Красноярский Государственный Медицинский Университет

Кафедра хирургических болезней №2

им. проф. А.М.Дыхно

История болезни

Диагноз: Невправимая рецидивная послеоперационная вентральная грыжа.

 Ф.И.О. куратора: Первоухина К.В.

 Группа:426 леч.

 Дата заполнения: 14.02.2020

 Ф.И.О. ассистента: Коваленко. А.А.

 Дату проверки:2.03.2020

 Количество баллов:

 Подпись ассистента:

Красноярск 2020

**Паспортная часть**

ФИО: Больная Ж.

Дата поступления: 12.02.2020

Дата выписки: 21.02.2020

Пол: женский

Возраст: 69лет

Профессия и место работы: не работает, пенсионер.

Место жительства: Красноярский край, Енисейский район.

Диагноз при поступлении: Невправимая рецидивная послеоперационная вентральная грыжа.

Клинический диагноз: *Основной:* Невправимая рецидивная послеоперационная вентральная грыжа.

*Сопутствующий:* ИБС. Стабильная стенокардия напряжения I ФК. ГБ III ст., Риск 4. Митральная недостаточность 2 ст. Ожирение 1 ст.

Диагноз при выписке (заключительный диагноз): *Основной:* Невправимая рецидивная послеоперационная вентральная грыжа.

*Сопутствующий:* ИБС. Стабильная стенокардия напряжения I ФК. ГБ III ст., Риск 4. Митральная недостаточность 2 ст. Ожирение 1 ст.

Дата и название операции:20.02.2020 Операция герниолапаротомия, адгезиолизис, заднесепарационная пластика грыжи сетчатым эндопротезом по Новицкому.

Исход болезни: выздоровление.

**Жалобы**

Жалобы на момент осмотра: На наличие грыжевого выпячивания в области послеоперационного рубца передней брюшной стенки.

**Anamnesis morbi**

Общий срок грыженосительства – 17 лет. В 2002 году оперирована по поводу ЖКБ, калькулезного холецистита – лапаротомия. Через 10 месяцев после операции после физической нагрузки появление грыжевого образования. В 2016 в ККБ проведена Герниолапаротомия, грыжесечение, пластика местными тканями. Рецидив грыжи через 1,5 года. проведена лапоротомия по поводу холецистэктомии, спустя 10 месяцев после операции отметила появление грыжы в области послеоперационного рубца после физ.нагрузки. В 2016 году выполнено грыжесечение, пластика местными тканями. Спустя 18 месяцев после операции вновь отмечает возникновение грыжевого выпячивания. С течением времени грыжевое выпячивание увеличивалось в размерах, стало приносить неудобства. Была направлена к гастрохирургу, после чего была госпитализирована в плановом порядке в хирургическое отделение №2 для проведения плановой операции.

**Anamnesis vitae**

Из перенесенных заболеваний: туберкулез, кож-вен заболевания, гепатиты, бронхиальную астму, язвенную болезнь желудка и ДПК, онкологические заболевания, инфаркты, инсульты, сахарный диабет отрицает.
Операции: В 2000 году выполнена гистерэктомия на фоне врастания внутриматочной спирали. В 2001 году проведена лапоротомия по поводу холецистэктомии. В 2016 году выполнено грыжесечение, пластика местными тканями.
Гемотрансфузии: отрицает.
Аллергологический анамнез: Реакция в виде крапивницы на никотиновая кислоту.
Анамнез ВТЭ: неработающая, пенсионерка. В больничном листе не нуждается.

Семейный анамнез: двое детей, дочери. самостоятельные роды в обоих случаях.

Условия быта и труда: родилась 29.09.1950 г. в г. Енисейск в полной семье. Росла в благоприятных условиях. В развитии от сверстников не отставала. На данный момент проживает в г. Енисейске, Енисейского района в квартире. До 2000г. работала в детском саду завхозом.

Вредные привычки: отрицает.

Наследственный анамнез: у мамы гипертоническая болезнь и варикозное расширение вен нижних конечностей.

**Данные объективного обследования**

Общие данные: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Температура тела: 36,6 С. Телосложение гиперстеническое. Подкожно-жировая клетчатка развита выражено. Рост:163см, вес: 90кг. ИМТ=33,87. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Видимые слизистые чистые, розового цвета. Шейные, подчелюстные, подмышечные, надключичные, паховые лимфоузлы не пальпируются. Костно-мышечная система правильного развития, движения в суставах безболезненны и в полном объеме. Отеки отсутствуют. Варикозное расширение вен на обеих ногах.

Психический статус: сознание ясное, речь не нарушена.

Нервный статус: поверхностные и глубокие рефлексы сохранены. Мышечный тонус в норме. Дермографизм, нистагм отсутствуют. В позе Ромберга устойчива.

Эндокринная система: нарушение роста, телосложения и пропорциональности отдельных частей тела не выявлены. Ожирение 1 степени. Кожа умеренной влажности, нормальной эластичности, гиперпигментация отсутствует. Щитовидная железа не визуализируется, не пальпируется. Глазные симптомы (экзофтальм, симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера, Штельвага) отрицательные. Явления гирсутизма, евнухоидизма, вирилизма, феминизации отсутствуют. Физическое и умственное развитие соответствует возрасту.

Органы дыхания: ЧДД=16 в мин., ритмичное. Грудная клетка правильной формы. При пальпации – межреберные промежутки безболезненные. Грудная стенка эластична. Голосовое дрожание над всеми полями легочной ткани - без патологии. При перкуссии – по всем легочным полям ясный легочный звук. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится над всеми легочными полями.

