

сыворотке крови [16]. Не исключено, что при вирусном гепатите А фибронектин участвует в элиминации вируса, способствуя в качестве опсонического фактора фагоцитозу вирусных частиц.

## ВЫВОДЫ

1. У больных вирусными гепатитами А и В в остром периоде болезни происходит снижение уровня фибронектина в сыворотке крови, которое прямо зависит от тяжести инфекционного процесса.

2. У большинства больных гепатитом А и В наблюдается повышение уровня фибронектина, достигающее максимума во время клинического выздоровления.

3. В остром периоде вирусного гепатита А легкого и среднетяжелого течения изменения содержания фибронектина в сыворотке крови выражены больше, чем при вирусном гепатите В.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Блюгер А. Ф., Векслер Х. М., Новицкий И. Н.//Клиническая иммунология кишечных инфекций.— Рига, 1980.— 2. Жданов В. М., Ананьев В. А., Стаканова В. М.//Вирусные гепатиты.— М., Медицина, 1986.— 3. Литвинов Р. И.//Казанский мед. ж.— 1984.— № 3.— С. 203—213.— 4. Литвинов Р. И.//Там же.— 1986.— № 5.— С. 391—397.— 5. Рокштадт И. Ф.//Основы вариационной статистики для биологов.— Минск, 1961.— 6. Харин Г. М., Литвинов Р. И.//Патол. физиол.— 1985.— № 2.— С. 93.— 7. Erickson H. O.//Eur. J. Clin. Microbiol.— 1984.— Vol. 3.— Р. 108—112.— 8. Fok K., Kakkar V.//Brit. med.— 1982.— Vol. 2.— Р. 1231—1232.— 9. Gluud C., Dejgaard A., Clemmensen I.//Scand. J. Clin. Inves.— 1983.— Vol. 43.— Р. 533—537.— 10. Jones E. A., Summerfield J. A.//Semin. Liver Disease.— 1985.— Vol. 5.— Р. 157—174.— 11. Julkkinen J.//Biochem. J.— 1984.— Vol. 219.— Р. 425—428.— 12. Zardi L., Siri A., Carnemolla B.//Cell.— 1979.— Vol. 18.— Р. 649.— 13. Matsuda M., Jamanaka T., Matsuda H.//Clinica Chim. Acta.— 1982.— Vol. 118.— Р. 191—199.— 14. Mosher D. F.//Ann. Rev. Med.: Select. Top.— 1984.— Vol. 35.— Р. 561—575.— 15. Saba T. M.//Prog. Liv. Dis.— 1982.— Vol. 7.— Р. 107—131.— 16. Seelig R., Pott G., Sellig H. et al.//J. Viral. Methods.— 1984.— Vol. 8.— Р. 335—347.

Поступила 25.12.86.

УДК 616.345—006.6—007.272—07—089.8

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕПРОХОДИМОСТИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

*В. Г. Сахаутдинов, В. М. Тимербулатов, И. Х. Хидиятов*

Кафедра хирургических болезней № 2 (зав.— проф. В. Г. Сахаутдинов)  
Башкирского медицинского института

В настоящее время повсеместно отмечается рост заболеваемости опухолями ободочной и прямой кишок. При осложнениях рака толстой кишки число послеоперационных осложнений и летальность остаются довольно высокими — от 27 до 58,8% [1, 3, 4, 5, 8]. В связи с этим особую актуальность приобретают вопросы хирургического лечения рака данной локализации.

Под нашим наблюдением находилось 109 больных с опухолями толстой кишки, осложненными острой кишечной непроходимостью, что составило 2,8% к числу всех больных с заболеваниями толстой кишки. Соотношение числа мужчин и женщин — 1,1 : 1. До 40 лет было 5 человек, от 40 до 50 — 12, от 50 до 60 — 24, от 60 до 70 — 43 и старше 70 — 25, то есть большинство из них (63,3%) было старше 60 лет. У 78% были 2—3 сопутствующих заболевания сердца, сосудов, эндокринного аппарата, что значительно усугубляло течение заболевания и состояние больных.

