

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

В клинике института было произведено 202 лапароскопических исследования, 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 узловой форме опухоль имеет вид бугристого конгломерата, растущего преимущественно вне кишечной стенки. Опухоли бывают белесоватого 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 обоих формах опухолевого роста, особенно при узловой, 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.

Габка (1957) в эксперименте на животных получил потомство с расщелиной нёба при заражении самок до беременности токсоплазмозом. В литературе мы встретили отдельные работы (Г. И. Семенченко, В. И. Вакуленко, В. С. Дмитриева) о связи врожденных расщелин нёба и верхней губы у детей с токсоплазмозом матери. Работ, указывающих на влияние токсоплазмоза на хирургическое лечение данной патологии, мы не нашли.

Целью настоящей работы являлось определение частоты токсоплазмоза у детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба и изучение особенностей течения до- и послеоперационного периода у них. В работе использованы материалы лаборатории токсоплазмоза при 6-м роддоме и челюстно-лицевого отделения 3-й городской больницы им. проф. И. В. Домрачева. Было обследовано на токсоплазмоз 75 детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба.

Дети были в возрасте от 1—2 дней до 14 лет. У 54 детей до 2 лет (1-я группа) о наличии или отсутствии токсоплазмоза мы судили на основании обследования матерей. 21 ребенку (2-я группа) в возрасте от 2 до 14 лет мы ставили реакцию связывания комплемента с токсоплазмозным антигеном на холоде (РСК) и внутрисвязную пробу с токсоплазмином (ВКП) с учетом ее результатов по таблице О. Ирацца и И. Ира через 24 и 48 часов (антиген и аллерген производства Института им. Н. Ф. Гамалея). Эти же дети и их матери обследованы офтальмологом (С. Б. Знаменская).

Из 75 обследованных у 32 (42,6%) реакции оказались положительными (РСК была положительной у 24%, ВКП — у 37,3%, совпадение обеих положительных реакций — у 18,7%). Из этих 32 детей с врожденными расщелинами 17 были от первой беременности. Среди 15 матерей, имевших предшествующие беременности, мертворождения были у 6, недонашивание и самопроизвольные выкидыши — у 3. У 6 женщин были здоровые, доношенные дети и искусственные аборты.

Из числа 32 положительно реагирующих детей установлен контакт матерей с животными по профессии у 4, в быту — у 4; употребление и пробование сырых мясных продуктов и сырых яиц — у 14 женщин. У 10 женщин отягощающих факторов не найдено.

8 детей с положительными реакциями на токсоплазмоз были оперированы (хейлопластика и уранопластика). Заживление раны у них протекало так же, как и у детей с отрицательными реакциями на токсоплазмоз. У 1 ребенка с положительной реакцией на токсоплазмоз было отмечено отставание роста верхней челюсти после ранее проведенной хейлопластики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гулькевич Ю. В., Лазюк Г. И., Гулькевич К. Ю. Арх. патол., 1960, 12. — 2. Дмитриев В. С.; Дубов М. Д.; Лимберг А. А.; Лурье Т. М. В кн.: Врожденные расщелины верхней губы и нёба. Медицина, М., 1964. — 3. Засухин Д. Н. ЖМЭИ, 1957, 7. — 4. Орлов Г. И. и Головацкая Г. И. Сов. мед., 1960, 1. — 5. Сафина С. Г. Казанский мед. ж., 1965, 3. — 6. Филиппова-Нутрихина З. Л. В кн.: Проблемы токсоплазмоза. Медгиз, 1962. — 7. Ира И. ЖМЭИ, 1960, 9. — 8. Fogh Andersen P. Acta plastica chirurgie, 1963, 5, 3. — 9. Gabka J. Zbl. allg. Path. path. Anat., 1957, 96, 3—4, 135.

УДК 616.711—616.71—091.5

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПОЗВОНОЧНИКА

А. Ю. Подвальный и Х. М. Шульман

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
(директор — ст. научн. сотр. У. Я. Богданович)

Осложненный перелом позвоночника относится к тяжелейшим травмам опорно-двигательного аппарата. Несмотря на значительные достижения в методах лечения, он, как правило, приводит больного к длительной, а часто и стойкой инвалидности.

Если вопрос о показаниях к хирургическому лечению таких больных не вызывает особых разногласий, то в отношении методов оперативных вмешательств этого сказать нельзя. В настоящее время наметилось два направления в оперативном лечении осложненных переломов позвоночника. Нейрохирурги (В. Е. Брык, М. С. Горбачев, В. И. Кондратенко, Е. Г. Лубенский), обращая особое внимание на изменения содержания позвоночного канала, подчас упускают из вида необходимость устойчивой фиксации костной основы. Травматологи же, применяя хирургическую фиксацию позвоночника, не уделяют достаточного внимания повреждениям спинного мозга. При таком положении не всегда удается добиться максимально хороших результатов лечения даже при сравнительно нетяжелых повреждениях спинного мозга и его корешков. Надо думать, что только полноценное хирургическое вмешательство как на со-