*Перкуссия грудной клетки:*

Сравнительная перкуссия: при сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки отмечается ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия:

|  |
| --- |
| **Высота стояния верхушек** |
|  | **справа** | **слева** |
| **Спереди** | 3 см выше уровня ключицы | 3 см выше уровня ключицы |
| **Сзади** | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка. | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка. |

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Топографические линии** | **Справа** | **Слева** |
| ОкологрудиннаяСреднеключичнаяПередняя подмышечнаяСредняя подмышечнаяЗадняя подмышечнаяЛопаточнаяОколопозвоночная | 5 межреберьеVI реброVII реброVIII реброIX реброX реброОстистый отросток XI грудного позвонка | --VII реброVIII реброIX реброX реброОстистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность нижних краев легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Топографическая линия** | **Справа** | **Слева** |
| на вдох | на выдохе | сумм | на вдох | на выдохе | сумм |
| СреднеключичнаяСредняя подмышечнаяЛопаточная | 2 см3 см2 см | 2 см3 см2 см | 4 см6 см4 см | -3 см2 см | -3 см2 см | -6 см4 см |

Сердечно-сосудистая система: Пульс=72 уд/мин., АД=130/90 мм рт. ст. При осмотре области сердца деформации не выявлено. Верхушечный толчок визуально не определяется. Сердечного горба нет. Пульсация в эпигастральной области, в области сонных артерий и яремной ямки не визуализируется. При пальпации области сердца: верхушечный толчок определяется в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. Дрожания в области сердца не выявлено.

Перкуссия сердца:

Границы относительной тупости сердца.

Правая – 1,5 см к наружи от правого края грудины в четвёртом межреберье

Левая – в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии.

Верхняя – на уровне третьего ребра по окологрудинной линии

Поперечник относительной сердечной тупости равен 12 см.

Конфигурация сердца нормальная.

Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во втором межреберье по соответствующим краям грудины. Поперечник пучка – 5 см.

 При аускультации сердца – тоны ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются, шум трения перикарда отсутствует.

Исследование сосудов - пульсация сонных, подключичных, плечевых, бедренных, подколенных и задних большеберцовых артерий сохранена. Пульс симметричный на правой и левой лучевых артериях – 72 ударов в минуту, ритмичный, правильный. При аускультации сонных, бедренных артерий и брюшной аорты шумы не выслушиваются.

Мочеполовые органы: мочеиспускание свободное, безболезненное, более 8 раз в день. Полиурия. Припухлостей в поясничных областях нет. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Пальпация их безболезненная. Болезненности по ходу мочеточников нет. При перкуссии мочевой пузырь не выступает над лонным сочленением.

**Status localis**

Органы пищеварения: язык чистый, влажный. Видимые слизистые розового цвета, чистые. Миндалины не увеличены, чистые, розовые. При осмотре – живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, ассиметричен за счет грыжевого выпячивания. В средней трети послеоперационного рубца, на 6 см ниже пупа, определяется грыжевое выпячивание, размером 17\*12 см, тугоэластическое, частично вправимое в брюшную полость, распространяющееся латеральнее к левому краю, предположительный размер дефекта апоневроза более 15см. При пальпации живот мягкий. Симптомы раздражения брюшины отрицательные(Воскресенского — при выдохе пациента проводим пальцами от ребер по направлению к подвздошной кости сначала в левую сторону, затем вправую, при усилении болезненности справа, симптом считается положительным, Щеткина-Блюмберга – положительный, если резко усиление боли в животе при быстром снятии пальпирующей руки с передней брюшной стенки после надавливания). Патологические образования не пальпируются. Симптомы острого холецистита( симптом Ортнера: болезненность справа при поколачивании по реберной дуге, френикус-симптом: болезненность в правом подреберье при надавливании на ножки грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, симптом Кера: болезненность при пальпации в точке желчного пузыря), острого панкреатита(симптом Воскресенского: отсутствие пульсации на брюшной части аорты, симптом Мейо-Робсона: болезненность в левом реберно-позвоночном углу) и симптомы раздражения брюшины( симптом Щеткина-Блюмберга: при быстром снятии руки после надавливания на брюшную стенку больной ощущает внезапное усиление боли, симптом Воскресенского усиление боли при быстром проведении рукой скользящих движений от реберной дуги до паховой связки) отрицательные.

При перкуссии - при перкуссии живота отмечается тимпанит. Асцита нет. Печеночная тупость сохранена. Видимого увеличения печени нет. Печень пальпируется по краю реберной дуги, гладкая, безболезненная, мягко-эластической консистенции.

Размеры печени по Курлову:

по правой окологрудинной линии - 9 см;

по правой среднеключичной линии – 8 см;

по левой реберной дуге - 7 см.

Видимого увеличения селезенки нет. При пальпации селезенка не определяется.

При аускультации – перистальтика кишечника выслушивается, удовлетворительная.

Физиологические отправления: стул регулярный, по колостоме в левом мезогастрии.

Per rectum: тонус сфинктера сохранен, ампула свободна, нависания, болезненности стенок не определяется. Патологические образования достижимые пальцем не определяются. На перчатке ничего.

**Предварительный диагноз**

На основании:

1. Жалоб на момент осмотра: На наличие грыжевого выпячивания в области послеоперационного рубца передней брюшной стенки.

2. Анамнеза заболевания: В 2002 году проведена лапоротомия по поводу холецистэктомии, спустя 10 месяцев после операции отметила появление грыжы в области послеоперационного рубца после физ.нагрузки. В 2016 году выполнено грыжесечение, пластика местными тканями. Спустя 18 месяцев после операции вновь отмечает возникновение грыжевого выпячивания.

