# ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

## Ф.И.О. x

## Пол: мужской

## Возраст: 69 лет

## Место жительства:

## Профессия: пенсионер

## Дата госпитализации: 7 апреля 1997 года, 11:00

# STATUS PRAESЕNS SUBJECTIVUS

## Жалобы на припухлость и тянущую, ломящую, умеренную боль в левой паховой области (грыжу), возникающую при смене метеорологических условий; на затрудненное, учащенное, малыми порциями мочеиспускание вялой струей; на непроизвольное мочеиспускание.

# ANAMNESIS MORBI

## Считает себя больным с 6 мая 1996 года, когда впервые во время профосмотра было обнаружено небольшое опухолевидное образование (грыжа) в левой паховой области. В последующие 11 месяцев образование несколько увеличилось, присоединились периодические ломящие, тянущие, умеренные, метеозависимые боли в области грыжи. В связи с этим больной обратился 24 марта 1997 года в Дорожную поликлинику № 2887 к хирургу. После амбулаторного обследования больной получил направление в Дорожную больницу с диагнозом: «Левосторонняя косая паховая грыжа». Госпитализирован 7 апреля в плановом порядке на 2-е хирургическое отделение. Больной отмечает появившееся около 1-2-х лет затрудненное, учащенное, малыми порциями мочеиспускание вялой струей, непроизвольное мочеиспускание. К урологу не обращался.

##

# ANAMNESIS VITAE

## Родился в 1927 году в деревне Займа, Ярославской области. Физически и интеллектуально развивался нормально, от сверстников не отставал. С 7-ми лет пошел в школу. Учился хорошо. Закончил 4 класса. После школы пришлось работать пахарем в колхозе в течении 7 лет. В 17 лет, в 1944 году, был призван в армию- на флот. Служил до 1953 года. По окончании сверхсрочной службы приехал в Ленинград. Устроился на работу в ОПЧ-10 кузнецом. Материально обеспечен удовлетворительно, проживает в отдельной двухкомнатной квартире с женой. Питание регулярное-3 раза в день, нормальное.

# СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

## Женат, имеет сына; дочка умерла.

# НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

## Сын здоров. Дочка умерла от сердечно-сосудистой патологии. Наследственность по материнской и отцовской линии не отягощена.

# ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ АНАМНЕЗ

## Больной начал трудовую деятельность в 10 лет.

# В течении 7 лет работал пахарем в колхозе. В 17 лет, в 1944 году, был призван в армию- на Балтийский флот. Служил до 1953 года. По окончании сверхсрочной службы приехал в Ленинград. Устроился на работу в ОПЧ-10 кузнецом. Проработал до 68 лет. Сейчас не работает. По состоянию здоровья признан не годным к ранее выполняемой работе. Общий трудовой стаж составляет 58 лет. Основная профессия-кузнец. Работа была связана с поднятием тяжестей и достаточно высокой степенью физического напряжения в производственном процессе.

#

# ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Инфекционный гепатит, венерические заболевания, малярию, тифы отрицает. Два года состоял на учете в тубдиспансере после двухмесячного лечения по поводу туберкулеза легких. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечился, инъекции не производились, за пределы города не выезжал и контакта с инфекционными больными не имел.

# ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Тяжелым психоэмоциональным переживаниям не подвергался.

# ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

## Перенес детские инфекции. ОРВИ, ангина.

# ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

## Курит 1 пачку на два дня. Алкоголь употребляет умеренно.

# ГЕМОТРАНСФУЗИОННЫЙ АНАМНЕЗ

## Группа крови: О(⎪); Rh(-)-отрицательный. Гемотрансфузии раньше не производились.

# АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

## Аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты не отмечает.

# СТРАХОВОЙ АНАМНЕЗ

## Пенсионер.

# STATUS PRAESENS OBJECTIVUS

# ОБЩИЙ ОСМОТР

## Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Астенического типа телосложения, нормального питания. Внешний вид соответствует возрасту.

## Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. Кожа эластичная, тургор тканей сохранен. Дермаграфизм белый, нестойкий. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно, толщина складки на уровне пупка 4 см. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые. Слизистая глаз розовая, влажная, чистая. Склеры не изменены. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за приделы небных дужек. Десна не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, чистый, сосочки выражены.

## Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные.

## Осанка правильная, походка без особенностей. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен. Рост 170 см, вес 72 кг.

## Щитовидная железа нормальных размеров, эластической консистенции, безболезненная.

## Симптомы Грефе, Мебиуса, Дерьлимпля, Штельвага отрицательны.

# СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Верхушечный толчок визуально не определяется.

# Пальпация

## Пульс симметричный, частотой 72 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Сосудистая стенка на а. Radialis вне пульсовой волны не пальпируется. Определяется пульсация височной, сонной, подключичной, подмышечной, плечевой, локтевой, лучевой, бедренной, подколенной артерий; стенка их эластическая. Верхушечный толчок пальпируется на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, площадью 1,5 на 2 см, умеренной силы, резистентный.

