Государственное Бюджетное Образовательное Учреждение Высшего Профессионального Образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Федерального Агенства по Здравоохранению и Социальному Развитию Российской Федерации

Кафедра госпитальной хирургии и урологии

Зав. Кафедрой: д.м.н., профессор В.С. Тарасенко

Преподаватель: к.м.н., доцент, врач-хирург 1-ой категории Ф.В. Басов

История болезни

Диагноз:

а) основное заболевание: Острая спаечная кишечная непроходимость.

б) осложнения основного заболевания:

в) сопутствующие заболевания:

Время курации:13.02.16 - 16.02.16

Куратор: студентка 505 группы

лечебного факультета

Иргалина А.Х.

Оренбург, 2016

**Общие сведения**

Дата и час поступления:08.01.2016. 23:40

Предварительный диагноз: Острая спаечная кишечная непроходимость

Окончательный диагноз: Острая спаечная кишечная непроходимость

Основное заболевание: нет.

Осложнения основного заболевания: нет.

**Анамнез заболевания**

Жалобы

При поступлении: на тупые боли в животе схваткообразного характера, отсутствие стула и отхождения газов в течение трех дней, тошноту, рвоту, слабость.

На момент курации: жалобы на слабость.

Считает себя больным в течение 3-х суток с 06.02.16 г., когда появились боли в мезогастрии, слабость, отсутствие стула и прекращение отхождения газов. За день до госпитализации появилась тошнота, однократная рвота после приема пищи. Температура тела поднималась до 38,0 С. С 08.01.16 г. по 01.02.16 г. больной находился на стационарном лечении в ООКОБ, где была выполнена дистальная резекция сигмовидной кишки с наложением сигморектального анастомоза по типу конец-в-конец. 01.02.16 г. выписан домой в удовлетворительном состоянии. Были даны рекомендации по режиму и диете. Диету дома соблюдал. 06.02.16 г. появились вышеперечисленные жалобы. Самостоятельно не лечился, за медицинской помощью не обращался в течение трех дней. 08.02.16 г. обратился в ургентную хирургию ГБУЗ «ГКБ№1» г. Оренбурга, госпитализирован в хирургическое отделение №3.

**Анамнез жизни**

Родился в г. Оренбурге в семье рабочих. В раннем детстве болел простудными заболеваниями. В физическом и умственном развитии от сверстников не отставал. В школу пошел с 7 лет, учился удовлетворительно. По физ. к-ре занимался в основной группе, травм и операций не было. Окончил 10 классов.

Трудовой анамнез: Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, семья полная.

Женат. В настоящее время проживает с женой в квартире.

Питание: режим правильный, регулярный, характер пищи разнообразный. Перенесенных заболеваний, травм, операций нет.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицает. Туберкулез, вирусные гепатиты, ВИЧ, венерические заболевания отрицает.

Вредные привычки: курит, алкогольные напитки употребляет редко.

Наследственность по данной патологии не отягощена.

Аллергологический анамнез: лекарственная непереносимость отрицает. Переносимость различных пищевых продуктов, напитков, косметических средств, запахов, пыльцы различных растений - удовлетворительная. Реакция на контакт с домашними животными, шерстью, домашней пылью удовлетворительная.

Гемотрансфузионный анамнез: компоненты крови не переливались.

**Объективное обследование**

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное, выражение лица спокойное, телосложение нормостеническое, рост 178см, вес 71 кг., ИМТ = 22.

Температура тела 36,8°С.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в мин.

Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 120/80 мм. рт. ст. Пульс 83 уд в мин.

Кожный покров

Кожный покров чистый, пониженной влажности, кожа голеней и стоп сухая, окраска видимых слизистых бледно-розовая, эластичность кожи нормальная, волосяной покров на голове развит умеренно, в подмышечной области, на лобке - в норме. Тип оволосения мужской. По средней линии живота в гипогастрии рубцы без признаков воспаления. Ногти правильной формы, не ломаются. Степень развития подкожной клетчатки умеренная. Подкожно-жировой слой развит равномерно. Отеков нет.