3. Анамнеза жизни: туберкулез, кож-вен заболевания, гепатиты, бронхиальную астму, язвенную болезнь желудка и ДПК, онкологические заболевания, инфаркты, инсульты, сахарный диабет отрицает.

Операции: В 2000 году выполнена гистерэктомия на фоне врастания внутриматочной спирали. В 2001 году проведена лапоротомия по поводу холецистэктомии. В 2016 году выполнено грыжесечение, пластика местными тканями.

Аллергологический анамнез: Реакция в виде крапивницы на никотиновая кислоту.

Наследственный анамнез: не отягощен.

Гемотрансфузии: отрицает.

Анамнез ВТЭ: не работает, пенсионер.

4. Данных объективного осмотра: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение гиперстеническое. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Подкожно-жировая клетчатка развита выражено. Рост:163см, вес: 90кг. ИМТ=33,87. Костно-мышечная система правильного развития, движения в суставах безболезненны и в полном объеме. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не видна и не пальпируется. Отеки отсутствуют. Варикозное расширение вен на обеих ногах.

Дыхательная система: грудная клетка правильной формы. Перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, проводится над всеми легочными полями, хрипы не прослушиваются. ЧДД 16 в мин.

Сердечно-сосудистая система: тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы в сердце не выслушиваются. АД 130/90 мм рт. ст. Пульс 72 уд. в мин.

Мочевыделительная система: мочеиспускание не нарушено. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.

5. Status localis: язык чистый, влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, ассиметричен за счет грыжевого выпячивания. В средней трети послеоперационного рубца, на 6 см ниже пупа, определяется грыжевое выпячивание, размером 17\*12 см, тугоэластическое, частично вправимое в брюшную полость, распространяющееся латеральнее к левому краю, предположительный размер дефекта апоневроза более 15см. При пальпации живот мягкий. Симптомы раздражения брюшины отрицательные(Воскресенского — при выдохе пациента проводим пальцами от ребер по направлению к подвздошной кости сначала в левую сторону, затем вправую, при усилении болезненности справа, симптом считается положительным, Щеткина-Блюмберга – положительный, если резко усиление боли в животе при быстром снятии пальпирующей руки с передней брюшной стенки после надавливания). Патологические образования не пальпируются. Селезенка не пальпируется. Перкуторно претупления в отлогих местах не определяется. Перистальтика кишечника выслушивается, удовлетворительная. Стул регулярный.

6. Дополнительных исследований:

ФГДС: дифузный атрофический гастрит, луковица ДПК и ретробульбарный отдел без патологии.

ЭХО-КГ –Склероз аорты с кальцинозом кольца и створок АоК 1ст. Митральная недостаточность 2 ст. Размеры полости ЛЖ на верхней границе нормы. Гипертрофия МЖП.

Можно выставить диагноз:

Основной: Невправимая рецидивная послеоперационная вентральная грыжа.

Сопутствующий: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения I ФК. ГБ III ст., Риск 4. Митральная недостаточность 2 ст. Ожирение 1 ст.

**Данные дополнительного обследования**

*ЭХОКГ (от 25.06.2019)*

**Аорта:**

Состояние: склероз;

Ао: 3,9 см;

Кальциноз кольца: есть, 1 ст.;

Отделы: восходящий: 3,9см, дуга: 3,0см, нисходящий градиент: 4 мм.рт.ст., брюшной кровоток: магистральный;

Состояние створок: кальциноз 1 ст., кол-во сворок: 3, открытие створок: 2,0 см;

Градиент давления: макс.: 6мм.рт.ст., Регургиация: 0-1 степень;

**Левое предсердие:**

Характеристика: не расширено;

Образование в полости: нет;

**Правое предсердие:**

Характеристика: не расширено;

Образование в полости: нет;

**Полость левого желудочка:**

Характеристика: не расширена;

Сократимость миокарда левого желудочка: удовлетворительная;

Участок гипокинезии: не выявлены;

Межжелудочковая перегородка;

Характеристика: не утолщена, в б.ч. до 1,2 см, диастола: 1,0см;

Задняя стенка левого желудочка;

Характеристика: не утолщена, диастола: 1,0 см;

**Митральный клапан:**

Противофаза: есть;

Градиент давления: Регургитация: 2 степень, V регургитации: 25%;

Диастолическая функция ЛЖ: нарушена по 1 типу;

**Трикуспидальный клапан:**

Противофаза: есть;

Состояние створок: регургитация: 1 степень;

**Полость правого желудочка:**

Характеристика: не расширена;

Размер «М» режим: 2,3 см;

Межпредсердная перегородка: норма;

Легочная артерия на уровне кольца: не расширена, диаметр кольца: 2,3см, градиент давления на уровне кольца: 4 мм.рт.ст.;

Легочная артерия на уровне ствола: не расширена, регургитация: 1 степень;

Признаки легочной гипертензии СДЛА : 29 мм.рт. ст;

Признаки легочной гипертензии: нет;

**Заключение:**

Склероз аорты с кальцинозом кольца и створок АоК 1ст.;

Аорта умеренно расширена в области корня и восходящего отдела;

Минимальная аортальная недостаточность;

Митральная недостаточность 2 ст.;

Размеры полости ЛЖ на верхней границе нормы;

Гипертрофия МЖП;

Диастолическая функция ЛЖ нарушена по 1 типу;

Сократительная способность миокарда ЛЖ удовлетворительная;

 Участков гипокинезии не определяется.