Обращает на себя внимание высокая частота (более 75%) поздней госпитализации больных. Так, 49 человек поступили через 5—6 сут с момента возникновения осложнения, 31 — позже 7 сут и только 29 — в первые 24—48 ч. Основной причиной поздней госпитализации при толстокишечной непроходимости является позднее обращение больных за медицинской помощью. Острая толстокишечная непроходимость характеризуется постепенным нарастанием симптомов заболевания и осложнения. Усугубление моторно-эвакуаторных нарушений пациент-

тами воспринимается как обострение процесса, поэтому только после проведения всего арсенала лечебных процедур больные обращаются за медицинской помощью.

В пожилом и старческом возрасте проявления частичной кишечной непроходимости нередко объясняют привычными запорами и до развития катастрофы в брюшной полости больным назначается консервативное лечение. Необоснованное лечение в амбулаторных условиях имело место в 16 случаях. Более половины больных было доставлено в клинику машиной скорой помощи по поводу острой кишечной непроходимости или с подозрением на нее. 13 больных сначала были госпитализированы в экстренном порядке в непрофильные отделения (урологические, терапевтические и др.) и только после консультации с хирургом и проктологом были переведены в клинику. Следует отметить, что у 7 больных кишечная непроходимость возникла в процессе лечения в терапевтических стационарах. Типичным является следующее наблюдение.

Ч., 56 лет, находилась на стационарном лечении в терапевтическом отделении по поводу анемии неясной этиологии. Больная 2—3 года лечилась по поводу анемии. Ухудшение состояния отмечено 3 мес назад. За последние 2 нед усилились боли в животе, появились вздутие живота, запоры. Стул был возможен только после приема слабительных, тем не менее 3 дня стула не было.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Частота пульса — 100 уд. в 1 мин, АД — 20,0/14,6 кПа. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот округло-овальной формы, вздут, в акте дыхания отстает, при пальпации отмечается болезненность в левой половине. В левой подвздошной области нечетко определяется опухолевидное образование. Перистальтические шумы кишечника звонкие. Печень не увеличена. Симптомов раздражения брюшины нет. Анализ крови: эр.— $2,8 \cdot 10^{12}$  в 1 л, Нб — 1,08 ммоль/л, цв. показатель — 0,8, л.— $9,5 \cdot 10^9$  в 1 л; СОЭ — 43 мм/ч. ЭКГ: диффузные изменения миокарда, нарушения ритма, блокада правой ножки пучка Гиса. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости — раздутие петель кишок (больше толстой кишки), единичные чаши Клойбера. При пальцевом исследовании прямой кишки: в ампуле каловые массы. После очистительной клизмы произведена ректороманоскопия: на протяжении 30 см органической патологии нет. Выполнена экстренная ирригоскопия: контрастное вещество заполнило толстую кишку до верхнего сегмента сигмовидной кишки, где определяется сужение с дефектом наполнения протяженностью до 7 см, в зоне опухоли диаметр кишки до 0,5—0,7 см. Сифонные клизмы, инфузионная терапия эффекта не дали.

Во время операции на границе нисходящей и сигмовидной кишки обнаружена опухоль размером  $9 \times 15$  см, прорастающая в паранефральную клетчатку. Отдаленных метастазов не выявлено. Выполнена левосторонняя гемиколэктомия, трансверзостомия; культура прямой кишки обработана по Гартману. Через 6 мес общее состояние стало удовлетворительным; результаты анализа крови — в пределах нормы.

Диагностические ошибки на догоспитальном этапе были допущены в 18,3% случаев. Классическая клиническая картина острой кишечной непроходимости при толстокишечной обструкции развивается в относительно поздние сроки. Симптомы непроходимости нарастают постепенно. Однако при опухолях слепой кишки в зоне ileocekalной заслонки симптомы непроходимости проявляются более остро. У 59 больных были кишечные кровотечения до поступления в клинику.

Из дополнительных методов исследования больным проводили обзорную рентгенографию органов брюшной полости, экстренную ректороманоскопию и ирригоскопию. Динамический контроль пассажа контрастного вещества по кишечнику при этой форме в отличие от тонкокишечной непроходимости мало информативен, поскольку заполнение толстой кишки, особенно на фоне нарушений моторики кишечника, наступает не раньше чем через 5—6 ч. Нам представляется, что даже при подозрении на толстокишечную непроходимость рентгенологическое обследование следует начинать с ирригоскопии (ирригографии). Ирригография позволяет точно определять локализацию опухоли, уровень обструкции и, что самое главное, ее выраженность. После ирригографии могут быть уточнены план лечения, возможность консервативной терапии или показания к оперативному лечению. Ирригография противопоказана при подозрении на перфорацию толстой кишки. Ректороманоскопия дает возможность диагностировать или исключить наличие опухоли прямой кишки и нижнего сегмента сигмовидной кишки. Ввиду необходимости тщательной подготовки толстой кишки перед колоноскопией и примерно одинаковой ее диагностической ценности с ирригоскопией при данном осложнении эндоскопия ободочной кишки не имеет особых преимуществ. Кроме того, ирригоскопия является более доступной, чем фиброколоноскопия.

