

В осадке мочи у всех определялось много эритроцитов (преимущественно свежих), лейкоцитов, гиалиновых цилиндров, кровяного пигмента. У большинства больных наблюдалась типичная картина гемолитического сепсиса с лихорадкой, многократными потрясающими ознобами, нарастающей желтухой, адинамией и бактериемическим шоком.

К моменту операции у 6 женщин был тяжелый бактериемический шок (максимальное АД 70 мм и ниже). У всех больных была высокая температура (38—40°). Кожные покровы у 6 больных были ярко-желтушной окраски, у остальных — бледные с землистым оттенком, у некоторых был цианоз и петехиальные высыпания, рвота, понос. Анемия выявлена у 4 больных (Гем. — от 7 до 8 %). Лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево установлен у 8 больных (количество лейкоцитов у них колебалось от 16 400 до 46 100). Ускоренная РОЭ (до 63 мм/час) была у 8 женщин.

При бактериемическом или геморрагическом шоке мы начинали лечебные мероприятия с внутриартериального нагнетания 250 мл крови, и только после стойкого повышения АД до 80 мм и выше приступали к операции обменного переливания крови. К внутриартериальному нагнетанию крови перед обменным переливанием нам пришлось прибегнуть у 3 больных.

Обменное переливание крови 4 больным сделано 1 раз, трем — 2 раза, двум — 3 раза, одной — 4 раза. Обычно мы переливали 1000—1600 мл крови.

После одной операции обменного переливания крови и прочих лечебных мероприятий диурез восстановился у 4 больных, после двукратного — у 3, трехкратного — у 2. Одной больной обменное переливание было сделано 4 раза ввиду продолжающегося гемолiza и отсутствия эффекта от предыдущих операций. Только после 4-го переливания крови (всего 4650 мл) у нее восстановился диурез.

После обменного переливания крови остаточный азот пришел к норме у 7 больных на 9—11-е сутки, у одной — на 22-е сутки, у 2 — на 45—51-е сутки. В моче у всех отмечался высокий лейкоцитоз и протеинурия (от 0,99 до 1,32 %).

Отдаленные результаты после операции обменного переливания крови известны у 4 больных от 1 года до 3 лет. Все они трудоспособны, состояние здоровья удовлетворительное, моча в норме. Одна из них через год имела повторную беременность, которая закончилась медицинским абортom.

ВЫВОДЫ

1. Обменное переливание крови в комплексе с другими лечебными мероприятиями при лечении послеабортного сепсиса, осложненного острой почечной недостаточностью, является эффективным в I (шоковой) и II (олиго-анурической) стадиях. Оно не требует особой аппаратуры. Простота техники делает его доступным в условиях любой больницы.

2. При отсутствии эффекта в ближайшие сутки после обменного переливания крови на фоне энергичной терапии антибиотиками, введения противогангренозной сыворотки, оксигенотерапии и т. д. у больных с гемолитическим сепсисом в терапевтический комплекс должен быть включен гемодиализ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берлянт И. И. Акуш. и гин., 1964, 1. — 2. Глоzman О. С., Касаткина А. П. Современные методы активной терапии острых токсикозов. Медгиз, М., 1959. — 3. Пытель А. Я., Голигорский С. Д., Джавад-Заде М. Д. и др. Искусственная почка и ее клиническое применение. Медгиз, М., 1961.

УДК 616.345—006.6—616.381—072.1

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Ч. К. Абаев

II хирургическая клиника (зав. — доц. В. И. Янишевский) Института экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР

Мы задались целью выяснить ценность метода лапароскопии при раке толстой кишки.

При этом мы стремились разрешить следующие, на наш взгляд практически важные, задачи:

- 1) установление наличия или отсутствия метастазов в печени, яичниках, обсеменения брюшины;
- 2) выяснение локализации, размеров первичного опухолевого очага, степени прорастания соседних органов или наличия внекишечного опухолевого инфильтрата;

3) выяснение с помощью прицельной биопсии гистологической характеристики первичной опухоли и ее метастазов.