*Эзофагогастродуоденоскопия ( от 27.11.2019)*

**Пищевод:**

Длина от резцов до кардии: 39 см

Просвет: свободно проходим

Кардия: смыкается плотно

Слизистая: розовая

Варикозное расширение вен: нет

Подслизистые образования: нет

Эпителиальные образования: нет

Эрозии: нет

**Желудок:**

Форма: обычная

Содержимое: слизь

Количество содержимого: небольшое количество

Складки: продольные

Величина складом: небольшие

Слизистая: блестящая, атрофичная по всем отделам

Гиперемия слизистой: слабая

Сосудистый рисунок: прослеживается

Перистальтика: удовлетворительная

Эпителиальные образования: нет

Подслизистые образования: нет

Эрозии: нет

Варикозное расширение вен: нет

Привратник: смыкается

**Луковица ДПК:** без деформации

Слизистая: розовая

Эрозии: нет

Язвы: нет

Подслизистые образования: нет

Эпителиальные образования: нет

**Ретробульбарный отдел:**

Слизистая: желто-розовая

Складки: циркулярные

Содержимое: желчь

БДС: осмотру не доступен

Эпителиальные образования: нет

Эрозии: нет

Язвы: нет

**Заключение:** Диффузный атрофический гастрит.

*Лабораторные результаты ( от 16.04.2019)*

**Анализ мочи общий:**

Цвет: светло-желтый

Реакция: 6.2 ед pH (5-7)

Удельный вес: 1015 ( 1010-1025)

Прозрачность: прозрачная

Белок: 0,032 г/л ( 0-0,033)

Микроскопия осадка мочи:

Эпителий плоский: в умеренном количестве

Лейкоциты: единичные в поле зрения

Эритроциты: неизмененные единичные в поле зрения

**Группа крови, резус-фактор:**

Группа крови: B III

Резус-фактор: положительный

Антиген С: положительно

Фенотип системы-резус: С+с+Сw+D+E-e+

Резус-антитела: не обнаружены

**Развернутый анализ крови:**

Лейкоциты: **15,50**\*10^9/л ( 4 - 9\*10^9/л)

Эритроциты: 4,67\*10^12 ( 3,9 – 4,7\*10^12)

Гемоглобин: 139 г/л ( 120 – 140 г/л)

Гематокрит: 42,0% (36 – 42%)

Средний объем эритроцитов: 89,9 фл (80 – 100 фл)

Среднее содержание гемоглобина в эритроцитах: 29,8 пг ( 27 – 31 пг)

Средняя концентрация гемоглобина в эритроцитах: 331 г/л (300-380 г/л)

Стандарт. отклонение размера эритр. от сред. зн.: 43,0фл ( 35 – 46 фл)

Тромбоциты: 311\*10^9/л (150 -420\*10^9/л)

Нейтрофилы: **86,1**% ( 50-70%)

Лимфоциты: **7,9**% (19-37%)

Моноциты: 5,9% ( 3-13%)

Эозинофилы: **0,00**% (0,5-5%)

Базофилы: 0,10% (0-1%)

Незрелые гранулоциты: 0,1%

*ЭКГ( от25.06.19)*

Ритм: синусовый. ЧСС=76 уд/мин. ЭОС горизонтальное положение; Гипертрофия P-mitrale

**Диагноз и его обоснование**

На основании:

1. Жалоб на момент осмотра: На наличие грыжевого выпячивания в области послеоперационного рубца передней брюшной стенки.
2. Анамнеза заболевания: В 2002 году проведена лапоротомия по поводу холецистэктомии, спустя 10 месяцев после операции отметила появление грыжы в области послеоперационного рубца после физ.нагрузки. В 2016 году выполнено грыжесечение, пластика местными тканями. Спустя 18 месяцев после операции вновь отмечает возникновение грыжевого выпячивания.
3. Анамнеза жизни: туберкулез, кож-вен заболевания, гепатиты, бронхиальную астму, язвенную болезнь желудка и ДПК, онкологические заболевания, инфаркты, инсульты, сахарный диабет отрицает.
Операции: В 2000 году выполнена гистерэктомия на фоне врастания внутриматочной спирали. В 2001 году проведена лапоротомия по поводу холецистэктомии. В 2016 году выполнено грыжесечение, пластика местными тканями.
Аллергологический анамнез: Реакция в виде крапивницы на никотиновая кислоту.
Наследственный анамнез: не отягощен.
Гемотрансфузии: отрицает.
Анамнез ВТЭ: не работает, пенсионер.
4. Данных объективного осмотра: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение гиперстеническое. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Подкожно-жировая клетчатка развита выражено. Рост:163см, вес: 90кг. ИМТ=33,87. Костно-мышечная система правильного развития, движения в суставах безболезненны и в полном объеме. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не видна и не пальпируется. Отеки отсутствуют. Варикозное расширение вен на обеих ногах.

Дыхательная система: грудная клетка правильной формы. Перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, проводится над всеми легочными полями, хрипы не прослушиваются. ЧДД 16 в мин.

Сердечно-сосудистая система: тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы в сердце не выслушиваются. АД 130/90 мм рт. ст. Пульс 72 уд. в мин.

Мочевыделительная система: мочеиспускание не нарушено. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.