Экстренная операция (в первые 2—3 ч с момента госпитализации) выполнялась при непроходимости, осложненной перитонитом. Клинические признаки

перитонита были выявлены у 34 больных. У 4 из них была перфорация в области опухоли, у 2 — диастатическая перфорация слепой кишki при левосторонней обструкции. У остальных 28 больных установлен перитонит без перфорации толстой кишki («пропотной»).

При ранних сроках обструкции или неполной обструкции (по данным ирригограмм) проводилась интенсивная консервативная терапия, оказавшаяся успешной у 13 больных. В последующем они были прооперированы в плановом порядке, но радикальные операции оказались возможными только у 9.

Выбор объема оперативного вмешательства определяется распространностью опухоли, наличием осложнений и общим состоянием больных. По локализации опухоли слепой и восходящей ободочной кишki были у 18 больных, по перечной ободочной — у 12, нисходящей и сигмовидной — у 41, прямой кишki — у 38. При правосторонней обструкции, отсутствии перитонита и резко раздутой тонкой кишке была выполнена правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзостомией (у 13), при наличии указанных изменений — гемиколэктомия без анастомоза. 2 пациентам с распространенным раком был наложен обходной илеотрансверзоанастомоз, один больной умер от несостоительности анастомоза.

При локализации опухоли в левом фланге ободочной кишki производили левостороннюю гемиколэктомию без анастомоза или резекцию по Гартману. У 2 больных была осуществлена экстирпация прямой кишki по срочным показаниям, у всех остальных оперативные вмешательства проводились в 2 этапа.

При иноперабельных опухолях и крайне тяжелом состоянии больных, обусловленном перитонитом, интоксикацией, ограничивалисьproxимальной колостомией. Следует отметить, что в 64% опухоли были удаляемыми. У 8 больных при наличии отдаленных метастазов в печени, перфорации опухоли в брюшную полость или брыжейку с образованием абсцесса произвели паллиативные резекции ободочной кишki (без восстановления непрерывности), что позволило ликвидировать гнойные осложнения. Больные после операции жили от 1 до 1,5 лет.

Из 96 больных, оперированных в экстренном порядке, умерли 14 (14,5%). Основной причиной смерти больных были перитонит, тромбоэмболические осложнения, сердечно-сосудистая недостаточность, прогрессирование основного заболевания.

## ВЫВОДЫ

1. Улучшение диагностики острой толстокишечной непроходимости возможно при более активном применении ирригоскопии и эндоскопии толстой кишki.

2. Выбор метода лечения и объема оперативного вмешательства определяется выраженной обструкции, распространенностью опухоли, состоянием больных. Предпочтение следует отдавать многоэтапным оперативным вмешательствам.

## ЛИТЕРАТУРА

- Ганичкин А. М., Ящук Н. А.//Клин. хир.— 1977.— № 5.— С. 19—22.— 2. Ерюхин И. А., Силин Б. Н., Акинчев С. Л.//Вестн. хир.— 1981.— № 3.— С. 56—59.— 3. Житнюк И. Д., Петров В. П.//Там же.— 1970.— № 4.— С. 152—154.— 4. Александров Н. Н., Петров В. П., Лыткин М. И. и др.//Неотложная хирургия при раке толстой кишki.— Минск, Беларусь, 1980.— 5. Розанов И. Б., Матвеев В. И., Шалимов В. А.//Клин. хир.— 1975.— № 6.— С. 62—65.— 6. Федоров В. Д.//Там же.— 1977.— № 7.— С. 9—13.— 7. Федоров В. Д., Дедков И. П., Милитарев Ю. М. и др.//Хирургия.— 1977.— № 2.— С. 91—95.— 8. Ящук Н. А.//Вестн. хир.— 1981.— № 3.— С. 56—59.— 9. Miller A. B.//Canad. Surg.— 1978.— Vol. 21.— Р. 209—210.

Поступила 04.12.86.