Лимфатическая система

Все группы пальпируемых лимфатических узлов не увеличены, безболезненны.

**Настоящее состояние больного**

Опорно-двигательная система

Мышечная система. Болей нет. Общее развитие мышечной системы соответственно возрасту. Болезненности при пальпации нет. Тонус нормальный. Уплотнений нет.

Костная система. Болей нет. Болезненности при пальпации и поколачивании по позвоночнику, грудной клетке, костям таза, конечностям нет.

Суставы. Болей нет. Изменений конфигурации нет. Объём активных и пассивных движений полный. Болезненности или хруста не наблюдается. Кожные покровы над суставами не изменены.

Дыхательная система

Грудная клетка нормальная, деформаций нет, целостность не нарушена. ЧДД 18/мин, ритм дыхания правильный. Голосовое дрожание не изменено с обеих сторон, равномерно проводится по всем легочным полям. При сравнительной перкуссии перкуторный звук ясный легочный над всей поверхностью легких.

Нижние границы легких

Линии Правое легкое Левое легкое

Окологрудинная Vм/р IVм/р

Среднеключичная VIм/р VIм/р

Передняя подмышечная VIIм/р VIIм/р

Средняя подмышечная VIIIм/р VIIIм/р

Задняя подмышечная IXм/р IXм/р

Лопаточная Xм/р Xм/р

Околопозвоночная остистый отросток остистый отросток

 XI груд.позв. XI груд.позв.

При топографической перкуссии легких - высота стояния верхушек спереди на 4 см выше ключицы справа и слева, сзади соответствует уровню 7 шейного позвонка справа и слева. Ширина полей Кренига справа и слева 8 см.

Система кровообращения

Область сердца не изменена. Артериальная пульсация в надключичных ямках не изменена. Верхушечный толчок усиленный, высокий, разлитой, пальпируется на 2,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. Сердечный толчок по левой средне-ключичной линии в 4 м/р.

Перкуссия сердца.

Правая граница относительной сердечной тупости:

II м/р - по правому краю грудины;

III м/р - 1см кнаружи от правого края грудины;

IV м/р - на 2,5 см от правого края грудины.

Левая граница относительной сердечной тупости:

V м/р - на 2,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии;

IV м/р - на 4 см кнаружи от левого края грудины;

III м/р - на 1,5 см кнаружи от левого края грудины;

II м/р - на 0,5 см кнаружи от левого края грудины.

Ширина сосудистого пучка 5,5 см. Поперечник сердца: справа IV м/р = 5см, слева V м/р = 9см, 5+9=14см.

Пульс на а. radialisна обеих руках симметричный. ЧСС 103 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, напряжен. Величина пульса удовлетворительная. Форма правильная.

Аускультация сердца. Тоны сердца аритмичные, приглушены. Шумы сердца не прослушиваются. АД 130/90 мм рт.ст. на обеих руках. Пульс - 62уд\мин ритмичный, равномерный, ненапряженный.

Пищеварительная система

Субъективные данные: боль в мезогатрии, отсутствие аппетита, похудание за последние 2 месяца на 5 кг. Тошноты, рвоты нет.

Объективные данные: Язык сухой, обложен белым налетом. Слизистая полости рта, твердого и мягкого неба бледно-розового цвета.

Пупок не выпуклый, вены не расширены. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в мезогатрии. Перкуторно тимпанит по ходу тонкой кишки. Инфильтрата нет. Притуплений в отлогих местах брюшной полости не определяется. Симптомы Валя, Кивуля, Склярова отрицательные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный во всех отделах.

В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка - безболезненная, подвижная, слегка урчащая. Поперечно-ободочная кишка обычной консистенции, пальпируется на уровне пупка, безболезненная.

Дно желчного пузыря не пальпируется. Симптомы Мейо-Робсона, Керте, Воскресенского II отрицательны.

При аускультации живота перистальтика выслушивается.