1. Status localis: язык чистый, влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, ассиметричен за счет грыжевого выпячивания. В средней трети послеоперационного рубца, на 6 см ниже пупа, определяется грыжевое выпячивание, размером 17\*12 см, тугоэластическое, частично вправимое в брюшную полость, распространяющееся латеральнее к левому краю, предположительный размер дефекта апоневроза более 15см. При пальпации живот мягкий. Симптомы раздражения брюшины отрицательные(Воскресенского — при выдохе пациента проводим пальцами от ребер по направлению к подвздошной кости сначала в левую сторону, затем вправую, при усилении болезненности справа, симптом считается положительным, Щеткина-Блюмберга – положительный, если резко усиление боли в животе при быстром снятии пальпирующей руки с передней брюшной стенки после надавливания). Патологические образования не пальпируются. Селезенка не пальпируется. Перкуторно претупления в отлогих местах не определяется. Перистальтика кишечника выслушивается, удовлетворительная. Стул регулярный.
2. Дополнительных исследований:

ФГДС: дифузный атрофический гастрит, луковица ДПК и ретробульбарный отдел без патологии.

ЭХО-КГ –Склероз аорты с кальцинозом кольца и створок АоК 1ст. Митральная недостаточность 2 ст. Размеры полости ЛЖ на верхней границе нормы. Гипертрофия МЖП.

**Можно выставить диагноз:**

Основной: Невправимая рецидивная послеоперационная вентральная грыжа.

Сопутствующий: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения I ФК. ГБ III ст., Риск 4. Митральная недостаточность 2 ст. Ожирение 1 ст.

**Дифференциальный диагноз**

Дифдиагноз следует проводить с фибромой, атеромой, липомой, абсцессом.

1)На основании жалоб больной на выпячивание в надлобковой области округлой формы, безболезненное при пальпации, на его невправимости и давности существования можно предположить у больной такое заболевание, как фиброма.

Исходя из сущности предполагаемого заболевания, можно было бы ожидать у больной увеличения регионарных лимфатических узлов, однако данного симптома у больной не наблюдается.

В клинической картине больной наблюдается болезненность в области выпячивания при натуживании, кашле и физическом напряжении, при фиброме боли и болезненности не наблюдается, данное опухолевидное образование имеет мягко-эластическую консистенцию, а фиброма – плотную. При перкуссии определяется тимпанический звук, при фиброме – тупой. При аускультации выслушивается перистальтика кишечника, при фиброме – отсутствует.

Следовательно, наше предположение несостоятельно и может быть отвергнуто.

2)На основании жалоб больной на выпячивание в надлобковой области округлой формы, безболезненное при пальпации, на его невправимости можно предположить у больной такое заболевание, как атерома.

Размеры выпячивания (10-15см) достаточно большие, не характерные для атеромы.

Исходя из сущности предполагаемого заболевания, можно было бы ожидать у больной увеличения регионарных лимфатических узлов, однако данного симптома у больной не наблюдается.

В клинической картине больной наблюдается болезненность в области выпячивания при натуживании, кашле и физическом напряжении, при атероме боли и болезненности не наблюдается, данное опухолевидное образование имеет мягко-эластическую консистенцию, а атерома – плотную. При перкуссии определяется тимпанический звук, при атероме – тупой. При аускультации выслушивается перистальтика кишечника, при атероме – отсутствует.

Следовательно, наше предположение несостоятельно и может быть отвергнуто.

3)На основании жалоб больной на выпячивание в надлобковой области округлой формы, мягко-эластической консистенции, безболезненное при пальпации, на его невправимость можно предположить у больной такое заболевание, как липома.

Исходя из сущности предполагаемого заболевания, можно было бы ожидать у больной увеличения регионарных лимфатических узлов, появления псевдофлюктуации, однако данных симптомов не наблюдается.

В клинической картине больной наблюдается болезненность в области выпячивания при натуживании, кашле и физическом напряжении, при липоме боли и болезненности не наблюдается. При перкуссии определяется тимпанический звук, при липоме – тупой. При аускультации выслушивается перистальтика кишечника, при липоме – отсутствует.

Следовательно, наше предположение несостоятельно и может быть отвергнуто.

4)На основании жалоб больной на выпячивание в надлобковой области, невправимое в брюшную полость, умеренно болезненное, можно предположить абсцесс передней брюшной стенки.

Исходя из сущности предполагаемого заболевания, можно было бы ожидать у больной появление резких болей в области опухолевидного образования, флюктуации при его пальпации, притупления перкуторного звука при перкуссии, гиперемированной кожи над ним, местного повышения температуры; появление лихорадки, в общем анализе крови – лейкоцитоз, увеличение СОЭ, однако данных симптомов в клинической картине больной не наблюдается.

В клинической картине нашей больной наблюдается опухолевидное образование с 2017 года, а такое длительное течение, в свою очередь, несвойственно для абсцесса. При пальпации выпячивание безболезненное, однако, наблюдается умеренная болезненность в области выпячивания, появляющееся только при натуживании, кашле и физическом напряжении, при абсцессе боль носит постоянный интенсивный характер. При перкуссии выпячивания определяется тимпанический звук, при абсцессе – притупление. Кожа над опухолевидным образованием нормальной окраски, при абсцессе – гиперимирована.

Следовательно, наше предположение несостоятельно и может быть отвергнуто.

**План обследования и лечения**

**План обследования:**

-РАК, Б/х крови, ОАМ, определение группы крови и резус фактора, кровь на HBsAg, anti-HCV, антитела к ВИЧ

-ФГДС, толстокишечная видеоэндоскопия

-УЗИ органов брюшной полости

-ЭХО-КГ, ЭКГ

- консультация гастроэнтеролога, колопроктолога, кардиолога, стоматолога, оториноларинголога.

**План лечения:**

1)Режим отделения.