# Перкуссия

## Границы относительной сердечной тупости:Правая-в 4-м межреберье на 1.5 см кнаружи от правого края грудины;Верхняя-на уровне 3-го ребра по l. parasternalis sinistrae;Левая-в 5-м межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии.

## Границы абсолютной сердечной тупости:Правая-по левому краю грудины в 4-ом межреберье;Верхняя-на уровне 4-го ребра по l. parasternalis sinistrae;Левая-на 2 см кнутри от l. medioclavicularis в 5-ом межреберье. Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-ом и 2-ом межреберьях.

# Аускультация

## Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные, звучные, соотношение тонов сохранено. Шумов нет. Артериальное давление 150/90 мм рт. ст.

# ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Дыхание через нос, свободное, ритмичное, поверхностное. Тип дыхания- грудной. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Форма грудной клетки правильная, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены хорошо. Межреберные промежутки прослеживаются.

# Пальпация

## Грудная клетка регидная, безболезненная. Голосовое дрожание симметричное, не изменено.

# Перкуссия

## Топографическая перкуссия.

## Нижние границы правого легкого:по l. parasternalis- верхний край 6-го ребрапо l. medioclavicularis- нижний край 6-го ребрапо l. axillaris anterior- 7 ребропо l. axillaris media- 8 ребропо l. axillaris posterior- 9 ребропо l. scapuiaris- 10 ребропо l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Нижние границы левого легкого:по l. parasternalis- -------по l. medioclavicularis- -------по l. axillaris anterior- 7 ребропо l. axillaris media- 9 ребропо l. axillaris posterior- 9 ребропо l. scapuiaris- 10 ребропо l. paravertebralis- на уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка

## Верхние границы легких: Спереди на 3 см выше ключицы.Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

## Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксилярной линии:на вдохе 4 смна выдохе 4 см

## Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии:на вдохе 4 смна выдохе 4 см

## Сравнительная перкуссия:

## Над симметричными участками легочной ткани определяется ясный легочный звук.

# Аускультация

## Над всеми точками аускультации выслушивается везикулярное дыхание. В легких хрипов нет.

# ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

# Осмотр

## Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Десна не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, чистый, сосочки выражены.

## Живот правильной формы, симметричный, участвует в акте дыхания, варикозных коллатералей брюшной стенки не отмечается. Видимая перистальтика кишечных петель и желудка отсутствует.

# Пальпация

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

## Глубокая: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок не пальпируется.

## Нижний край печени острый, ровный, эластичный, безболезненный, не выходит из под края реберной дуги, поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, френикус- отрицательные. Поджелудочная железа не пальпируется. Селезенка не пальпируется.

# Перкуссия

## Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 9 см, по передней срединной линии 8 см, по левой реберной дуге 7 см. Верхняя граница селезенки по левой среднеоксилярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре.

# Прямая кишка

## Кожа вокруг анального отверстия не изменена. Болезненности при прохождении пальца не обнаружено; тонус сфинктера сохранен. Стенки кишки нависают умеренно, безболезненны. Определяется несколько увеличенная, плотной консистенции предстательная железа. Дольчатость железы сохранена.

# МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

## В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки и проекции мочеточников не пальпируются. Симптом покалачивания по поясничной области отрицательный.

# НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

## Сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован в месте, времени и пространстве. Сон и память не нарушены. Со стороны двигательной и чувствительной сфер патологии не выявлено. Походка без особенностей. Глоточный, брюшной и сухожильно-периостальные рефлексы сохранены. Оболочечные симптомы отрицательные. Зрачки D=S, живо реагируют на свет.

# ЛОКАЛЬНЫЙ СТАТУС

## При пальпации в левой паховой области определяется опухолевидное выпячивание. В положении стоя размером 4\*4\*3 см в диаметре. Образование мягко-эластической консистенции выступает из-под наружного кольца пахового канала. По отношению к элементам семенного канатика лежит кпереди и кнаружи. Легко вправляется. Безболезненное. Симптом кашлевого толчка положительный.

## ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

## Больной Смирнов Борис Михайлович поступил на 2-ое хирургическое отделение с диагнозом: Левосторонняя косая паховая грыжа. При пальпации в левой паховой области определяется опухолевидное выпячивание размером 4\*4\*3 см в диаметре. Мягко-эластической консистенции. Выступает из-под наружного кольца пахового канала. По отношению к элементам семенного канатика лежит кпереди и кнаружи. Легко вправляется. Безболезненное. Симптом кашлевого толчка положительный.

## Предварительный диагноз: Вправимая косая паховая грыжа слева.

# ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

## Лабораторные исследования:

1. Клинический анализ крови. Назначаем для выявления признаков острого воспаления (лейкоцитоз) или выявления признаков хронического воспаления (повышение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево), так как может быть воспаление как самого грыжевого мешка и его содержимого, так и могут присутствовать очаги хронической инфекции, которые опасны в послеоперационном периоде. Также нас интересует нет ли заболеваний крови- это также может ухудшить прогноз лечения.
2. Биохимический анализ крови. В нем нас интересуют показатели количества общего белка, белковых фракций, показатели белковых осадочных проб, активности аминотрансфераз, количества сахара, электролитов, для выявления сопутствующих заболеваний и предупреждения осложнений при общем обезболивании и в послеоперационном периоде.
3. Анализ мочи. Назначаем для выявления сопутствующих заболеваний мочевыделительной системы.