Большая кривизна желудка пальпируется в виде валика с ровной поверхностью, расположенного на 2см выше пупка по обе стороны от средней линии тела.

Печень располагается по краю реберной дуги, при пальпации безболезненна, перкуторно печеночная тупость сохранена. Перкуторно размеры печени по Курлову: 10см, 8см, 6см. Селезенка не пальпируется.

Газы не отходят. Стул после очистительной клизмы полуоформленный, коричневого цвета.

Per rectum: перианальная область не изменена, ампула прямой кишки свободна, гиперпластических образований не обнаружено, на перчатке следов кала нет.

Мочевыделительная система

Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, не учащенное, безболезненное. Моча без патологических примесей.

Эндокринная система

Волосяной покров без особенностей, пигментация кожи отсутствует. Кожа лица бледная. Отеков нет. Щитовидная железа не увеличена, эластичная, безболезненная. Тремор конечностей и туловища не наблюдается.

Нервно-психическая система

Походка без особенностей. Сухожильные рефлексы в норме. Менингиальные симптомы отрицательные. Болевая, тактильная чувствительности сохранены. Речь и интеллект не нарушены. Больной адекватен, легко вступает в контакт. Сон не нарушен, спокойный.

**Местные признаки заболевания**

При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в мезогатрии. Перкуторно и методом ундуляции отчетливо инфильтратов, притупления в отлогих местах брюшной полости не определяется, тимпанит по ходу тонкой кишки. Симптомы Валя, Кивуля, Склярова отрицательные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный во всех отделах. Симптомы Мейо-Робсона, Керте, Воскресенского II отрицательны. При аускультации живота перистальтика выслушивается.

**Обоснование предварительного диагноза**

На основании:

Жалоб на тупые боли в животе схваткообразного характера, отсутствие стула и отхождения газов в течение трех дней, тошноту, рвоту, слабость;

Данных анамнеза заболевания: болен в течение трех дней, когда появились боли в мезогастрии, слабость, отсутствие стула и прекращение отхождения газов. За день до госпитализации появилась тошнота, однократная рвота после приема пищи. Температура тела поднималась до 38,0 С. С 08.01.16 г. по 01.02.16 г. больной находился на стационарном лечении в ООКОБ, где была выполнена дистальная резекция сигмовидной кишки с наложением сигморектального анастомоза по типу конец-в-конец. 01.02.16 г. выписан домой в удовлетворительном состоянии. Были даны рекомендации по режиму и диете. Диету дома соблюдал. 06.02.16 г. появились вышеперечисленные жалобы. Самостоятельно не лечился, за медицинской помощью не обращался в течение трех дней. 08.02.16 г. обратился в ургентную хирургию ГБУЗ «ГКБ№1» г. Оренбурга, госпитализирован в хирургическое отделение №3;

Результатов объективного обследования: язык сухой, обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в мезогатрии. Перкуторно и методом ундуляции отчетливо инфильтратов, притупления в отлогих местах брюшной полости не определяется, тимпанит по ходу тонкой кишки. Симптомы Валя, Кивуля, Склярова отрицательные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный во всех отделах. При аускультации живота перистальтика выслушивается; можно предположить диагноз острая спаечная кишечная непроходимость.

**План обследования**

Полное клинико-лабораторное обследование:

. ОАК

. ОАМ

. Б/Х крови

. ЭКГ

5. R-графия органов брюшной полости

. УЗИ органов брюшной полости

Данные лабораторных и инструментальных методов исследования

ОАК (09.02.2016 г.)

Эритроциты -4,29 млн/мкл

Гемоглобин - 133 г./л

Лейкоциты - 8,1 тыс/мкл

Тромбоциты -249 x 109/л

СОЭ - 28 мм/ч

Заключение: ускорено СОЭ.

ОАМ(09.02.2016г.)

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: прозрачная

Реакция: слабо-кислая, pH - 5.5

Удельный вес: 1020

Белок: отрицательно.

Сахар: отрицательно.

Ацетон: отрицательно.

Эпителий:2-3 в п/зр.