2) Стол №5

3)Показано хирургическое лечение в плановом порядке. Операция герниолапаротомия, адгезиолизис, заднесепарационная пластика грыжи сетчатым эндопротезом по Новицкому.

4) Для лечения ГБ:

Rp.: Losartan 50мг

D.t.d. №30

S.по 1 табл. 1 р.в д.

Rp.: Indapamidi 2,5 мг

D.t.d. №30

S.по 1 табл. 1 р.в д.

Rp.: Thrombo ASS 50мг

D.t.d. №30

S.по 1 табл. 1 р.в д.

5)В премедикацию: Цефазолин 2,0 ( В/в в 20мл физ. раствора за 30мин. до операции, после пробы!)

Rp.: Cephazolini 2,0

 D.t.d. №20 in flac.

 S. В/в по 2,0 г в 20 мл физ.р-ра за 30 мин. до операции

6)В послеоперационный период:

Rp: Sol. Ketorolaci 3% - 1 ml

 D.t.d.10 amp.

 S. внутримышечно по 1 мл 2 раза в день

7)При болях в кишечнике:

Rp.: Tab. Trimebutini 0,2

 D.t.d: №20

 S. По 1 таб. 3 р/сут. до еды

**Предоперационный эпикриз**

**ФИО:** Больная Ж.

**Дата поступления:** 12.02.2020

**Диагноз и его обоснование:** На основании:

1. Жалоб на момент осмотра: На наличие грыжевого выпячивания в области послеоперационного рубца передней брюшной стенки.

2. Анамнеза заболевания: В 2002 году проведена лапоротомия по поводу холецистэктомии, спустя 10 месяцев после операции отметила появление грыжы в области послеоперационного рубца после физ.нагрузки. В 2016 году выполнено грыжесечение, пластика местными тканями. Спустя 18 месяцев после операции вновь отмечает возникновение грыжевого выпячивания.

3. Анамнеза жизни: туберкулез, кож-вен заболевания, гепатиты, бронхиальную астму, язвенную болезнь желудка и ДПК, онкологические заболевания, инфаркты, инсульты, сахарный диабет отрицает.

Операции: В 2000 году выполнена гистерэктомия на фоне врастания внутриматочной спирали. В 2001 году проведена лапоротомия по поводу холецистэктомии. В 2016 году выполнено грыжесечение, пластика местными тканями.

Аллергологический анамнез: Реакция в виде крапивницы на никотиновая кислоту.

Наследственный анамнез: не отягощен.

Гемотрансфузии: отрицает.

Анамнез ВТЭ: не работает, пенсионер.

4. Данных объективного осмотра: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение гиперстеническое. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Подкожно-жировая клетчатка развита выражено. Рост:163см, вес: 90кг. ИМТ=33,87. Костно-мышечная система правильного развития, движения в суставах безболезненны и в полном объеме. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не видна и не пальпируется. Отеки отсутствуют. Варикозное расширение вен на обеих ногах.

Дыхательная система: грудная клетка правильной формы. Перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, проводится над всеми легочными полями, хрипы не прослушиваются. ЧДД 16 в мин.

Сердечно-сосудистая система: тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы в сердце не выслушиваются. АД 130/90 мм рт. ст. Пульс 72 уд. в мин.

Мочевыделительная система: мочеиспускание не нарушено. Симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.

5. Status localis: язык чистый, влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, ассиметричен за счет грыжевого выпячивания. В средней трети послеоперационного рубца, на 6 см ниже пупа, определяется грыжевое выпячивание, размером 17\*12 см, тугоэластическое, частично вправимое в брюшную полость, распространяющееся латеральнее к левому краю, предположительный размер дефекта апоневроза более 15см. При пальпации живот мягкий. Симптомы раздражения брюшины отрицательные(Воскресенского — при выдохе пациента проводим пальцами от ребер по направлению к подвздошной кости сначала в левую сторону, затем вправую, при усилении болезненности справа, симптом считается положительным, Щеткина-Блюмберга – положительный, если резко усиление боли в животе при быстром снятии пальпирующей руки с передней брюшной стенки после надавливания). Патологические образования не пальпируются. Селезенка не пальпируется. Перкуторно претупления в отлогих местах не определяется. Перистальтика кишечника выслушивается, удовлетворительная. Стул регулярный.

6. Дополнительных исследований:

ФГДС: дифузный атрофический гастрит, луковица ДПК и ретробульбарный отдел без патологии.

ЭХО-КГ –Склероз аорты с кальцинозом кольца и створок АоК 1ст. Митральная недостаточность 2 ст. Размеры полости ЛЖ на верхней границе нормы. Гипертрофия МЖП.

Можно выставить диагноз:

Основной: Невправимая рецидивная послеоперационная вентральная грыжа.

Сопутствующий: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения I ФК. ГБ III ст., Риск 4. Митральная недостаточность 2 ст. Ожирение 1 ст.

**Показания к операции:** диагноз: Невправимая рецидивная послеоперационная вентральная грыжа.

**План и предполагаемый объем операции:** герниолапаротомия, адгезиолизис, заднесепарационная пластика грыжи сетчатым эндопротезом по Новицкому.

**Метод анестезии:** общая

**Группа крови и резус:** B III Rh+

**Согласие больного:** получено

**Премедикация:**

В/м за 30 мин. до операции:

Sol. Atropini 0,1% -0,5ml

Sol. Cloropiramini 1ml

Sol. Trimeperidini 2% - 0,1ml

Rp.: Sol. Natrii chloride 0,9% - 20ml

 Cefasolini 2,0

 D.t.d: №10

 S:В/в за 30мин. до операции, после пробы!

