические трудности, повышает вероятность развития осложнений операции. Анестезия при операциях по поводу грыж может быть местной, общей и комбинированной. При операциях по поводу первичных паховых, бедренных, пупочных и параумбиликальных грыж наиболее целесообразна местная анестезия. Она оптимизирует технику операции, уменьшает интенсивность послеоперационного болевого синдрома, дает возможность речевой связи хирурга с оперируемым. При рецидивных, больших и гигантских грыжах предпочтительнее общий эндотрахеальный наркоз.

По способу грыжесечения выделяют внебрюшинные, внутрибрюшинные и комбинированные доступы. Внебрюшинные доступы подразделяются на следующие группы:

1. Способы, при которых паховый канал не вскрывается, поэтому у взрослых грыжевой мешок полностью и высоко не удаляется. Канал суживается швами, наложенными на всем протяжении апоневроза наружной косой мышцы или только на его ножке без подлежащих мышц или с захватом мышц.
2. Способы, при которых паховый канал вскрывается, высоко удаляется грыжевой мешок и пластически различно укрепляется только передняя стенка канала.
3. Способы, при которых паховый канал вскрывается, грыжевой мешок высоко перевязывается и удаляется или, по показаниям, после перевязки частично или полностью оставляется и пластически различно укрепляется задняя, а иногда и передняя стенка с использованием паховой или Куперовской связки.
4. Способы, при которых производится пересадка различных тканей или аллопластика для укрепления передней или задней стенки пахового канала.
5. Способы, при которых паховый канал вскрывается, мешок обрабатывается и удаляется, канал весь зашивается и как таковой ликвидируется. Для семенного канатика создается новое, нефизиологичное положение.

В настоящее время существуют три методики проведения пластики паховых грыж с применением переднего подхода: способ Марси (Магсу), заключающийся в простом закрытии кольца, операция Бассини (Bassini) и грыжесечение МакВэя—Лотейссена (McVay—Lotheissen) с использованием связки Купера. Все эти операции обладают в одинаковой степени удовлетворительными результатами при соответствующих показаниях у взрослых, их легко осуществляют под местной анестезией. Рецидивирующие паховые грыжи фиксировали с помощью классического грыжесечения, но в последнее время предпочитают использовать методы с применением протезирования, так как их результаты лучше. Классическая герниопластика состоит из трех частей; рассечение пахового канала, восстановление мышечно-гребешкового отверстия и закрытие пахового канала.

**Метод Марси** заключается только в сужении расширенного глубокого пахового кольца. Эта операция, обычно называемая простым закрытием кольца, показана мужчинам и женщинам, имеющим косые грыжи, сопровождающиеся только минимальным повреждением глубокого пахового кольца. Способ Марси восстанавливает анатомию глубокого пахового кольца посредством помещения одного или двух швов на дугу поперечного апоневроза и подвздошно-лобковый тракт, как раз медиальнее семенного канатика.

**Операция Бассини** по восстановлению мышечно-гребешкового отверстие состоит в захватывании в шов края прямой мышцы с влагалищем и пришивании ее к паховой связке, при этом укрепляется глубокое паховое кольцо и треугольник Гессельбаха. Следовательно, указанный метод показан при всех прямых и косых паховых грыжах. В Северной Америке операция Бассини заключается в высоком лигировании грыжевого мешка, приближении соединенного сухожилия и внутренней косой мышцы живота к спускающемуся отлого краю паховой связки и наложении узловых швов.

**Метод МакВэя—Лотейссена** восстанавливает три области, представляющие мышечно-гребешковое отверстие и наиболее подверженные образованию грыжи, а именно, глубокое паховое кольцо, треугольник Гессельбаха и бедренный канал. Метод МакВэя—Лотейссена заключается в сшивании дуги апоневроза поперечной мышцы со связкой Купера медиально и с влагалищем бедренных мышц латерально. Выполнение послабляющего разреза обязательно для предотвращения большого натяжения по линии швов.

**Способ Кукуджанова** предложен для прямых и сложных форм паховых грыж. После ушивания глубокого пахового кольца на­кладывают швы между влагалищем прямой мышцы живота и связ­кой Купера, от лонного бугорка до фасциального футляра под­вздошных сосудов. В случае намечающегося натяжения до завязы­вания швов в медиальном отделе влагалища прямой мышцы дела­ют косой послабляющий разрез длиной 2-2,5 см Затем соединен­ное сухожилие внутренней косой и поперечной мышц вместе с верхним и нижним краями рассеченной поперечной фасции под­шивают к паховой связке. Самый последний шов накладывают у медиального края глубокого

отверстия пахового канала. Семенной канатик укладывают на сформированную заднюю стенку пахового канала. Операцию заканчивают созданием дупликатуры апоневроза наружной косой мышцы живота и формирова­нием наружного отверстия пахового канала.