Лейкоциты:15-16 в п/зр.

Эритроциты: нет.

Соли: нет.

Бактерий: нет.

Слизь: нет.

Заключение: лейкоцитоурия.

Б/х крови (09.02.2016 г.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Результат | Единицы | Норма |
| Общий белок | 74 | г/л | 65-85 |
| АЛТ | 24 | ед/л | 10-40 |
| АСТ | 35 | ед/л | 10-40 |
| Креатинин | 100 | Мкмоль/л | 70-140 |
| Α-амилаза | 70 | Ед/л | 28-100 |
| Общ. билирубин | 10,3 | ммоль/л | 10-25 |
| Глюкоза | 4,6 | Ммоль/л | 3,0- 5,5 |
| Мочевина | 5,4 | ммоль/л | 3,3-9,2 |

Заключение: показатели в пределах нормы.

ЭКГ (09.02.2016 г.)

Заключение: Синусовый ритм, ЭОС в норме, ЧСС 78 уд/мин.

УЗИ внутренних органов (09.02.16)

Печень:

Контуры ровные, четкие. Звукопроводность в норме. Углы нижних краев левой доли меньше 45, правой меньше 75, острые. Левая доля: толщина 52 мм. Правая доля: толщина 140 мм. Структура однородная. Эхогенность - равномерная. Сосудистый рисунок не изменен.

Дополнительные образования:

Холедох - 5 мм. Желчный пузырь - размеры 66\*23 мм. Воротная вена - 11 мм.

Поджелудочная железа: Контуры ровные, четкие. Толщина головки-26 мм, тела-11 мм, хвоста-30 мм. Эхоструктура однородная. Эхогенность равномерная. Вирсунгов проток не расширен.

Селезенка: Контуры ровные, четкие. Размеры 80/31 мм. Эхоструктура однородная, эхогенность не изменена.

Почки: Правая почка опущена, левая расположена как обычно. Дыхательная подвижность сохранена. Контуры ровные, четкие. Правая почка-92/50 мм, левая-102/50 мм. Паренхима-12 мм, диффузно неоднородная. Корково-мозговые слои хорошо дифференцируются. ЧЛС: не расширены. Конкременты не определяются.

Свободной жидкости в брюшной полости не определяется.

Заключение: патологии не выявлено.

Рентгенография органов брюшной полости (08.02.16 г.):

На обзорной R-грамме брюшной полости в мезогастрии отмечается наличие кишечных арок.

Заключение: тонкокишечная непроходимость.

Рентгенография органов брюшной полости (09.02.16 г.):

Чаш Клойбера, кишечных арок не выявлено.

**Дифференциальная диагностика**

Острую кишечную непроходимость следует дифференцировать с острым аппендицитом, острым панкреатитом, тромбозом брыжеечных сосудов. При остром аппендиците, как и при кишечной непроходимости, общий симптом - боль в животе. Однако при аппендиците боль постоянная, характерен симптом ее миграции (с. Кохера-Волковича), а при кишечной непроходимости боль схваткообразная и соответствует месту возникновения препятствия в кишке, в данном случае - в мезогастрии. При остром аппендиците в начале заболевания отсутствует вздутие живота, могут отходить газы и стул, в то время как при кишечной непроходимости эти симптомы являются ведущими признаками заболевания. При остром аппендиците выявляются положительные симптомы Ровзинга, Караваевой, Образцова, Ситковского, Воскресенского, Бартомье-Михельсона, которые будут отсутствовать при кишечной непроходимости. Острый панкреатит характеризуют нестерпимые, опоясывающие боли в эпигастральной области, в то время как при кишечной непроходимости боли схваткообразные, в данном случае локализующиеся в мезогастрии. При остром панкреатите рвота мучительная, часто с примесью желчи, а при кишечной непроходимости она в первые часы обильная, приносящая кратковременное облегчение, а затем приобретает каловый запах. При остром панкреатите определяются положительные симптомы: Мейо-Робсона, Керте, Воскресенского и отсутствуют симптомы: «шума плеска» Склярова, Валя, Шланге, Кивуля. Отмечается повышение уровня амилазы крови, диастазы мочи, что не характерно для острой кишечной непроходимости. При остром тромбозе мезентериальных сосудов возникают сильная острая боль, вздутие живота, рвота. Боль носит постоянный, коликообразный характер без четкой локализации. Острый тромбоз мезентериальных сосудов чаще возникает у больных пожилого и старческого возраста, страдающих нарушениями ритма сердца, атеросклерозом, пороками сердца. Отмечается жидкий стул с примесью крови, тогда как при острой кишечной непроходимости стул и газы задержаны. Рвота бывает редко, иногда с примесью «кофейной гущи», а при кишечной непроходимости рвота многократная, с каловым запахом. Аускультативно при остром мезентериальном тромбозе отмечается угнетение перистальтики, тогда как при кишечной непроходимости в начальной стадии перистальтика усилена.

