

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ
6-7 КУРСА И УРОЛОГИИ

«ХРОНИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ
НЕПРОХОДИМОСТЬ. ЗАПОР»

*МЕТОДИЧЕСКАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ
ДЛЯ АССИСТЕНТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ КАФЕДР*



Андижан – 2003

«УТВЕРЖДАЮ»
Заведующий кафедрой хирургических
болезней 6-7 курса и урологии,
проф: _____ Нишанов Ф.Н.

РЕГЛАМЕНТ
учебного времени кафедры
хирургических болезней 6-7 курса и урологии

	продолжитель- ность, мин	время
1. Перекличка.	5	8 ⁰⁰ - 8 ⁰⁵
2. Проверка готовности студентов к теоретической части занятия.	120	8 ⁰⁵ - 10 ³⁵
3. Перерыв.	10	8 ⁵⁰ - 9 ⁰⁰
	10	9 ⁴⁵ - 9 ⁵⁵
	10	10 ²⁵ - 10 ³⁵
4. Осмотр больных по теме занятия. Самостоятельная курация больных. Интерпретация клинических симптомов.	45	10 ³⁵ - 11 ²⁰
5. Обеденный перерыв.	40	11 ²⁰ - 12 ⁰⁰
6. Семинарское занятие. Разбор теоретических вопросов, ситуационных задач, тестов.	90	12 ⁰⁰ - 13 ³⁰
7. Перерыв	10	12 ⁴⁵ - 12 ⁵⁵
	10	13 ³⁰ - 13 ⁴⁰
8. Разбор практических навыков.	55	13 ⁴⁰ - 14 ³⁵

ОБЩИЕ ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

ПРОВЕДЕНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

До прихода на кафедру студенты должны переписать полную тематику занятий предстоящего цикла и приходиться на каждое занятие подготовленными.

На теоретическом занятии ассистент обязан опросить каждого студента по заданной теме и выставить оценку по рейтинговой системе. Студенту задаются вопросы по теме занятия, если ответ студента не удовлетворяют преподавателя, он может задавать дополнительные вопросы.

За каждое занятие максимальный балл составляет 3,0; в том числе:

- до 50% за теоретическую часть, т.е. до 1,5 балла.
- до 40% за практические навыки, т.е. до 1,2 балла.
- до 10% за учебную дисциплину, т.е. до 0,3 балла.

Итоговая оценка за каждое занятие составляет:

- от 2,6 до 3,0 – «отлично»;
- от 2,1 до 2,5 – «хорошо»;
- от 1,6 до 2,0 – «удовлетворительно»;
- 1,5 и менее – «неудовлетворительно».

КУРАЦИЯ БОЛЬНЫХ СТУДЕНТАМИ

(самостоятельная работа студентов).

Студенты во время курации выясняют жалобы, анамнез и проводят объективное обследование больного, работают с историей болезни больного.

Данные больного записываются студентами в журнал субординатора.

Ассистент обходит своих студентов во время курации, корректирует физикальное обследование больного, отвечает на возникшие вопросы, представляет студентам новые анализы, курируемых ими больных, обеспечивает их тонометром, термометром и визирует записи студентов в журнале субординатора.

ПРОВЕДЕНИЕ СЕМИНАРСКОГО ЗАНЯТИЯ

Каждое семинарское занятие кто-нибудь из студентов готовит доклад по теме занятия на этот день (темы докладов ассистент заранее распределяет между студентами).

Доклад студента должен содержать обширную информацию по данной теме, он должен включать новые данные о диагностике и лечении заболеваний, взятые из современных литературных источников, Интернета и т.д.

После выслушивания доклада студенты должны задать докладчику вопросы, касающиеся разбираемой темы. Ассистент может корректировать вопросы и ответы студентов. В оставшееся время студенты должны решать тематические тесты и ситуационные задачи.

Занятие проводится в форме беседы. Основная цель семинарского занятия - за-

крепление теоретического материала.

РАЗБОР ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

Преподаватель объясняет студентам методику выполнения практических манипуляций у хирургических больных. Используются хирургические инструменты, зонды, катетеры и другие наглядные пособия. Методику инструментальных манипуляций можно объяснять на больном, которому показана эта процедура или схематично на рисунках, слайдах или таблицах; также могут быть использованы видеоматериалы.