## Инструментальные исследования:

1. ЭКГ. Назначаем с целью выявления патологии в работе сердца, так как больной предстоит большая нагрузка на сердечно-сосудистую систему во время операции.
2. УЗИ органов брюшной полости. Информативно - дает данные о состоянии печени, портальной вены, селезенки, почек и других органов брюшной полости.

 Консультации:

Консультация уролога.

# РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ И

## Результаты лабораторных исследований:

1. Клинический анализ крови.
Эритроциты- 3,8х10^12/л
Hb- 138 г/л
Цвет. показатель- 0,98
Лейкоциты- 5,7х10^9/л
палочкоядерные- 2%
Сегментоядерные- 56%
Лимфоцитов- 25%
Моноцитов- 3% эозинофилов- 4% Тромбоциты- 210х10^9/л
CОЭ- 6 мм/ч
2. Анализ мочи.
Цвет светло-желтый Белок 0
Прозрачная Сахар 0
Реакция кислая Уробилин (-)
Уд. вес 1020 Желч. пигменты (-)
Лейкоциты единичные в поле зрения
Эпителий плоский единичный в поле зрения
3. Анализ кала на ЯГ ЯГ не обнаружены

КОНСУЛЬТАЦИЯ УРОЛОГА

Жалобы на затрудненное, учащенное мочеиспускание, появившееся около 1-2-х лет.

Per rectum: простата незначительно увеличена в размерах, шаровидной формы, с ровными контурами, обычной консистенции. Слизистая кишки подвижная.

Диагноз: Аденома простаты I степени.

Рекомендовано: Диспансерное наблюдение по месту жительства.

#  ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

##  Дифференциальная диагностика косой паховой грыжи не так уж сложна. Наличие грыжевого выпячивания, пальпация грыжевых ворот, вправимость грыжевого содержимого, определение положительного симптома кашлевого толчка часто дают исчерпывающие данные, говорящие в пользу грыжи. Но есть заболевания, которые дают похожую симптоматику. Так дифференциальный диагноз нужно проводить с паховым лимфаденитом. Главное в их дифференцировки- исследование локального статуса. Так при грыжах выявляются характерные ее симптомы: увеличение выпячивания в положение стоя и при повышении внутрибрюшного давления, определение при пальпации выпячивания в основном образований эластической консистенции; особую важность имеет вправимость содержимого грыжевого мешка, положительный симптом кашлевого толчка, и конечно же один из наиболее характерных признаков- пальпация грыжевых ворот. Все эти симптомы определяются у больного. А для пахового лимфаденита характерно постоянство размеров в любом положении тела, невправляется. Паховый канал не расширен. Отсутствует симптом кашлевого толчка. Нередко выражено покраснение кожных покровов, повышена температура тела, пальпация опухоли болезненна. В принципе на основании объективного исследования больного можно полностью провести дифференцировку и поставить окончательный клинический диагноз.

## Таким образом мы можем исключить у больного паховый лифаденит.

#  ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Больной Смирнов Борис Михайлович поступил на 2-ое хирургическое отделение с диагнозом: Левосторонняя косая паховая грыжа. При пальпации в левой паховой области определяется опухолевидное выпячивание размером 4\*4\*3 см в диаметре. Мягко-эластической консистенции. Выступает из-под наружного кольца пахового канала. По отношению к элементам семенного канатика лежит кпереди и кнаружи. Легко вправляется. Безболезненное. Симптом кашлевого толчка положительный. Ректально простата незначительно увеличена в размерах, шаровидной формы, с ровными контурами, обычной консистенции. Дольчатость железы сохранена. Слизистая кишки подвижная.

Клинический диагноз: Вправимая косая паховая грыжа слева. Аденома простаты I степени.

# ИЗЛОЖЕНИЕ ДАННЫХ О СУЩНОСТИ

# ЗАБОЛЕВАНИЯ

## Грыжи живота делят на наружные и внутренние. Наружной грыжей живота называют хирургическое заболевание, при котором через различные отверстия в мышечно-апоневротическом слое передней или задней брюшной стенки и тазового дна происходит выпячивание внутренностей вместе с пристеночным листком брюшины при целости кожных покровов. Эти отверстия (“слабые места”) могут являться естественными анатомическими образованиями, например пупочное кольцо, щели в белой линии живота, паховый канал, бедренное кольцо, треугольник Пети, промежуток Грюнфельда-Лесгафта, либо возникают вследствие травмы, операций, заболеваний. Внутренними называют такие грыжи живота, которые образуются внутри брюшной полости в брюшных карманах и складках или проникают в грудную полость через отверстия и щели диафрагмы.