**Этиология и патогенез заболевания**

Спаечный процесс в брюшной полости развивается после ранее перенесенных воспалительных заболеваний, травм и операций. У данного больного проводилась дистальная резекция сигмовидной кишки с наложением сигморектального анастомоза по типу конец-в-конец. Для возникновения острой кишечной непроходимости наибольшее значение имеют изолированные межкишечные, кишечно-париетальные, а также париетально-сальниковые сращения, образующие в брюшной полости грубые тяжи и «окна», что может явиться причиной странгуляции (внутреннего ущемления) подвижных сегментов кишечника. Не менее опасными в клиническом плане могут быть плоские межкишечные, кишечно-париетальные и кишечно-сальниковые сращения, с образованием кишечных конгломератов, приводящих к обтурационной непроходимости при функциональной перегрузке кишечника.

Патогенез

) Нервно-рефлекторные - боли, рвота, шок и их последствия - дегидратация.

) Аутоинтоксикация продуктами неполного обмена веществ (Сельцовский), неполного окисления. Аутоинтоксикация происходит как за счет бактериальной флоры, так и продуктов распада белка, ферментов бактерий и пищеварительных соков химических соединений токсического характера - (гистамин, аммиак, и др.),

) Гуморальные нарушения: падение содержания хлоридов, белковая недостаточность, обезвоживание - дегидратация с преобладанием обезвоживания внеклеточных пространств, при "сокопотере" со рвотой теряются все пищеварительные соки (Самарин), исчезает гликоген из печени.

) При странгуляции - обильное просачивание крови в просвет кишечника - внутреннее кровотечение - до 50% крови (Красносельский).

) Инфекция - перитонит, который в конечном счете является причиной смерти в 49% случаев (Стручков).

) В результате рефлекторного перераспределения крови во внутренние органы - анемия головного мозга, которая приводит к нарушениям со стороны паренхиматозных органов (печень, почки, поджелудочная железа), сердечно-сосудистой системы (макро и микроциркуляции), гипофизо-адреналовой системы - синдром полиорганной недостаточности.

**Перечень осложнений**

В течение данного заболевания осложнений не возникло.

**Окончательный развернутый клинический диагноз**

Основное заболевание: Острая спаечная кишечная непроходимость.

Осложнения основного заболевания: нет.

Сопутствующие заболевания: нет.

**Лечение**

**Общее:**

· постельный режим

· стол 0

**Медикаментозное лечение:**

. Rp. Sol. Ringeri 400 ml

D.S. В/в капельно 1 раз в день.

Регидратирующее средство, оказывает дезинтоксикационное действие, стабилизирует водный и электролитный состав крови.

2. Rp. Sol. Glucosi 5% -800 ml10 ЕД.S. В/в капельно 1 раз в день.

% раствор декстрозы оказывает дезинтоксикационное, метаболическое действие, является источником ценного легкоусвояемого питательного вещества. При метаболизме декстрозы в тканях выделяется значительное количество энергии, необходимой для жизнедеятельности организма.

. Rp. Sol. Spasgani 5,0

D.S. В/в капельно 1 раз в день.

