

управляемой гемодилюции? Мнения специалистов по этому вопросу разноречивы. Мы считаем, что опасность гемической гипоксии при снижении Hb и Ht явно преувеличена. Известно, что любое оперативное вмешательство способствует депонированию и секвестрации крови; чем больше переливают крови, тем больше она депонируется в результате повышения ее вязкости и иммунобиологического конфликта, вследствие чего снижаются ОЦК и сердечный выброс. В послеоперационном периоде развивается анемия в связи с низкой приживаемостью консервированных эритроцитов и снижением продолжительности жизни прижившихся эритроцитов [2]. Наш опыт показывает, что управляемая гемодилюция предупреждает развитие анемии, так как восстановление плазменного объема, нормализация реологических свойств крови и предупреждение нарушений микроциркуляции обеспечивают эффективное функционирование циркулирующих эритроцитов [7]. Если и возникает необходимость в гемотрансфузии во время операции на фоне гемодилюции (по уровню Ht), то ее лучше проводить в конце операции — когда кровопотери уже нет, причем в объеме не более 200—400 мл. Такая гемотрансфузия оказывает не столько заместительный, сколько стимулирующий эффект на обмен веществ и гемопоэз [1]. Следует отметить, что несколько лет назад, когда мы восполняли операционную кровопотерю только донорской кровью, состояние больных после операции оставалось тяжелым: снижался диурез, нарастала анемия, коррекция которой повторными гемотрансфузиями была не всегда эффективна. С введением в клиническую практику онкохирургии метода управляемой гемодилюции послеоперационный период стал протекать более спокойно. У больных отсутствовали клинические симптомы интоксикации, у всех сохранялись адекватное дыхание, стабильная гемодинамика, не было выраженного болевого синдрома. Они оставались достаточно активными, охотно выполняли гимнастические упражнения в постели, что имеет большое значение для предупреждения послеоперационных осложнений.

Таким образом, применение метода управляемой гемодилюции во время онкологических операций под общей анестезией позволяет поддерживать адекватное центральное и периферическое кровообращение и способствует более благоприятному течению послеоперационного периода.

## ВЫВОДЫ

1. Метод поднаркозной управляемой гемодилюции является достаточно эффективным при онкологических операциях.

2. При выборе качественного состава гемодилютанта следует учитывать особенности метаболических нарушений при раке желудка различной локализации.

3. Показанием к гемотрансфузии является уровень гематокрита ниже 0,26—0,28 л/л. Целесообразнее ее проводить в конце операции и в объеме не более 200—400 мл.

4. Управляемая гемодилюция оказывает выраженное дезинтоксикационное действие, а также способствует предупреждению послеоперационных осложнений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гланц Р. М. Механизм действия перелитой крови. Киев, Здоров'я, 1975.
2. Горбунова Н. А. Пробл. гематол., 1971, 9.
3. Картавенко В. И. Электромиографические исследования действия мышечных релаксантов у больных злокачественными новообразованиями. Автореф. канд. дисс., М., 1967.
4. Неговский В. А. Основы реаниматологии. М., Медицина, 1967.
5. Савельева Г. М. Реанимация новорожденных. М., Медицина, 1973.
6. Филатов А. Н., Баллюзек Ф. В. Управляемая гемодилюция. М., Медицина, 1972.
7. Шанин Ю. Н., Волков Ю. Н., Костюченко А. Д., Плешаков В. Т. Послеоперационная интенсивная терапия. М., Медицина, 1978.

Поступила 2 октября 1979 г.

УДК 616.345—006.5—031.81—07—035.7

## ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИПОЗА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Доц. Е. Н. Каторкин

Кафедра онкологии (зав. — проф. Ю. И. Малышев) Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова

**Реферат.** На основании изучения начальной симптоматики полипоза толстой кишки у 405 больных (302 взрослых и 103 детей) выделено пять вариантов начала заболевания. Проанализированы ошибки первичной диагностики и их причины.

Ключевые слова: полипоз толстой кишки, диагностика.

1 таблица.