## В грыже различают грыжевые ворота, грыжевой мешок и грыжевое содержимое (рис. 1)

## Рис. 1. Составные части грыжи. 1-грыжевые ворота; 2-грыжевой мешок; 3-грыжевое содержимое.

## Грыжевые ворота-отверстия в мышечно-апоневротическом слое , через которые под влиянием различных причин происходит выпячивание париетальной брюшины и внутренностей живота. Форма грыжевых ворот может быть овальной, круглой, щелевидной, треугольной и неопределенной. Например, при паховых грыжах грыжевые ворота чаще треугольные или щелевидные. При пупочных грыжах и грыжах белой линии живота- круглые или овальные. Размеры грыжевых ворот очень вариабельны: от нескольких сантиметров в диаметре при пупочных грыжах и грыжах белой линии живота до 20-30 см и более при послеоперационных грыжах и диастазах прямых мышц живота. Грыжевой мешок-часть париетальной брюшины, вышедшая через грыжевые ворота. Различают шейку, тело и верхушку грыжевого мешка, обычно имеющего овальную или грушевидную форму. Шейкой грыжевого мешка является его проксимальный отдел. Находящийся в грыжевых воротах. Тело- наиболее широкая часть. Верхушкой называют дистальную часть мешка. Грыжевой мешок бывает однокамерным или многокамерным. Величина грыжевого мешка широко варьирует. Грыжевым содержимым обычно являются подвижные органы брюшной полости: сальник, петли тонкой кишки, сигмовидная, поперечно-ободочная и слепая кишки, червеобразный отросток, меккелев дивертикул, придатки матки, матка.

## 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 внутрибрюшого 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 стенки, 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.

##  **Классификация.**

## Грыжи живота классифицируют по анатомическим, этиологическим и клиническим признакам. Согласно анатомической классификации, различают паховую, бедренную, пупочную грыжи, а также грыжу белой линии живота. Гораздо реже встречаются грыжи спигелиевой линии и мечевидного отростка, поясничные, седалищные, промежностные и диафрагмальные. По этиологии все грыжи в зависимости от их происхождения разделены на две группы: врожденные и приобретенные. Врожденные грыжи живота могут появиться сразу поле рождения ребенка или развиться позже. Это иногда создает трудности при решении вопроса о врожденном или приобретенном характере грыжи. Большинство врожденных грыж- паховые и пупочные. Реже наблюдаются врожденные диафрагмальные грыжи и как казуистика- грыжи других локализаций. Группу приобретенных грыж делят в зависимости от причин, которые привели к возникновению дефекта брюшной стенки. Самыми распространенными являются грыжи, возникающие в типичных «слабых местах» брюшной стенки, поэтому их называют предуготованными. Большую группу составляют так называемые послеоперационные грыжи, возникающие в различных участках брюшной стенки после лапаротомий. Если эти операции производились по поводу грыж, то вновь возникающие в той же области грыжи называют рецидивными. Грыжевое выпячивание брюшной стенки в различных местах после травм без нарушения кожи, но с нарушением остальных анатомических слоев носит название травматических грыж. Грыжевые выпячивания, возникшие в связи с заболеваниями или вследствие нарушения иннервации мышцы брюшной стенки, носят название невропатических грыж. Клиническая классификация включает в себя свободные или вправимые грыжи (содержимое грыжевого мешка свободно перемещается из брюшной полости и обратно), невправимые (содержимое грыжевого мешка находится в нем постоянно и ни самостоятельно, ни при надавливании не перемещается в брюшную полость), ущемленные (когда органы, вышедшие в грыжевой мешок подвергаются сдавлению в области его шейки, при этом развиваются расстройства крово- и лимфообращения и существует реальная угроза омертвения ущемленных органов) и скользящие грыжи (через грыжевые ворота около грыжевого мешка с его содержимым выходит орган, расположенный частично забрюшинно).