В ряде случаев, особенно при высоком паховом треугольнике, после сшивания внутренней косой и поперечной мышц с пупарто­вой связкой возникает значительное натяжение швов, что способ­ствует их прорезанию и рецидиву грыжи В таких случаях целе­сообразно проводить послабляющий разрез влагалища прямой мышцы живота (операция Мак-Вея - Венгловского).

**Способ Мак-Вея - Венгловского** довольно близок к способу Кукуджанова. Суть его состоит в сужении внутреннего отверстия пахового канала и реконструкции задней стенки пахового канала. Глубокое паховое кольцо формируют путем ушивания поперечи­ной фасции. На влагалище прямой мышцы живота делают большой послабляющий разрез длиной 4--5 см, чтобы улучшить подвиж­ность сшиваемых тканей. Поперечную фасцию вместе с соединен­ным сухожилием внутренней косой и поперечной мышц частыми швами пришивают к лонной (куперовой) связке (от жимбернато вой связки до бедренных сосудов) Укладывают семенной канатик и в виде дубликатур сшивают апоневроз наружной косой мышцы, формируя наружное отверстие пахового канала.

**Способ Постемпского** заключается в полной ликвидации пахо­вого канала, пахового промежутка и в создании пахового канала с совершенно новым направлением. Семенной канатик отпрепаровывают как можно дальше в латеральном направлении, у медиаль­ной стороны канатика суживают внутреннее паховое кольцо. Иног­да для перемещения семенного канатика более латерально рассе­кают внутреннюю косую и поперечную мышцы, в образовавшеюся щель помещают семенной канатик в верхнелатеральном направ­лении. Под семенным канатиком сшивают мышцы так, чтобы они плотно прилегали к нему, но не сдавливали его. Далее укрепляют стенку в

области пахового канала. Край влагалища прямой мышцы вместе с соединенным сухожилием внутренней косой и поперечной мышц подшивают к лонной (куперовой) связке. Далее верхний лоскут апоневроза вместе с внутренней косой и поперечной мыш­цами подшивают к лобково-подвздошному тяжу и к паховой связ­ке. Эти швы должны до предела отодвинуть семенной канатик в латеральную сторону (если ранее

не были пересечены мышцы). Нижний лоскут апоневроза наружной косой мышцы, проведенный под семенным канатиком, фиксируют поверх верхнего лоскута апо­невроза. Вновь образованный "паховый канал" с семенным канатиком должен проходить через мышечно-апоневротический слой в косом направлении сзади наперед и изнутри кнаружи так, чтобы его внутреннее и наружное отверстия не оказались напротив друг друга. Семенной канатик укладывают на апоневроз и над ним по­слойно сшивают подкожную клетчатку и кожу. Если возможно, целесообразно расположить семенной канатик между лоскутами апоневроза наружной косой мышцы живота.

Герниопластика с натяжением тканей имеет два явных недостатка. Во-первых, она приводит к более выраженным болям в послеоперационном периоде. Во-вторых, по данным литературы, частота рецидивов при герниопластике с натяжением тканей обычно выше, чем при герниопластике без натяжения тканей. Существует четыре причины формирования рецидивных грыж. Ими являются: сильное натяжение тканей в зоне операции, развитие патологически измененных тканей, неадекватное восстановление и формирование упущенных грыж. Герниопластика без натяжения тканей позволяет решить, по крайней мере, три из этих четырех проблем. При герниопластике без натяжения тканей для заполнения или закрытия грыжевого дефекта используется имплантат, что предотвращает дальнейшую протрузию. Использовались различные методы и виды имплантатов. Естественные ткани, такие как широкая фасция бедра, иссекались и использовались в качестве заплатки. Подкожная вена скатывалась и использовалась в качестве обтуратора при бедренных грыжах. Кроме того, для укрепления зоны грыжевого дефекта использовались различные синтетические имплантаты. Ими были металлы, такие как нержавеющая сталь и тантал, а также синтетические ткани, такие как полиэстер, полипропилен и политетрафлюороэтилен (PTFE). Идеальный сетчатый имплантат должен обладать следующими свойствами:

* размер пор должен быть достаточным для врастания тканей
* стимулировать рост фибробластов
* быть достаточно инертным, чтобы уменьшить реакцию отторжения, аллергическую реакцию и инфицирование
* быть достаточно крепким, чтобы предотвратить развитие ранних рецидивов
* быть достаточно гибким, чтобы сохранять свою целостность.