Комбинированное анальгезирующее и спазмолитическое средство, сочетание компонентов препарата приводит к взаимному усилению их фармакологического действия. Метамизол натрия - производное пиразолона, оказывает анальгезирующее и жаропонижающее действие. Питофенона гидрохлорид обладает прямым миотропным действием на гладкую мускулатуру (папавериноподобное действие). Фенпивериния бромид обладает м-холиноблокирующим действием и оказывает дополнительное миотропное действие на гладкую мускулатуру.

. Rp. Sol. Novokaini 0,25% -100 ml

D.S. В/в капельно 1 раз в день.

При всасывании и непосредственном сосудистом введении в ток крови снижает возбудимость периферических холинергических систем, уменьшает образование и высвобождение ацетилхолина из преганглионарных окончаний (обладает некоторым ганглиоблокирующим действием), устраняет спазм гладкой мускулатуры.

.Rp: Sol. Сeftriaxoni 1,0

Цефалоспориновый антибиотик III поколения широкого спектра действия. Действует бактерицидно, угнетая синтез клеточной стенки микроорганизмов. Устойчив в отношении β-лактамаз большинства грамположительных и грамотрицательных бактерий.

**Прогноз**

Прогноз для жизни: относительно благоприятный, с учетом строгой диеты.

Трудовой прогноз: благоприятный, после полного выздоровления пациент может вернуться на работу, временная нетрудоспособность.

**Дневник курации.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больного | Назначения |
| 13.02.2016 г. АД=125/70 мм.рт.ст. Ps=80 уд/мин. T=36,8 С | Жалобы на умеренные боли в животе, не нарастают. Тошноты, рвоты нет. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски. В легких при сравнительной перкуссии определяется ясный легочный звук, аускультативно выслушивается везикулярное дыхание. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в мезогастрии. Симптомы Валя, Склярова, Кивуля, Щеткина-Блюмберга отрицательны во всех отделах. Отеков нет, стул и диурез в норме. Газы отходят. Лимфоузлы не увеличены, размеры печени по Курлову 10-8-6. | Стол 0 Режим постельный Rp. Sol. Ringeri 400 ml D.S. В/в капельно 1 раз в день. Rp. Sol. Glucosi 5% -800 ml Insulini 10 ЕД D.S. В/в капельно 1 раз в день. Rp. Sol. Spasgani 5,0 D.S. В/в капельно 1 раз в день. Rp. Sol. Novokaini 0,25% -100 ml D.S. В/в капельно 1 раз в день. Rp: Sol. Сeftriaxoni 1,0 D.S. В/м 1 раз в день. |
| 15.02.2016 г. АД=135/70 мм.рт.ст. Ps=79 уд/мин. T=36,7 С | Жалобы на умеренные боли в животе, не нарастают. Тошноты, рвоты нет. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски. В легких при сравнительной перкуссии определяется ясный легочный звук, аускультативно выслушивается везикулярное дыхание. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в мезогастрии. Симптомы Валя, Склярова, Кивуля, Щеткина-Блюмберга отрицательны во всех отделах. Отеков нет, стул и диурез в норме. Газы отходят. Лимфоузлы не увеличены, размеры печени по Курлову 10-8-6. | Стол 0 Режим постельный Rp. Sol. Ringeri 400 ml D.S. В/в капельно 1 раз в день. Rp. Sol. Spasgani 5,0 D.S. В/в капельно 1 раз в день. Rp. Sol. Novokaini 0,25% -100 ml D.S. В/в капельно 1 раз в день. Rp: Sol. Сeftriaxoni 1,0 D.S. В/м 1 раз в день.  |
| 16.02.2016 г. АД=130/70 мм.рт.ст. Ps=76 уд/мин. T=36,6 С | Жалоб нет. Тошноты, рвоты нет. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски. В легких при сравнительной перкуссии определяется ясный легочный звук, аускультативно выслушивается везикулярное дыхание. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомы Валя, Склярова, Кивуля, Щеткина-Блюмберга отрицательны во всех отделах. Отеков нет, стул и диурез в норме. Газы отходят. Лимфоузлы не увеличены, размеры печени по Курлову 10-8-6. | Стол 1А Режим палатный Rp. Sol. Ringeri 400 ml D.S. В/в капельно 1 раз в день. Rp. Sol. Spasgani 5,0 D.S. В/в капельно 1 раз в день. Rp: Sol. Сeftriaxoni 1,0 D.S. В/м 1 раз в день.  |