##  **Косые паховые грыжи.**

## Паховый канал располагается в пределах пахового треугольника. Границами которого сверху являются горизонтальная линия, проведенная от точки между наружной и средней третью паховой складки до наружного края прямой мышцы живота, снизу- паховая складка, изнутри- наружный край прямой мышцы живота. Канал проецируется над внутренней половиной паховой связки и направлен сверху вниз, снаружи внутрь и сзади наперед. Длина пахового канала 4-4,5 см. У женщин он несколько длиннее, но уже, у детей короткий и прямой. В паховом канале различают четыре стенки и два отверстия. Передней стенкой является апоневроз наружной косой мышцы живота, а в латеральной части- волокна внутренней косой мышцы. Верхняя стенка пахового канала образована нижним краем поперечной мышцы живота. Нижней стенкой служит желоб паховой связки, а задней- поперечная связка. В паховом канале проходит семенной канатик у мужчин и круглая связка у женщин. Снаружи вдоль семенного канатика (или круглой связки) проходят нервы: сверху n. Ilioinguinalis, снизу- n. Spermaticus externus. Пространство между верхней и нижней стенками пахового канала называется паховым промежутком, фора и размеры которого варьируют в довольно широких пределах. Н. И. Кукуджанов различает две крайние формы пахового промежутка: щелеобразно- овальную и треугольную. При щелеобразно- овальной форме высота пахового промежутка составляет 1-2 см, при треугольной- 2-3 см. у женщин паховый промежуток ниже, чем у мужчин. В нижнемедиальной части передней стенки пахового канала располагается поверхностное паховое кольцо, через которое из канала выходит семенной канатик у мужчин или круглая связка матки у женщин. Поверхностное паховое кольцо ограничено двумя ножками апоневроза наружной косой мышцы: первая из них(crus mediale) прикрепляется к передней поверхности симфиза, а вторая (crus laterale) - к лонному бугорку. Образованная щель закругляется в кольцо сверху и снаружи апоневротическими волокнами, идущими от середины пупартовой связки вверх и медиально к белой линии живота (fibrae intercruralis), а снизу и изнутри- lig. reflexum. Размеры поверхностного пахового кольца здорового мужчины позволяют ввести в него кончик II пальца при пальпации путем инвагинации мошонки. Глубокое поверхностное кольцо является латеральной частью задней стенки пахового канала. Оно расположено на 1-1,5 см выше середины пупартовой связки и представляет собой отверстие в поперечной фасции, через которое проходит семенной канатик. Отверстие возникает в процессе опускания яичка в мошонку путем выпячивания листка поперечной фасции, которая впоследствии образует внутреннюю оболочку семенного канатика. Таким образом, внутреннее отверстие пахового канала представляет собой воронкообразное выпячивание поперечной фасции. У мужчин высота глубокого пахового канала 1 см, ширина 1,5 см, оно пропускает кончик II пальца. Снаружи глубокое паховое кольцо ограничивает паховая связка, изнутри- межъямковая связка. К глубокому паховому кольцу прилежит участок париетальной брюшины в области fovea inguinalis lateralis, в то время как поверхностное кольцо прецируется на область fovea inguinalis medialis.

## Косые паховые грыжи в зависимости от происхождения грыжевого мешка бывают врожденными и приобретенными.

## **Приобретенная косая паховая грыжа (hepnia inguinalis acquisita).** Образуется под влиянием различных общих и местных факторов при полном заращении влагалищного отростка брюшины. Грыжевой мешок является выпячиванием париетальной брюшины в области fovea inguinalis lateralis, которое внедряется в anulus inguinalis profundus, проходит весь паховый канал и выходит через anulus inguinalis superficialis. Косая паховая грыжа, повторяя ход пахового канала, направлена сверху вниз, сзади наперед, снаружи внутрь. В своем развитии она проходит ряд последовательных стадий. А. П. Крымов выделяет: 1) начинающуюся косую грыжу(hernia inguinalis obliqua incipiens), когда дно грыжевого выпячивания врач достигает пальцем, введенным в наружное отверстие пахового канала, лишь при натуживании больного или при кашле; 2) канальную грыжу (hernia inguinalis obliqua canalis), при которой дно грыжевого мешка доходит до наружного отверстия пахового канала; 3) косую паховую грыжу семенного канатика (hernia obliqua testicularis), при которой грыжа выходит из пахового канала и пальпируется в виде опухолевидного образования паховой области; 4) косую пахово-мошоночную грыжу (hernia inguino- scortalis), когда грыжевое выпячивание. Следуя по ходу семенного канатика, опускается в мошонку. Возникновение косой паховой грыжи является следствием изменений в задней стенке пахового канала, прежде всего расширения глубокого(внутреннего) пахового отверстия, которое в данном случае является грыжевыми воротами. Определяющую роль в патогенезе косой паховой грыжи играет прежде всего недостаточность задней стенки пахового канала, которая развивается под влиянием конституциональных, функциональных, возрастных и социальных факторов. Анатомо-морфологические изменения передней стенки и наружного пахового отверстия также наиболее часто являются следствием перечисленных общих предрасполагающих факторов или возникают вторично, позже, под влиянием развивающегося грыжевого выпячивания. По отношению к элементам семенного канатика грыжевой мешок при косой паховой грыже лежит кпереди и кнаружи. Это объясняется тем, что элементы семенного канатика располагаются по задневнутренней полуокружности глубокого пахового отверстия. Грыжевой мешок всегда занимает передненаружную полуокружность, прокладывая себе путь через часть глубокого отверстия, выполненную жировой клетчаткой.