ЗАНЯТИЕ №24

тема: ХРОНИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ. ЗАПОР.

Цель занятия:

1. Изучить этиологию, патогенез, клинику заболеваний, сопровождающихся хронической кишечной непроходимостью и запорами.
2. Научиться правильной постановке диагноза согласно современной классификации.
3. Уметь провести дифференциальный диагноз.
4. Знать основные принципы лечения.
5. Установить основные принципы профилактики, трудовой экспертизы.

Контрольные вопросы:

1. Понятие хронической кишечной непроходимости, ее виды и причины.
2. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение колостазы.
3. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение копростазы.
4. Болезнь Гиршпрунга. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение
5. Спаечная кишечная непроходимость, причины, диагностика и лечение.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

Хроническая кишечная непроходимость – хроническое нарушение опорожнения кишечника, выражающееся в увеличении интервалов между дефекациями сверх индивидуальной физиологической нормы или затрудненном стуле. Это заболевание является одним из видов запора - признака множества различных патологических состояний или следствием воздействия на организм некоторых неблагоприятных факторов внешней среды.

Алиментарный запор. Возникает вследствие недостаточного потребления пищевых продуктов или жидкости, качественно неполноценного питания (дефицит солей калия, витаминов, растительной клетчатки, неправильный ритм питания).

Неврогенный запор. В эту группу включают запоры, связанные с проявлением патологических висцеро-висцеральных рефлексов (при язвенной болезни, дуодените, хроническом холецистите, почечнокаменной болезни, пиелонефрите, хронических воспалительных процессах половой сферы и др.), а также запоры, возникающие при неврологических заболеваниях (рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, опухоли и травмы головного и спинного мозга).

Психогенный запор. К ним в первую очередь, относятся так называемые привычные запоры (вследствие нарушения привычки ежедневного опорожнения кишечника при перемене места жительства, длительных поездках, неблагоприятных условиях труда и быта, длительном соблюдении постельного режима). Кроме того, запоры являются спутником психических заболеваний (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, наркомания и др.).

Запор, обусловленный аноректальными поражениями - геморроем, трещинами заднего прохода, параректальными абсцессами и другими заболеваниями, сопровождающимися спазмом анального сфинктера, Ограниченными язвенными проктитами и проктосигмоидитами.

Запор вследствие ослабления соматической мускулатуры - гиподинамия, истощение, грыжи диафрагмы, передней брюшной стенки, промежности.

Эндокринный запор, обусловленный гипотиреозом, гиперпаратиреозом, гипокортицизмом, сахарным диабетом, беременностью, климаксом.

Токсический запор (свинцовые, ртутные хронические интоксикации). К этой группе примыкают запоры, обусловленные приемом некоторых медикаментов (анестетики, нейролептики, миорелаксанты, противоконвульсивные препараты, ингибиторы моноаминоксидазы, опиаты и их производные, диуретики, антибиотики, сульфаниламиды).

Запор, связанный с механическим препятствием для продвижения содержимого по кишечнику: опухолями и большими полипами толстой кишки, стриктурами воспалительными и послеоперационными, спаечной болезнью, аномалиями развития (мегадолихоколон, дивертикулы толстой кишки, колоноптоз и др.).

Патогенез. Патогенез колостазы сложен. Различают два основных механизма развития: а) дискинезия толстой кишки; б) нарушение акта дефекация (дисезия). Дискинезии толстой кишки выражаются в расстройстве координации кишечных сокращений или нарушения тонуса кишечника; в основе их лежит нарушение нервной

регуляции толстой кишки, воздействие гормонов. Расстройство дефекации, обусловленное психогенным подавлением этого акта, гипертонусом анального сфинктера, ослаблением соматической мускулатуры, участвующей в акте дефекации, снижением чувствительности рецепторного аппарата прямой кишки и мускулатуры тазового дна. С клинической точки зрения целесообразно выявление не только этнологического фактора, что возможно далеко не во всех случаях, но и механизма развития запора, так как это позволяет выбрать целесообразную в каждом конкретном случае терапию.

Ведущую роль в распознавании формы колостазы играют объективные методы исследования (ирригоскопия, пассаж бариевой взвеси, принятой per os, методы регистрации внутрикишечного давления, ректороманоскопия).