**Эпикриз**

Димитров Михаил Тодорович, 51 год (д. р.23 января 1965 года) Находился на лечении в хирургическом отделении ГБУЗ «ГКБ№1» г. Оренбурга с 08.02.16 г. по 16.02.16 г.

Диагноз: Острая спаечная кишечная непроходимость.

Анамнез заболевания: Считает себя больным в течение 3-х суток с 06.02.16 г., когда появились боли в мезогастрии, слабость, отсутствие стула и прекращение отхождения газов. За день до госпитализации появилась тошнота, однократная рвота после приема пищи. Температура тела поднималась до 38,0 С. С 08.01.16 г. по 01.02.16 г. больной находился на стационарном лечении в ООКОБ, где была выполнена дистальная резекция сигмовидной кишки с наложением сигморектального анастомоза по типу конец-в-конец. 01.02.16 г. выписан домой в удовлетворительном состоянии. Были даны рекомендации по режиму и диете. Диету дома соблюдал. 06.02.16 г. появились вышеперечисленные жалобы. Самостоятельно не лечился, за медицинской помощью не обращался в течение трех дней. 08.02.16 г. обратился в ургентную хирургию ГБУЗ «ГКБ№1» г. Оренбурга, госпитализирован в хирургическое отделение №3.

ОАК: СОЭ ускорена.

ОАМ: признаки воспаления.

Анамнез жизни: Родился в г. Оренбурге в семье рабочих. В раннем детстве болел простудными заболеваниями. В физическом и умственном развитии от сверстников не отставал. В школу пошел с 7 лет, учился удовлетворительно. По физ. к-ре занимался в основной группе, травм и операций не было. Окончил 10 классов.

Трудовой анамнез: Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, семья полная.

Женат. В настоящее время проживает с женой в квартире.

Питание: режим правильный, регулярный, характер пищи разнообразный. Перенесенных заболеваний, травм, операций нет.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицает. Туберкулез, вирусные гепатиты, ВИЧ, венерические заболевания отрицает.

Вредные привычки: курит, алкогольные напитки употребляет редко.

Наследственность по данной патологии не отягощена.

Аллергологический анамнез: лекарственная непереносимость отрицает. Переносимость различных пищевых продуктов, напитков, косметических средств, запахов, пыльцы различных растений - удовлетворительная. Реакция на контакт с домашними животными, шерстью, домашней пылью удовлетворительная.

Гемотрансфузионный анамнез: компоненты крови не переливались.

Жалобы при поступлении: на тупые боли в животе схваткообразного характера, отсутствие стула и отхождения газов в течение трех дней, тошноту, рвоту, слабость.

На основании клинических и инструментальных данных поставлен диагноз: Острая спаечная кишечная непроходимость.

Лечение: р-р глюкозы с инсулином, р-р Рингера, новокаин, спазган, цефтриаксон.

Результаты лечения: Жалобы уменьшились, стул нормализовался, газы отходят.

спаечный кишечный непроходимость лечение

**Список использованной литературы**

1. Хирургические болезни т. 1, В. С. Савельев, А. И. Кириенко «Москва» 2005

. Рецептурный справочник врача Ингерлейб М. Б. «Москва» 2010

. А.Н. Митрошин, А.В. Нестеров, П.В. Иванов. Физикальные методы обследования хирургического больного: учебно-методическое пособие. - Пенза: ИИЦ ПГУ, 2004. - 162 с.

. А.Г. Елисеев. Большая медицинская энциклопедия: учебник. - М.: ЭКСМО, 2006. - 864 с.