## Клиническая картина при неосложненных паховых грыжах довольно типична. 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. Боли локализуются в нижних отделах живота, 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 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. если имеются два выпячивания, возможна комбинированная грыжа. Осматривая кожные покровы над грыжевым выпячиванием, следует обратить внимание на наличие расширенной венозной сети, опрелостей, ссадин, мацераций, трещин и изъязвлений. Нередко в момент осмотра грыжевое выпячивание не контурируется: оно впралено в брюшную полость или скрывается у тучных больных в толще жира. В связи с этим более информативным диагностическим тестом является обследование паховой области, при котором производят пальпацию грыжевого выпячивания, определение его размеров, степени вправимости, размеров внутреннего отверстия пахового канала, формы и величины яичек. Хирург, инвагинируя мошонку II или III пальцем, пальпирует лонный бугорок, после чего продвигает палец вперед и кзади, по направлению к наружному отверстию пахового канала. В норме наружное отверстие пропускает кончик пальца. При грыже в зависимости от ее величины диаметр отверстия увеличивается до 2-3 см и более, пропуская 2-3 пальца, а иногда , при гигантских грыжах, всю кисть. Не извлекая пальцы, 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 и канальной грыжи. Затем другой рукой хирург захватывает у корня мошонки и слегка подтягивает семенной канатик, а больного опять просит натужиться. Если имеется косая грыжа , то выпячивание проявляется кнаружи от семенного канатика. При резком расширении пахового канала палец легко продвигается по ходу грыжи и расширенный ход повторяет направление семенного канатика при косой паховой грыже. Иногда удается определить пульсацию a. epigastrica interna, которая ощущается кнутри от пальца.

## Таким образом, для косой паховой грыжи характерно: выходит из брюшной полости кнаружи от plica umbilicalis lateralis; повторяет ход пахового канала; семенной канатик располагается кнутри от грыжевого мешка; грыжевое выпячивание продолговатой формы; чаще односторонняя; чаще опускается в мошонку; кашлевой толчок в начальной стадии образования грыжи ощущается сбоку, со стороны глубокого пахового канала; пульсация определяется кнутри от пальца введенного в паховый канал.

## Наиболее часто встречающимися осложнениями являются ущемление, рецидив, травмы, копростаз, воспаление, реже туберкулез грыжевого мешка и его содержимого, опухоли грыжевого мешка и его содержимого, и редко инородные тела в грыжевых мешках. Ущемление грыжи требует немедленного хирургического лечения, так как органы, вышедшие в грыжевой мешок, подвергаются сдавлению в области его шейки. При этом развиваются расстройства крово- и лимфообращения и существует реальная угроза омертвения ущемленных органов. Рецидив грыжи - это возникновение грыжи в другом слабом близлежащем месте или развитие послеоперационных грыж. Довольно частым осложнением невправимой грыжи у больных старческого возраста является копростаз, когда содержимым грыжи является толстая кишка. В клинической картине превалируют симптомы нарастающей обтурационной кишечной непроходимости(упорные запоры, боли, тошнота, рвота). Воспаление грыжи является следствием проникновения инфекции в грыжевой мешок. При этом грыжа увеличивается, станивится болезненной, отмечается покраснение ее кожных покровов. Все это происходит на фоне повышения температуры тела, учащения пульса и расстройств функции желудочно-кишечного тракта. Исходом воспаления грыжи, если не была произведена операция, явдяется развитие спаечного процесса в полости грыжевого мешка, и грыжа становится невправимой. Травма грыжи может быть обусловлена различными причинами: непосредственный удар или падение, следствием ранения холодным или огнестрельным оружием либо далением при попытке насильственно вправить невправимую или ущемленную грыжу. Туберкулез и опухоли грыжевого мешка и его содержимого - специфические заболевания, требующие особой дифференцировки и лечения. Неспецифическими осложнениями являются нагноения послеоперационной раны.

# СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ДАННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

## Организация лечения грыж включает профилактическую работу, санитарное просвещение населения, диспансеризацию больных, повышение качества оперативного лечения и квалификации хирургов в вопросах герниологии.

## Устранить грыжу можно только оперативным путем. Применение бандажа является паллиативным мероприятием. Оно показано только в тех случаях, когда по той или иной причине операция не может быть произведена, например в старческом возрасте, при неподдающихся коррекции сопутствующих заболеваниях, у онкологических больных, при беременности. Допускается временное ношение плотного бандажа в период предоперационной подготовки при больших и очень больших вентральных грыжах. При невправимых грыжах бандаж противопоказан. Основным принципом оперативного лечения грыж живота является индивидуальный, дифференцированный подход к выбору методов грыжесечения. При решении этой задачи необходимо учитывать форму грыжи, ее патогенез, состояние тканей брюшной стенки и величину грыжевого дефекта.

## Выбор метода лечения при косых паховых грыжах зависит от величины грыжи, стадии развития грыжи, выраженности клинических симптомов, наличия осложнений, общего состояния больного и его возраста. Показания - наличие грыжи. Если имеются местные или общие симптомы, то после всестороннего обследования больных необходимо произвести операцию. Выбор объема вмешательства зависит от величины грыжи, наличия или отсутствия сопутствующих заболеваний брюшной полости. Противопоказания - старческий возраст, сопутствующие тяжелые соматические заболевания, онкологические заболевания других органов, беременность.

## **Основные этапы грыжесечения.**

## Существует огромное количество операций при паховой грыже, но все они отличаются друг от друга лишь завершающим этапом- пластикой пахового канала. Остальные этапы операции производятся однотипно.