Синтетические сетевые протезы, используемые при герниопластике, включают марлекс, пролен, сержипро, мерсилен и горетекс. Сетевые протезы марлекс и пролен состоят из связанного монофиламентными волокнами полипропилена и подобных структур. Оба эти материала пористы и полуригидны, содержат пластическую память и изгибаются при одновременном использовании в двух направлениях. Сеть сержипро содержит соединенные и заплетенные нити полипропилена. Ее физикальные характеристики имеют близкое сходство с таковыми полипропиленовых сетей, связанных монофиламентными волокнами. Мерсилен представляет собой открытую связанную сеть, состоящую из заплетенных волокон полиэстера дакрона. Этот пористый и более гибкий материал имеет зернистую структуру, предотвращающую соскальзывание, и обладает только минимальной тенденцией к сгибанию при применении его сразу в двух направлениях.

Наиболее часто используемая в настоящее время техника герниопластики без натяжения тканей называется пластикой по Lichtenstein, хотя сам **Liechtenstein** приписывает разработку этой методики Newman. Эта техника используется как при косых, так и при прямых паховых грыжах. При наличии косого мешка производится его диссекция и вправление через внутреннее паховое кольцо. Затем дно пахового канала закрывается сетчатым имплантатом, который разрезается с целью вмещения структур семенного канатика. Сетка может подшиваться или не подшиваться к внутренней косой мышце с медиальной стороны и паховой связке с латеральной. Сетка укрепляет дно пахового канала, чтобы предотвратить развитие прямых рецидивных грыж, а также для того, чтобы предотвратить протрузию органов через внутреннее паховое кольцо.

**Rutkow и Robbins** сделали популярной технику "пробки и заплатки" при лечении косых и прямых паховых грыж. При данной операции грыжевой мешок косой грыжи отделяется от внутреннего пахового кольца и отсекается или вправляется через внутреннее паховое кольцо. Рекомендуется не лигировать грыжевой мешок, в связи с тем, что это усиливает неприятные ощущения в послеоперационном периоде. Нетугой обтуратор конической формы, изготовленный из полипропиленовой сетки (фабричного производства или скатанный вручную) вводится во внутреннее паховое кольцо и фиксируется несколькими узловыми швами. Такой обтуратор имеет большие размеры и меньшую плотность, чем ранее описанный обтуратор Lichtenstein. Он имеет форму воланчика для игры в бадминтон. Затем плоская сетка рассекается вокруг структур семенного канатика и используется для укрепления дна пахового канала, как и при пластике по Lichtenstein. При прямых грыжах авторами проводились сходные манипуляции с первоначальным циркулярным разрезом вокруг дефекта в дне пахового канала. Затем в прямой дефект вводится конический обтуратор, фиксируется швами, а дно пахового канала укрепляется плоской сеткой. Внешний вид места операции по Rutkow и Robbins после ее окончания такой же, как и при операции по Lichtenstein, описанной выше. Частота рецидивов при использовании данной методики также была менее 1%.

**Gilbert** описал "бесшовную" герниопластику. В соответствии с данной методикой косой грыжевой мешок отделяется от внутреннего пахового кольца и отсекается или вправляется через кольцо. Плоская полипропиленовая сетка складывается в "зонтиковидную заглушку" и вводится через внутреннее паховое кольцо. Затем сетка распрямляется глубже поперечной фасции, где блокирует выход рецидивных грыж через внутреннее паховое кольцо. Затем дно пахового канала укрепляется "наружным" полипропиленовым имплантатом, как и при пластике по Lichtenstein, хотя последний не фиксируется швами. По данным Gilbert частота рецидивов при использовании данной методики также не превышает 1%, однако, ее применение возможно только при паховых грыжах 1, 2 и 5 типов. При данных типах грыж внутреннее паховое кольцо имеет нормальные и уменьшенные размеры, а размер дефекта дна пахового канала также невелик. При значительном расширении внутреннего пахового кольца, как при грыжах 3 типа, или при значительном ослаблении дна пахового канала, как при грыжах 4 типа, Gilbert использует модифицированную технику по Shouldice и укрепляет его плоской сеткой, размещаемой над дном пахового канала.

Предбрюшинное пространство — это альтернативное место для имплантации протеза. Протез удерживается на месте за счет внутрибрюшного давления. Новаторский метод предбрюшинного протезирования был введен Р. Столпа (R. Stoppa) в 1969г. Он предложил способ устранения паховых грыж с помощью нерассасывающегося протеза, который эффективно замещает поперечную фасцию. Протез прилипает к висцеральному мешку и делает брюшину нерастяжимой, так что последняя не может выпячиваться через мышечно-гребешковое отверстие или слабые соседние зоны; восстановление дефекта в брюшной стенке не является необходимостью. Операция по данной методике известна как «полное протезирующее укрепление висцерального мешка», но более распространенное ее название — метод Столпа, который может быть окончательной герниопластикой.