Для расстройств акта дефекации характерны длительные интервалы между опорожнениями кишечника, нередко достигающие 5-7 сут. Консистенция каловых масс при этом своеобразна - первая порция плотная, а последующие разжижены. Весьма специфично для дисезий то, что больной для вызывания стула надавливает пальцами на промежность, способствуя раздражению рецепторов аноректальной области. Дополнительным диагностическим признаком дисезий является хорошее терапевтическое действие суппозитория, стимулирующего дефекацию и отсутствие эффекта от применения общепринятых слабительных.

Дифференциальная диагностика между функциональными расстройствами толстой кишки и органическими ее поражениями трудна, поскольку нет достоверных признаков, патогномоничных для той или иной формы запора. Следовательно, особую важность приобретают объективные методы исследования.

КОПРОСТАЗ

Копростаз - осложнение грыжи, когда содержимым грыжевого мешка является толстая кишка. Развивается в результате расстройства моторной функции кишечника, связанного с резким понижением тонуса кишечной стенки. Способствуют копростазу невправимость грыжи, малоподвижный образ жизни, обильная еда. Копростаз наблюдается чаще у тучных больных старческого возраста, у мужчин при паховых грыжах, у женщин при пупочных грыжах.

Симптомы: упорные запоры, боли в животе, тошнота, редко рвота. Грыжевое выпячивание медленно увеличивается по мере заполнения толстой кишки каловыми массами, оно почти безболезненно, слабо напряжено, тестообразной консистенции, симптом кашлевого толчка определяется.

Отличительные признаки копростаза от эластического ущемления приведены в табл. 1.

Таблица 1.

**Дифференциально-диагностические признаки
копростаз и эластической формы ущемления грыж**

Копростаз	Эластическое ущемление грыжи
Возникает медленно, постепенно	Возникает внезапно, быстро
Грыжевое выпячивание мало болезненное, тестоватой консистенции, незначительно напряженное	Грыжевое выпячивание очень болезненное, очень напряженное
Кашлевой толчок определяется	Кашлевой толчок не определяется
Закрытие кишечника неполное	Полная непроходимость кишечника
Рвота редкая	Рвота частая
Общее состояние средней тяжести	Общее состояние тяжелое, коллапс

Лечение: освобождение толстой кишки от содержимого. При вправимых грыжах надо стараться удерживать грыжу во вправленном состоянии, тогда легче добиться восстановления перистальтики кишечника. Применяют малые клизмы с гипертоническим раствором хлорида натрия, с глицерином или повторные сифонные клизмы с глубоко введенным зондом до сигмовидной кишки. Противопоказано применение слабительных средств, так как переполнение приводящей петли содержимым может вызвать переход копростаз в каловую форму ущемления грыжи.

Копростаз может вследствие сдавления в грыжевых воротах отводящей петли перейти в каловую форму ущемления грыжи. Нарастают признаки обтурационной кишечной непроходимости. Боль в животе усиливается, приобретает схваткообразный характер, учащается рвота. В дальнейшем вследствие переполнения каловыми массами кишки, находящейся в грыжевом мешке, происходит сдавление грыжевыми воротами всей петли кишки и ее брыжейки. Возникает смешанная форма ущемления кишки. С этого момента появляются признаки странгуляционной непроходимости кишечника.

БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА

Заболевание представляет собой резкое расширение ободочной кишки, сопровождающееся нарушением ее эвакуаторной функции. Проявляется запором и вздутием живота. Болезнь Гиршпрунга является врожденным заболеванием (отмечается в соотношении 1:5000 родившихся детей). Чаще проявляется у детей и подростков, реже - у взрослых.

Заболевание связано с нарушением развития вегетативной нервной системы толстой кишки, с недоразвитием (гипоганглиоз) или полным отсутствием (аганглиоз) ганглионарных клеток межмышечного (ауэрбахова) и подслизистого (мейсснерова) нервных сплетений. Аганглионарная зона чаще всего (80-90%) локализуется в прямой кишке (у взрослых), на большем или меньшем по протяженности участке сигмовидной кишки или на другом участке ободочной (у детей). Участок кишки, лишенный ганглиев, постоянно спастически сокращен, не перистальтирует. В ре-

зультате затруднения прохождения кишечного содержимого через этот участок выше расположенные отделы кишки, имеющие нормальную иннервацию, гипертрофируются и расширяются. При гистологическом исследовании расширенных отделов толстой кишки находят гипертрофию мышечных волокон одновременно со склерозом их и замещением соединительной тканью. Это приводит к резкому утолщению стенки кишки.