## Первый этап- доступ к паховому каналу. Разрез кожи производят параллельно паховой связке и медиальнее ее на 2 см, от передневерхней подвздошной ости до симфиза. После рассечения кожи и подкожной клетчатки осуществляют тщательный гемостаз. Апоневроз наружной косой мышцы полностью освобождается от жировой ткани. Затем через наружное отверстие в паховый канал вводят зонд Кохера, по которому рассекают переднюю стенку канала. Образовавшиеся лоскуты апоневроза захватывают зажимами и с помощью тупфера отделяют от подлежащих тканей, обнажая при этом желоб паховой связки до лонного бугорка.

## Второй этап- выделение из окружающих тканй и удаление грыжевого мешка. Вначале расслаивают оболочку семенного канатика, и среди его элементов обнажается грыжевой мешок. Для облегчения поисков грыжевого мешка просят больного натужиться или покашлять. Мешок при этом за счет выхождения органов хорошо контурируется. Взяв стенку грыжевого мешка на зажимы Бильрота, начинают выделять его из окружающих тканей- отделяют элементы семенного канатика осторожно и бережно. Выделение грыжевого мешка должно быть полным. После рассечения грыжевогог мешка органы, находящиеся в нем, вправляют в брюшную полость. Прошивание шейки мешка производят или снаружи, или изнутри кисетным швом, но обязательно под контролем зрения.

## Третий этап- ушивание пахового отверстия до нормальных размеров при его расширении или разрушении. Этот важный этап до настоящего времени практически почти не применяется. Ушивание глубокого пахового отверстия удобно производить по способу Иоффе: на верхний и нижний края медиального отдела глубокого пахового отверстия накладывают зажимы. Под зажимами атравматической иглой отверстие ушивают обвивным швом до необходимого диаметра. Последними стежками прошивают и оболочку семенного канатика.

## Четвертый этап- пластика пахового канала. Существует множество способов пластики пахового канала, и поэтому остановлюсь лишь на двух: по способу Мартынова и по способу Кукуджанова.

## **Способ укрепления передней стенки пахового канала.**

## Способ Мартынова. После рассечения апневроза наружной косой мышцы и отсечения выделенного грыжевого мешка, к пупартовой связке спереди от семенного канатика подшивается лишь медиальный край рассеченного апоневроза наружной косой мышцы (без подлежащих мышц) (Рис.2). Латеральный лоскут апоневроза накладывается на медиальный и подшивается к нему несколькими узловыми швами. При этом способе сшиваются однородные ткани- апоневроз с пупартовой связкой, что и дает надежное срастание.

## Рис.2. способ Мартынова.

## Способ Кукуджанова. После удаления грыжевого мешка и ушивания глубокого пахового кольца накладывают швы: а) между влагалищем прямой мышцы живота и связкой Купера. Швы накладывают от лонного бугорка до фасциального футляра подвздошных сосудов (Рис.3). Сшивание тканей с натяжением следует считать грубой ошибкой; б) между соединенным сухожилием, а также верхним краем рассеченной фасции и нижним краем поперечной фасции и паховой связкой. Самый последний шов накладывают у медиального края глубокого отверстия пахового канала. операцию заканчивают созданием дупликатуры апоневроза наружной косой мышцы живота.

## Рис.3. способ Кукуджанова. Укреплена задняя стенка пахового канала. Часть швов для формирования передней стенки.

## **Предоперационный период:** Продолжительность и интенсивность предоперационной подготовки зависят от формы, величины и размера грыжи, наличия или отсутствия ее осложнений и сопутствующих заболеваний, возраста больного и планируемого обезболивания. Вечером накануне операции ставят очистительную клизму, а утром сбривают волосы на поверхности живота и лона. Когда плановую операцию необходимо проводить под общим обезболиванием, нужно оценить функциональные показатели сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Для этого производят ЭКГ, спирографию, биохимическое исследование крови, коагулограмму. Особую важность приобретает предоперационная подготовка у больных с обширными и гигантскими грыжами. В этих случаях при плановых операциях следует проводить длительную, в течении 2-3 недель, а иногда и 1-2 месяцев, адаптацию больного к перемещению значительного объема кишечника из полости грыжевого мешка в брюшную полость. Это достигается применением плотного бандажа в сочетании с разгрузочной диетой.

## **Послеоперационный период:** При неосложненных формах грыж помимо введения обезболивающих средств и ухода за раной, какого-либо другого лечения обычно не проводят. . Общим мероприятием для всех больных является профилактика гнойных осложнений послеоперационной раны. В послеоперационном периоде необходимо применять: 1.ежедневные перевязки и пункции с целью удаления серозно-геморрагического отделяемого из подкожной клетчатки, плотное бандажирование живота; 2.парентеральное применение антибиотиков; 3.пероральное введение сульфаниламидов, салицилатов, витаминов; 4.применение физиотерапевтических процедур (УФО, СМТ, УВЧ-терапия и индуктотермия).

# ПРОГНОЗ

## Прогноз для жизни благоприятный. Необходимо избегать тяжелого физического труда в среднем в течении 1-3 лет, чтобы предотвратить рецидивирование грыжи.