Широкое распространение в современной хирургии нашло грыжесечение с использованием заднего подхода посредством лапароскопии. Почти все лапароскопические методы связаны с имплантацией синтетического сетевого протеза. Лапароскопический подход для репарации паховой грыжи может быть чрезбрюшинным или внебрюшинным. Обнажают предбрюшинное пространство паховой области и грыжевое отверстие. Мешки косой паховой грыжи отделяют от шейки и дистальную часть мешка оставляют in situ. Сетевой протез имплантируют для покрытия грыжевого отверстия.

Возможные осложнения оперативного лечения:

* ишемический орхит
* атрофия яичек
* остаточная невралгия
* инфицирование раны
* кровотечение
* рецидив грыжи

Ишемический орхит с его последствиями, атрофия яичек и остаточная невралгия — два важных, хотя и не распространенных осложнения, уникальные для паховой грыжи. Более часто они возникают после выполнения герниопластики паховой грыжи с использованием переднего подхода, так как при этом возникает необходимость в разделении и мобилизации нервов и семенного канатика. Рецидивы также принадлежат преимущественно к осложнениям герниопластики паховых грыж, хотя хирурги традиционно не склонны связывать их с недостатками перенесенной операции

Частота рецидивов после классического грыжесечения колеблется от 1 до 3% в течение 10-летнего периода наблюдения. Рецидивы обусловлены чрезмерным натяжением, которое допускают во время операции, неполноценностью тканей, неадекватной герниопластикой и нераспознанными дополнительными грыжевыми выпячиваниями. Появление рецидивов предсказывают наиболее часто у больных, имеющих прямые грыжи, особенно двусторонние прямые паховые грыжи. Рецидивы косых грыж обычно являются результатом недостаточной эксцизии проксимальной части грыжевого мешка. Большинство рецидивов возникает после герниопластики прямых грыж, как правило, в области лобкового бугорка, где линия швов подвергается самому значительному натяжению. Выполнение послабляющих разрезов всегда полезно. Одновременное осуществление герниопластики двусторонних паховых грыж не увеличивает натяжения швов и не вызывает появления рецидивов, как это традиционно представляли. Для успешного восстановления рецидивирующих грыж необходимо применить протезирование. Рецидивы, возникшие после проведения герниопластики с использованием переднего подхода и протезирования, лучше всего лечат с помощью грыжесечения с применением предбрюшинного или переднего подхода и создания затвора из протезных материалов.

 **Список литературы:**

1. Бородулин В.И. «Справочник практического врача»; том 1,2 М: «Рипол классик», 2001
2. Воскресенский Л.В., Горелик С.Л. «Хирургия грыж брюшной стенки» - М. - 1965.
3. Гуслев А.Б., Борисов А.Е., Стрижелецкий В.В. и др. «Профилактика осложнений лапароскопической герниопластики у больных с паховыми грыжами». – Алма-Ата. «Клин. Мед» – 1995 - с. 223-229.
4. Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенбург Г.М. «Эндохирургия паховых и бедренных грыж» – СПб.: «Фолиант» - 2000 - с. 10-11.
5. Жебровский В.В., Ильченко Ф.Н., Воровский С.Н. «Паховые грыжи», [*http://www.mednavigator.net/index\_r.htm*](http://www.mednavigator.net/index_r.htm)
6. Кузин М.И. «Хирургические болезни», 2-е издание, М:Медицина, 1995
7. Кукуджанов Н.И. «Паховые грыжи» - М. - 1969.
8. Островерхов Е.Г. «Оперативная хирургия и топографическая анатомия» М: «Литера», 1996
9. Орехов Г.В, Козловский В.В. «Первая лапароскопическая герниопластика», «Брянский медицинский вестник» - №5 - с.16 - октябрь, 2004
10. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. «Грыжи брюшной стенки» - М. - 1990.
11. Шляховский И.А., Чекмазов И.А. «Современные аспекты хирургического лечения грыж брюшной стенки*» http://www.consilium-medicum.com/media*
12. Шляховский И.А. «Выбор метода оперативного лечения паховых грыж». Дисс. канд. мед. наук. - М. - 1998.
13. «Современные аспекты эндовидеохирургического лечения паховых и бедренных грыж», <http://www.laparoscopy.ru/>
14. Вантц Д.А. «Опыт герниопластики без натяжения тканей при первичных грыжах» - «Journal of the American College of Surgeons» - с.351-356 - октябрь 1996.