В клинике института было произведено 202 лапароскопических исследований, из них 13 — при клиническом диагнозе рака или подозрении на рак толстой кишки.

У 12 больных во время лапароскопии нам удалось осмотреть первичный опухолевый очаг. У одного больного первичная опухоль не была доступна лапароскопическому обзору, она располагалась на задней стенке поперечно-ободочной кишки.

При лапароскопии мы наблюдали узловые, или бугристые опухоли и диффузные, или инфильтрирующие.

При узловых формах опухоль имеет вид бугристого конгломерата, растущего преимущественно вне кишечной стенки. Опухоли бывают белесоватой или белесовато-сероватого цвета, плотной консистенции, иногда с очагами частичного размягчения.

Диффузная форма опухолевого роста характеризуется утолщением, инфильтрацией кишечной стенки в зоне опухолевого поражения.

Следует отметить, что при обеих формах опухолевого роста, особенно при узловых, нередко наблюдалось усиление сосудистого рисунка в зоне опухолевого поражения.

Перистальтика кишечной стенки на месте наблюдаемой опухоли, как правило, отсутствует. Усиленная же перистальтика расширенной кишки выше зоны опухолевого поражения свидетельствует о наличии у больного стенозирующей опухоли кишки.

Для выяснения границ опухолевого роста по кишечной стенке, особенно при диффузной форме роста, неоценимую помощь оказывает осторожное надавливание концом оптической трубки или концом инструмента для взятия биопсии на подозрительные в смысле опухоли участки кишечной стенки («инструментальная биопсия», по выражению некоторых зарубежных авторов). Этот прием позволил нам определить разницу плотности здоровых и пораженных опухолью участков не только по кишечной стенке, но и при переходе опухоли на смежные органы.

Иногда стенка вокруг первичного опухолевого очага представляется как бы отечной, утолщенной, но не плотной, что можно объяснить перифокальным воспалительным процессом.

Из 13 больных с диагнозом рака толстой кишки у 11 клинко-рентгенологический диагноз был подтвержден. У одного поставлен диагноз — лимфосаркома толстой кишки. У одного лапароскопия была прекращена в связи с осложнением.

По данным лапароскопии из 13 больных 7 были признаны неоперабельными (обнаружены метастазы в печень у 3; карциноматоз брюшины в сочетании с асцитом — у 2; прорастание опухоли толстой кишки в соседние органы — у 2). Метастазы рака в печень и по брюшине были подтверждены гистологическими исследованиями биопсийного материала, взятого во время лапароскопии. У одного больного биопсия из вторично пораженного органа (прорастание опухоли поперечно-ободочной кишки в печень) также подтвердила наличие рака. У одного больного биопсия не была взята, однако была эвакуирована асцитическая жидкость, цитологическое исследование которой показало наличие клеток лимфосаркомы.

5 больных, признанных операбельными, были прооперированы, при этом результаты лапароскопии полностью подтвердились.

Значение лапароскопического метода диагностики возрастает при повторном его применении у больных, подвергшихся химио- или рентгенотерапии.

С помощью лапароскопического метода нередко удается установить неоперабельность рака толстой кишки и избавить больных от пробного чревосечения.

УДК 616.993.1—071—02—616.315—007.254

ТОКСОПЛАЗМОЗ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

А. А. Кабулбеков и С. Г. Сафина

Кафедра хирургической стоматологии (зав. — проф. Е. А. Домрачева), II кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Х. Х. Мещеров) и кафедра биохимии (зав. — проф. Д. М. Зубаиров) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Врожденные расщелины губы и неба (изолированно и в сочетании с другими пороками) встречаются у 0,8—1,8% всех новорожденных и составляют до 30% всех уродств (А. И. Евдокимов, А. А. Лимберг, Г. М. Лурье, М. Д. Дубов, Fogh Andersen); летальность при них достигает 30%.

В последние годы в этиологии различных уродств значительное место отводят токсоплазмозу (Д. Н. Засухин, Г. И. Головацкая, Ю. В. Гулькевич и соавт., З. Л. Филиппова-Нутрихина). По данным различных авторов, у 15—50% детей с пороками развития обнаружен токсоплазмоз.