**Протокол операции**

Дата начала операции: 14.02.2020

Время начала операции: 12:35

Дата окончания операции 14.02.2020

Время окончания операции: 16:20

Продолжительность: 180мин.

Оценка интраоперационной кровопотери: 100мл.

Срочность: плановая

Анестезия: Многокомпонентная, комбинированная, общая, с тотальной миоплегией и ИВЛ.

**Герниолапаротомия, адгезиолизис, заднесепарационная пластика грыжи сетчатым эндопротезом по Новицкому.**

В операционной, обработка рук хирургов и операционного поля антисептиком трижды. Двумя окаймляющими разрезами иссечен старый послеоперационный рубец от пупка до места проекции верхнего края лобкового симфиза на переднюю брюшную стенку. Гемостаз. Апоневроз по ходу рубца истончен. В подкожной клетчатке в ср/3 выделен грыжевой мешок 12см. Грыжевой мешок вскрыт, в нем обнаружена петля кишечника спаяная с краями апоневроза. Произведен адгеолизис, проведена ревизия , содержимое вправлено. Иссечен грыжевой мешок. Дефект в апоневрозе 8см. От надлобковой области до иссеченного апоневроза наложены швы с захватом только передней стенки влагалища прямой мышцы живота,чем было устранено диастатическое расхождение мышц в нижней половине живота. Далее были наложены частые стягивающие швы на края иссеченного апоневроза лавсановыми и кетгутовыми нитями. Поверхность апоневроза орошена раствором антисептика. На апоневроз был наложен сетчатый эндопротез. Края эндопротеза были фиксированы швами лавсановых нитей к апоневрозу. Далее для более тесного прилегания протеза к апоневрозу и благоприятных условий для прорастания его соединительной тканью были наложены дополнительные лавсановые швы между сеткой и апоневрозом. Поверхность сетки орошена раствором антисептика. Из полости операционной раны на поверхность выведен трубчатый дренаж фиксированный к коже. Послеоперационная рана послойна сшита. Спирт на кожу. Ас. повязки. Критерии безопсности хирургического вмешательства выполнены полностью.

Препарат для исследования:

№1: послеоперационный рубец с грыжевыми мешками.