В профилактике рака толстой кишки важное значение имеет своевременное выявление и лечение доброкачественных опухолей, в частности полипоза толстой кишки — облигатного предрака. Ошибки, допускаемые на поликлиническом этапе обследования (а именно в поликлинику обращается основная масса онкологических больных), порой трудно исправить в последующем.

Изучение вопросов диагностики полипоза толстой кишки у 405 больных (302 взрослых и 103 детей) показало, что при первичном обращении в поликлинику диагноз был установлен лишь у 64 человек (15,8%). У большинства (56,3%) заболевание длительное время не диагностировалось, а у 113 больных (27,9%) полипоз толстой кишки выявлен случайно. Если исключить больных со скрытым течением болезни и с правильным диагнозом (109 человек), то получится, что при наличии клинических симптомов полипоза толстой кишки он своевременно не был установлен у 296 больных (73,1%): у 221 взрослого и 75 детей. До установления правильного диагноза как у взрослых, так и у детей в среднем проходил срок, равный  $1,7 \pm 0,3$  года: заболевание выявлено в течение месяца в 41,3%, от месяца до года — в 24,8% и позднее года — в 33,9%. Необходимо отметить, что сроки правильной диагностики не зависели от пола и возраста больных, количества полипов и их распространенности по толстой кишке, а во многом определялись особенностями начальных проявлений заболевания.

По нашим данным в 56% клиническая картина полипоза толстой кишки развивалась постепенно, в 32,8% было острое начало, а в 11,2% заболевание диагностировано в скрытом, доклиническом периоде.

Нами выделено пять вариантов начальной симптоматики полипоза толстой кишки. При первом (в 31,1%) ведущим симптомом являлись боли в животе, сочетание их с поносом или неустойчивым стулом, комбинация болей в животе с патологическими выделениями из прямой кишки (кровь, слизь, смешанные выделения); для второго (в 30,6%) характерен симптомокомплекс, включавший боли в животе, нарушения стула и патологические выделения, которые возникали одновременно; при третьем (в 19,3%) первыми симптомами заболевания были только патологические выделения из заднего прохода; при четвертом (в 14,9%) в качестве начальных проявлений отмечены нарушения стула в сочетании с патологическими выделениями; при пятом, встречающемся редко (в 4,1%), болезнь впервые проявилась выпадением полипов при натуживании либо их выпадением и патологическими выделениями из заднего прохода при дефекации. Необходимо подчеркнуть, что существенных различий в частоте того или иного варианта начальных симптомов полипоза толстой кишки у взрослых и детей не обнаружено.

Следовательно, исключая последний вариант начала заболевания, симптомы полипоза толстой кишки имеют неспецифический характер, а клиническая картина напоминает многие болезни не только толстой кишки, но и других органов пищеварения. Вследствие этого, а также недостаточной онкологической настороженности врачей общей лечебной сети, не проводящих, как правило, обследования в необходимом объеме, страдает качество первичной диагностики, о чем свидетельствуют данные таблицы.

**Частота ошибочных первичных диагнозов у больных полипозом толстой кишки**

Первичный диагноз	Больные				Всего	
	взрослые		дети			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Геморрой, выпадение прямой кишки, проктит и другие . . . . .	68	30,8	8	10,7	76	25,7
Хронический гастрит, хронический колит . . . . .	62	28,1	3	4,0	65	21,9
Острая и хроническая дизентерия . . . . .	38	17,2	26	34,6	64	21,6
Пищевое отравление . . . . .	21	9,5	15	20,0	36	12,2
Хронический аппендицит . . . . .	14	6,3	15	20,0	29	9,8
Острый и хронический холецистит, холецистопанкреатит . . . . .	18	8,1	—	—	18	6,1
Глистная инвазия . . . . .	—	—	8	10,7	8	2,7
Всего . . . . .	221		75		296	

Из данных таблицы видно, что у каждого четвертого больного предполагалась патология прямой кишки, но из-за пренебрежения к эндоскопическому ее обследованию правильный диагноз своевременно не устанавливали.

Нередко (в 22%) больные длительно получали лечение амбулаторно по поводу «хронического гастрита или колита», а рентгенологическое обследование желудка и толстой кишки (пероральная методика), как правило, патологии не выявляло. Пероральное заполнение толстой кишки бариевой взвесью, характеризуя в основном ее

моторную функцию, мало что дает для распознавания новообразований этой локализации, и его следует применять по очень строгим показаниям.