Нарушение пассажа кишечного содержимого, лежит в основе клинических проявлений болезни Гиршпрунга, основными симптомами которой являются: запоры, вздутие живота, боли в животе. Запоры носят упорный характер и появляются с момента рождения ребенка или в раннем детском возрасте. Длительность запоров от нескольких дней до нескольких месяцев. Для предупреждения запоров больные прибегают к слабительным препаратам и клизмам. Наряду с запором постоянным симптомом болезни Гиршпрунга является вздутие живота, достигающее иногда такой степени, что оно затрудняет дыхание больного.

Характерно, что вздутие остается даже после очищения кишечника с помощью клизмы. Вследствие запора и вздутия живота появляются боли по всему животу, исчезающие после опорожнения кишечника. В результате длительной задержки стула у больных появляется слабость, тошнота, рвота, ухудшается аппетит. Иногда запор сменяется поносом (парадоксальный понос), длящимся несколько дней и приводящим к изнурению больного, а иногда и к коллаптоидному состоянию.

Диагностика: наряду с анамнестическими данными (стойкие запоры с детства) и жалобами больных важное значение имеет осмотр, при котором выявляется увеличение живота вследствие постоянного метеоризма. В раздутых газами петлях кишок пальпаторно определяются плотные каловые массы. При ректальном исследовании определяют повышение тонуса сфинктера, ампула пуста. При ректороманоскопии выявляют спазм прямой кишки, продвижение ректоскопа происходит с трудом, после чего он как бы проваливается в расширенную часть кишки. Эта часть кишки всегда заполнена каловыми массами. Ирригография позволяет выявить зоны сужений, локализацию и протяженность расширенных зон толстой кишки, диаметр которых обычно составляет 10- 15 см. При изучении пассажа бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту наблюдается длительный (в течение нескольких суток) застой ее в расширенных отделах толстой кишки.

Трансанальная биопсия прямой кишки нередко позволяет верифицировать диагноз. Применяют ее у взрослых больных. При гистологическом исследовании биоптата - аганглиоз, повышение антихолинэстеразной активности парасимпатических ганглиев. Биопсия особенно ценна при определении уровня резекции пораженного отдела кишки.

При медленном развитии процесса больные довольно долго могут компенсировать его, добиваясь опорожнения кишечника с помощью очистительных клизм, и лишь при декомпенсации, возникающей уже в зрелом возрасте, возникают показания к хирургическому лечению. Осложнения: кишечная непроходимость, перфорация кишечника, кровотечение, энтероколит.

Лечение: хирургическое, заключается в удалении аганглионарной зоны и декомпенсированных расширенных отделов толстой кишки с последующим восстановлением проходимости кишечника. Консервативное лечение рассматривают лишь

как подготовительный этап к операции, оно заключается в мерах, направленных на опорожнение кишечника. Развитие кишечной непроходимости, которую не удастся разрешить путем проведения консервативных мероприятий, служит показанием к наложению колостомы на проксимальные отделы толстой кишки.

СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Спаечная кишечная непроходимость – непроходимость кишечника, обусловленная образованием спаек.

Этиология. Последствия травмы, оперативного вмешательства, воспалительных процессов в брюшной полости, врожденные аномалии развития (мембраны Джексона, сращения Лейна), абдоминальный туберкулез.

Патогенез. Образование спаек - защитная реакция брюшины на путях распространения инфекции. Обычно с ликвидацией воспалительного процесса спайки либо рассасываются, либо ограничиваются местом бывшего воспаления. Однако в некоторых случаях спайкообразование принимает бесконтрольный и неограниченный характер. Кишечные петли, вовлекаясь в «спаечный плен», деформируются, перекручиваются вокруг продольной и вертикальной осей, сплетаются в конгломерат, спускающийся в полость малого таза. Деятельность кишечника нарушается, развивается компенсаторная атония желудка, создаются предпосылки для развития спаечной болезни, которая клинически проявляется либо в острой форме, либо в хронической интермиттирующей и аномальной формах.