**Дневник курации**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние пациента | Назначения |
| 13.02.202014.02.2020 Ранний послеоперационный период после операции Герниолапаротомия. Адгезиолизис. Заднесепарационная пластика грыжи сетчатым эндопротезом по Новицкому Дренирование межапоневротического пространства. 15.02.2020 1-е сутки после операции17.02.2020 2-е сутки после операции18.02.2020 3-и сутки после операции19.02.202020.02.202021.02.2020 | Жалобы: на наличие грыжевого выпячивания.Состояние удовлетворительное.Т тела=36,6 СКожные покровы и видимые слизистые обычной окраски.Отеки: отсутствуют.ЖКТ: язык чистый, влажный. Живот не вздут, симметричен, участвует в акте дыхания, мягкий, слабо болезненный в правом подреберье, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления: по колостоме в норме.Органы дыхания: ЧДД=17 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет.ССС: ЧСС=72 в мин., АД 130/90 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.Органы мочеотделения: мочеиспускание не нарушено, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.Жалобы: на умеренные боли в области п/о швов. Состояние: соответствует срокам и тяжести оперативного вмешательства.Органы дыхания: ЧДД=17 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет.ССС: ЧСС=74 в мин., АД 130/80 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.Органы мочеотделения: мочеиспускание не нарушено, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.ЖКТ: живот мягкий, умеренно болезненный в области п/о швов, дренажных аппертур, симптомы раздражения брюшины отрицательные.Status localis: повязки передней брюшной стенки сухие, по дренажу до 60 мл серозно-геморрагического отделяемого.Жалобы: на умеренные боли в области п/о швов.Состояние: стабильное.Органы дыхания: ЧДД=17 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет.ССС: ЧСС=74 в мин., АД 120/80 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.Органы мочеотделения: мочеиспускание не нарушено, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.ЖКТ: живот мягкий, умеренно болезненный в области п/о швов, дренажных аппертур, симптомы раздражения брюшины отрицательные.Status localis: повязки передней брюшной стенки сухие, по дренажу до 60 мл серозно-геморрагического отделяемого.Жалобы: на умеренные боли в области п/о швов.Состояние: ближе к удовлетворительному.Органы дыхания: ЧДД=17 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет.ССС: ЧСС=74 в мин., АД 120/80 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.Органы мочеотделения: мочеиспускание не нарушено, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.ЖКТ: живот мягкий, умеренно болезненный в области п/о швов, дренажных аппертур, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления: стул регулярный.Status localis: перевязка: повязки сухие. П/о швы без признаков воспаления. По дренажам до 100мл серозно-геморрагического отделяемого. Жалобы: на умеренные боли в области п/о швов.Состояние: ближе к удовлетворительному.Органы дыхания: ЧДД=17 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет.ССС: ЧСС=74 в мин., АД 120/90 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.Органы мочеотделения: мочеиспускание не нарушено, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.ЖКТ: живот мягкий, умеренно болезненный в области п/о швов, дренажных аппертур, симптомы раздражения брюшины отрицательные.Status localis: в области швов отека, гиперемии нет. По трубчатому дренажу отделяемого практически нет.Жалобы: на умеренные боли в области п/о швов.Состояние: ближе к удовлетворительному.Органы дыхания: ЧДД=17 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет.ССС: ЧСС=74 в мин., АД 120/80 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.Органы мочеотделения: мочеиспускание не нарушено, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.ЖКТ: живот мягкий, умеренно болезненный в области п/о швов, дренажных аппертур, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления: стул по колостоме регулярный.Status localis: в области швов отека, гиперемии нет. По трубчатому дренажу отделяемого практически нет. Дренажи убраны.Жалобы: на умеренные боли в области п/о швов.Состояние: ближе к удовлетворительному.Органы дыхания: ЧДД=17 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет.ССС: ЧСС=74 в мин., АД 120/80 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.Органы мочеотделения: мочеиспускание не нарушено, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.ЖКТ: живот мягкий, умеренно болезненный в области п/о швов, симптомы раздражения брюшины отрицательные.Status localis: в области швов отека, гиперемии нет. Повязки сухие.Жалобы: не предъявляет.Состояние: удовлетворительное.Органы дыхания: ЧДД=17 в мин., дыхание везикулярное, хрипов нет.ССС: ЧСС=74 в мин., АД 120/80 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет.Органы мочеотделения: мочеиспускание не нарушено, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.ЖКТ: живот мягкий, умеренно болезненный в области п/о швов, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления: стул регулярный.Status localis: в области швов отека, гиперемии нет. Повязки сухие. | 1.Стол №52.Режим: палатный3. Rp.: Losartan 50мг D.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.Rp.: Indapamidi 2,5 мгD.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.Rp.: Thrombo ASS 50мг D.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.1.Стол 02.Режим: палатный3.Ежедневные перевязки4. Rp: Sol. Ketorolaci 3% - 1 mlD.t.d.10 amp.  S. внутримышечно по 1 мл 2 раза в деньRp.: Losartan 50мг D.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.Rp.: Indapamidi 2,5 мгD.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.Rp.: Thrombo ASS 50мг D.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.При болях в кишечнике:Rp.: Tab. Trimebutini 0,2 D.t.d: №20 S. По 1 таб. 3 р/сут. до еды1.Стол 02.Режим: палатный3.Ежедневные перевязки4. Rp: Sol. Ketorolaci 3% - 1 mlD.t.d.10 amp.  S. внутримышечно по 1 мл 2 раза в деньRp.: Losartan 50мг D.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.Rp.: Indapamidi 2,5 мгD.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.Rp.: Thrombo ASS 50мг D.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.При болях в кишечнике:Rp.: Tab. Trimebutini 0,2 D.t.d: №20 S. По 1 таб. 3 р/сут. до еды1.Стол 1А2.Режим: палатный3.Ежедневные перевязки4. Rp: Sol. Ketorolaci 3% - 1 mlD.t.d.10 amp.  S. внутримышечно по 1 мл 2 раза в деньRp.: Losartan 50мг D.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.Rp.: Indapamidi 2,5 мгD.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.Rp.: Thrombo ASS 50мг D.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.1.Стол 1А2.Режим: палатный3.Ежедневные перевязки4.Эластическая компрессия передней брюшной стенки5. Rp: Sol. Ketorolaci 3% - 1 mlD.t.d.10 amp.  S. внутримышечно по 1 мл 2 раза в деньRp.: Losartan 50мг D.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.Rp.: Indapamidi 2,5 мгD.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.Rp.: Thrombo ASS 50мг D.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.1.Стол 1А2.Режим: палатный3.Перевязки 2-3 раза в неделю.4.Эластическая компрессия передней брюшной стенки5. Rp: Sol. Ketorolaci 3% - 1 mlD.t.d.10 amp.  S. внутримышечно по 1 мл 2 раза в деньRp.: Losartan 50мг D.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.Rp.: Indapamidi 2,5 мгD.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.Rp.: Thrombo ASS 50мг D.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.1.Стол 52.Режим: палатный3.Перевязки 2-3 раза в неделю 4.Эластическая компрессия передней брюшной стенки5. Rp.: Losartan 50мг D.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.Rp.: Indapamidi 2,5 мгD.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.Rp.: Thrombo ASS 50мг D.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.1.Стол 52.Режим: палатный3.Перевязки 2-3 раза в неделю4.Эластическая компрессия передней брюшной стенки5. Rp.: Losartan 50мг D.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.Rp.: Indapamidi 2,5 мгD.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д.Rp.: Thrombo ASS 50мг D.t.d. №30S.по 1 табл. 1 р.в д. |

**Выписной эпикриз**

Ф.И.О. Больная Ж.

Дата поступления:12.02.2020

Диагноз: Основной: Невправимая рецидивная послеоперационная вентральная грыжа.

Сопутствующий: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения I ФК. ГБ III ст., Риск 4. Митральная недостаточность 2 ст. Ожирение 1 ст.

Послеоперационный период протекал без осложнений. После проводимого лечения (операции Герниолапаротомия. Адгезиолизис. Заднесепарационная пластика грыжи сетчатым эндопротезом по Новицкому.) у больной наблюдается значительное улучшение общего самочувствия.

Рекомендовано:

-дальнейшее наблюдение у хирурга, гастроэнтеролога, кардиолога.

-соблюдение диеты( питаться 5-6 раз в день порциями не больше 200г, исключить из употребления острое, жирное, жареное, копчености, томаты, яйца,капусту, алкоголь, цитрусовые).

- эластическая компрессия передней брюшной стенки.

-продолжать прием следующих препаратов:

Rp.: Losartan 50мг

D.t.d. №30

S.по 1 табл. 1 р.в д.

Rp.: Indapamidi 2,5 мг

D.t.d. №30

S.по 1 табл. 1 р.в д.

Rp.: Thrombo ASS 50мг

D.t.d. №30

S.по 1 табл. 1 р.в д.