Жалобы больных на патологические выделения из заднего прохода и расстройство стула вызывали, как правило, подозрение на дизентерию, из-за чего таких больных госпитализировали в инфекционное отделение. К сожалению, нередко больных длительно лечили антибиотиками, госпитализировали повторно без бактериологического подтверждения диагноза. Лишь проведение ректороманоскопии в кишечном кабинете или стационаре выявляло истинное заболевание. Необходимо отметить, что этот ошибочный диагноз особенно часто ставили детям, которых обычно первыми обследовали участковые педиатры, инфекционисты и очень редко хирурги.

При остром начале заболевания, сопровождающемся болями в животе, расстройством стула и диспепсическими явлениями, нередко ставили диагноз «пищевое отравление» (в 12,2%). У всех таких больных полипоз толстой кишки выявлен вне инфекционных отделений, куда они первоначально госпитализировались.

Больные с явлениями диспепсии и болевыми ощущениями в животе, развивавшимися постепенно или остро, поступали в стационар с диагнозом острого или хронического холецистита, холецистопанкреатита. Из 29 человек, у которых предполагался острый или хронический аппендицит, у 21 (15 детей и 6 взрослых) произведена аппендэктомия. Только при дообследовании с применением ирригоскопии в связи с отсутствием улучшения после операции у них установлен правильный диагноз.

При болях в животе, появлении жидкого стула со слизью и диспепсических нарушениях детям часто (10,7%) ставили диагноз глистной инвазии.

Следует подчеркнуть, что в группе больных со случайно установленным полипозом толстой кишки ведущим методом диагностики были пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопия (в 79,6%)—объем обследования, доступный врачу общей лечебной сети. Важно, что при этом заболевание в скрытом периоде выявлено у 42 из 45 больных. В 15% полипоз толстой кишки обнаружен случайно во время лапаротомии, предпринятой в связи с ошибочным диагнозом острой патологии брюшной полости, а в 5,3%—рентгенологически при обследовании толстой кишки в связи с подозрением на другое ее заболевание.

Таким образом, причины поздней диагностики полипоза толстой кишки кроются в разнообразии начальных проявлений и в сравнительной редкости этой патологии, малой осведомленности врачей общей лечебной сети о клинике болезни, недостаточном объеме обследования больных, в частности пренебрежении эндоскопическим исследованием прямой кишки при жалобах на патологические выделения из заднего прохода.

Поступила 26 декабря 1978 г.

УДК 618.11—006—055.23

## ОПУХОЛЕВИДНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ И ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК

Проф. **А. З. Уразаев**, доц. Н. Л. Капелюшник

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. **А. З. Уразаев**) Казанского  
ГИДУВа им. В. И. Ленина

**Реферат.** Представлен анализ клинического течения опухолевидных образований и опухолей яичников у 40 девочек и подростков в возрасте от 6 до 17 лет. Отмечено более частое развитие пролиферирующих опухолей. Изучены ближайшие и отдаленные результаты оперативного и комбинированного лечения этих больных. Даны практические рекомендации по ранней диагностике опухолей яичников и методы лечения.

Ключевые слова: опухоли яичников у девочек и девушек, лечение.  
2 таблицы. Библиография: 6 названий.

У девочек и подростков опухоли яичников встречаются редко: они составляют от 1% [6] до 2,6% [3] опухолей половых органов других локализаций. Несмотря на это, данный раздел детской гинекологии заслуживает особого внимания, так как трудности диагностики и имеющиеся еще недостатки в организации гинекологической помощи девочкам нередко приводят к позднему выявлению злокачественных новообразований.

С 1956 по 1975 г. мы наблюдали 40 больных в возрасте от 6 до 17 лет с опухолевидными образованиями и опухолями яичников. Большинство из них (35) были в возрасте полового созревания. Частоту опухолей половых желез в этом периоде можно объяснить гормональными сдвигами, характерными для организма в пубертатном возрасте.

Из 7 больных с ретенционными образованиями у 5 заболевание протекало бессимптомно, образования были обнаружены случайно, а у 2 произошло частичное