Клиническая картина. Острая форма болезни (спаечная атака) соответствует синдрому острой непроходимости кишечника и характеризуется рвотой, неотхождением газов и задержкой стула. Частные симптомы зависят от причины спаечной атаки (ущемление и омертвление кишечной петли, болезнь Крона и т. д.).

При хроническом течении спаечной болезни (интермиттирующая форма, специфическая форма при мезентериальном туберкулезе и аномальная форма) острые явления, возникающие по типу спаечной атаки, разрешаются с помощью консервативных мер (атропинизация, гипертоническая и сифонная клизмы, паранефральная блокада, введение ганглиоблокаторов и др.). В периоды ремиссий боли постоянны, но интенсивность их различна. Извращается рефлексорная деятельность желудка и кишечника (антиперистальтика, атония). Стихание болевого криза не означает ликвидацию приступа, поскольку в дальнейшем может развиваться бурная симптоматика кишечной непроходимости и перитонита. Течение заболевания весьма коварно, поскольку возникающая после консервативных мер ремиссия может быть связана с некрозом ущемленной петли и новой атакой заболевания уже на фоне перитонита.

Течение хронических форм из-за постоянных болей ведет к запорам, более или менее выраженному вздутию живота, развитию истерических реакций, привыканию к наркотикам. Такие больные являются частыми посетителями приемных отделений различных больниц и представляют сложную загадку для выяснения вопроса, что явилось причиной их посещения: обострение заболевания или желание получить наркотики. При специфической форме заболевание вначале протекает как туберкулезный перитонит и мезаденит, в дальнейшем эта симптоматика стирается и уступа-

ет место обычному течению интермиттирующей формы.

Диагноз. Острая форма спаечной болезни несет в себе все симптомы острой непроходимости кишечника - неотхождение стула и газов, вздутие живота, рвоту, жестокую болевую атаку. Рентгенологически диагноз подтверждается наличием уровней в тонкой кишке с пузырьком газа над ним. Множественные уровни без газа над ним характерны для атонии кишечника и не являются доказательством наличия острой атаки. Диагноз ставится лишь при сочетании указанных выше признаков.

Хроническая форма спаечной болезни распознается в первую очередь по анамнезу (неоднократное оперативное вмешательство, наличие туберкулеза и т. д.). В периоды обострения симптоматика сходна с острой формой и установление истинного диагноза иногда очень сложив. Все это определяет тактику врача, которая является одновременно и диагностическими мероприятиями, и диктует необходимость срочной госпитализации больного в стационар, где эти задачи могут быть разрешены. Лишь по устранении острых явлений возможно распознавание интермиттирующей формы спаечной болезни, причем наибольший удельный вес принадлежит рентгенологическому исследованию (задержка бария в кишечнике свыше 24 ч, симптом галактики и др.), а также карболоновой пробе (время появления в стуле цветной пробки).

К указаниям больных на отсутствие стула в течение многих дней не следует относиться с недоверием, поскольку многие из них приспособливают верхние отделы кишечника к пищеварительной функции и искусственно опорожняют желудок через 5-6 ч после приема пищи.

Лечение. При острой форме, не разрешающейся с помощью консервативных мер в течение 1-2 ч, - хирургическое (устранение препятствия), при хронической форме и многократных атаках - хирургическое, направленное на профилактику острых атак (наложение горизонтальной интестинопликации).

Прогноз. При своевременном хирургическом лечении благоприятный.

Профилактика. Диетотерапия, общеукрепляющее лечение, операция в хронической стадии.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

ТЕМАТИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

1. Наиболее частой причиной хронической толстокишечной непроходимости являются:

- а) инородные тела
- б) желчные камни
- в) доброкачественные опухоли
- г) спайки брюшной полости
- д) злокачественные опухоли

2. При болезни Гиршпрунга не имеет диагностического значения:

- а) ирригоскопия
- б) исследование пассажа бария по толстой кишке
- в) измерение тонуса внутреннего сфинктера прямой кишки
- г) биопсия по Свенсону
- д) колоноскопия

3. Для болезни Гиршпрунга характерны следующие симптомы:

- 1) запоры
 - 2) вздутие живота
 - 3) рвота
 - 4) периодические боли в животе
 - 5) тошнота
- а) 1,2,3
 - б) 1,3,4
 - в) 2,3,4,5
 - г) 1,2,4
 - д) все правильно.