# ПРОФИЛАКТИКА

## Профилактика грыж должна быть направлена на устранение общих предрасполагающих факторов и производящих причин. Это достигается пропагандой физкультуры и спорта, санитарно-просветительской работой, диспансеризацией, своевременным оперативным лечением, повышением качества оперативного лечения и квалификации хирургов в области герниологии. Все это неспецифическая профилактика. Специфической профилактикой для больного будет являться длительное ношение плотного бандажа, придерживание диеты, витаминотерапия и профилактика гнойных осложнений.

# ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ КУРИРУЕМОГО БОЛЬНОГО И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Больной Смирнов Борис Михайлович поступил на 2-ое хирургическое отделение с диагнозом: Левосторонняя косая паховая грыжа. При пальпации в левой паховой области определяется опухолевидное выпячивание размером 4\*4\*3 см в диаметре. Мягко-эластической консистенции. Выступает из-под наружного кольца пахового канала. По отношению к элементам семенного канатика лежит кпереди и кнаружи. Легко вправляется. Безболезненное. Симптом кашлевого толчка положительный. Ректально простата незначительно увеличена в размерах, шаровидной формы, с ровными контурами, обычной консистенции. Дольчатость железы сохранена. Слизистая кишки подвижная. Был выставлен клинический диагноз: Вправимая косая паховая грыжа слева. Аденома простаты I степени. У данного больного имеется относительное противопоказание к оперативному лечению- аденома предстательной железы I степени. Это заболевание вызывает резкие колебания внутрибрюшного давления при затрудненном мочеиспускании. Что вызовет рецидив грыжи. Показано: Ношение плотного бандажа на нижнюю часть живота. Диспансерное наблюдение и лечение по месту жительства у уролога. Повторное поступление на обследование и лечение в октябре 1997 года.

# ДНЕВНИК

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата** | **Ту** | **Тв** |  **Текст дневника** |  **Назначения** |
| 8.04 | 36,2 | 36,7 | Жалобы на затрудненное, учащенное, малыми порциями мочеиспускание вялой струей; на непроизвольное мочеиспускание. Состояние удовлетворительное. Пульс 72 уд/мин. АД 150/90 мм. рт.ст. Язык влажный, чистый, сосочки выражены. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Отправления в норме. | Режим 3. Диета 5.Ан. крови, ан. Мочи, ан. Кала на яг, реакция Вассермана, флюорография. Группа крови. Биохимический ан. крови. ЭКГ. УЗИ органов брюшной полости. Консультация уролога.  |
| 9.04 | 36,5 | 36,6 | Жалобы на затрудненное, учащенное, малыми порциями мочеиспускание вялой струей; на непроизвольное мочеиспускание. Состояние удовлетворительное. Пульс 74 уд/мин. АД 140/80 мм. рт.ст. Язык влажный, чистый, сосочки выражены. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Отправления в норме. | Больной готовится к выписке на 10.04 |

## ЭПИКРИЗ

Больной x поступил на 2-ое хирургическое отделение с диагнозом: Левосторонняя косая паховая грыжа. При пальпации в левой паховой области определяется опухолевидное выпячивание размером 4\*4\*3 см в диаметре. Мягко-эластической консистенции. Выступает из-под наружного кольца пахового канала. По отношению к элементам семенного канатика лежит кпереди и кнаружи. Легко вправляется. Безболезненное. Симптом кашлевого толчка положительный. Ректально простата незначительно увеличена в размерах, шаровидной формы, с ровными контурами, обычной консистенции. Дольчатость железы сохранена. Слизистая кишки подвижная. Был поставлен клинический диагноз: Вправимая косая паховая грыжа слева. Аденома простаты I степени. Аденома предстательной железы I степени является относительным противопоказанием к оперативному лечению.

Рекомендовано: Ношение плотного бандажа на нижнюю часть живота. Диспансерное наблюдение и лечение по месту жительства у уролога. Повторное поступление на обследование и лечение в октябре 1997 года.

Диагноз: Вправимая косая паховая грыжа слева. Аденома простаты I степени.

# ЛИТЕРАТУРА

## М. И. Кузин. Хирургические болезни М.:»Медицина»,1987И. Ф. Матюшин.Операции при грыжах брюшной стенки. Горький,1977К.Д. Тоскин, В. В. Жебровский. Грыжи брюшной стенки. М.:»Медицина»,1990Н. В. Воскресенский, С. Л. Горелик. Хирургия грыж брюшной стенки. М:»Медицина»,1965 И. И. Булынин. Наружные грыжи живота. Ставропольское книжное изательство, 1968 Н. И. Кукуджанов. Паховые грыжи. М.: «Медицина», 1969

# ПЕРЕЧЕНЬ ПРИОБРЕТЕННЫХ НАВЫКОВ

## Определение группы крови и резус-фактора.

## Участие в переливании крови и ее заменителей.

## Асистенция при операциях.

## Производство перевязок операционным больным.

## Катетеризация мочевого пузыря.

## Внутривенные вливания.

## Профилактика и лечение пролежней.

## Оформление медицинской документации хирургических больных.

##

## 15.04.1997. Подпись куратора