4. Виды запоров, кроме:

- а) алиментарный
- б) токсический
- в) неврогенный
- г) психогенный
- д) окклюзионный

5. Симптомы копростазы, кроме:

- а) возникает медленно, постепенно
- б) закрытие кишечника неполное
- в) частая рвота
- г) кашлевой толчок определяется
- д) общее состояние средней тяжести

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. У больного, 60 лет, на основании клинической картины болезни и анамнеза заподозрена опухоль толстой кишки. Больной подготовлен к ирригоскопии. При исследовании выявлено сужение восходящего отдела толстой кишки, через которое не удается ретроградно провести бариевую взвесь. Клинических и рентгенологических признаков острой кишечной непроходимости нет. Тактика?

- а) лапароскопия
- б) экстренная операция
- в) дать барий перорально
- г) колоноскопия
- д) селективная ангиография

2. Больная, 60 лет, поступила с явлениями частичной кишечной непроходимости, которая была разрешена консервативными мероприятиями. При ирригоскопии выявлен участок циркулярного симметричного сужения в нисходящем отделе толстой кишки, имеющий четкие контуры, длиной около 10 см. Рельеф слизистой оболочки сохранен, складки выпрямлены, сближены, местами их непрерывность нарушается отдельными мелкими дефектами. Подвижность пораженного участка ограничена, стенка ригидная, нижний участок неизменной кишки расширен, продвижение бариевой взвеси замедлено. О каком заболевании толстой кишки можно думать на основании R-логической картины?

- а) болезни Крона
- б) раке нисходящего отдела толстой кишки
- в) неспецифическом язвенном колите
- г) ишемическом колите
- д) функциональном расстройстве толстой кишки в виде стойкого спазма.

3. Больной 60 лет поступил в стационар по поводу obturационной кишечной непроходимости, вызванной опухолью сигмовидной кишки. Общее состояние больного средней тяжести. По ходу операции выяснилось, что приводящая кишка забита каловыми массами. Видимых метастазов нет. Опухоль подвижна, однако при осмотре ее обнаружен истонченный распадающийся участок, где вот-вот должна произойти перфорация. Как следует поступить в такой ситуации?

4. Больной 69 лет оперирован в плановом порядке по поводу опухоли слепой кишки, вызывающей частичную; кишечную непроходимость. При ревизии выявлено, что опухоль размером 15x10 см, плотная, неподвижная, прорастает париетальную брюшину. Отмечается много; метастазов в лимфатические узлы брыжейки и сальника. Как вы закончите операцию?

5. Больную 46 лет четвертый раз оперируют по поводу острой спаечной кишечной непроходимости, которой она страдает в течение 6 лет. В свободную брюшную полость удалось войти с большими трудностями из-за распространенного спаечного процесса. После разделения большого числа спаек было обнаружено, что значи-

тельная часть тонкого кишечника и сальника спаяны в плотный конгломерат. Известно также, что во время; одной из предыдущих операций больной был наложен тонкокишечный обходной анастомоз. Состояние больной перед операцией было средней тяжести. Оперирующий хирург имеет достаточно высокую квалификацию. Что он должен сделать во время операции?

6. Больную 39 лет, страдающую в течение 4 лет приступами спаечной непроходимости, оперируют по поводу острой кишечной непроходимости. Хирург разделил значительное количество сращений, перитонизировал десерозированные участки кишечника и брюшной стенки. Какие мероприятия следует еще выполнить для предупреждения образования новых спаек?

7. Больной 28 лет была произведена сложная гинекологическая операция 3 года назад. С тех пор было 5 приступов острой спаечной кишечной непроходимости. Все они сравнительно легко купировались после консервативных мероприятий. На этот раз приступ начался более резко и протекает значительно тяжелее предыдущих. Общее состояние больной тяжелое, боли сильные, схваткообразные, локализуются внизу живота. Многократная рвота. Больная беспокойна, меняет положение. Пульс 100 в минуту. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный. На общем фоне вздутия живота слева от пупка контурируется перистальтирующая петля кишки. Почему клиническая картина непроходимости на этот раз отличается от предшествующих приступов? Какой тактики следует придерживаться?

