

ческой, но сомато-психической. Больная много лежала, испытывала слабость. Временами наступали состояния резкой тревоги: больная рвалась в дверь, кричала, что на улице ее дочь, которая заблудилась. С октября 1959 г. появилась сонливость. Больная спала ночью, и большую часть дня ее трудно было разбудить. Аппетит был повышен. На вопросы не отвечала или произносила ничего не значащие фразы, лишь бы скорее избавиться от раздражителя и снова уснуть. Течение заболевания стало более стабильным. Лишь 2—3 раза были состояния беспокойства, когда больная просила отпустить ее, ибо она опаздывает на поезд. Но, в отличие от первого периода, эти состояния не сопровождались тревогой, двигательным возбуждением. В дальнейшем на фоне аспонтанности, сонливости стали выступать более грубо признаки интеллектуально-мнестического дефекта. Больная не могла найти свою кровать, не помнила, обедала ли она, перестала спрашивать о доме, о дочери, не тяготилась обстановкой. Стала грубо сексуальной, много ела. Временами сознавала, что она тяжело больна, просила лечить ее. У больной был припадок с потерей сознания и с тоническими судорогами, сопровождавшийся падением сердечной деятельности.

При люмбальной пункции жидкость вытекала струей. При анализе — никаких отклонений от нормы. Неврит соска зрительного нерва обоих глаз. На рентгенограмме порозность спинки турецкого седла. В дальнейшем появились симптом Бабинского с обеих сторон, хоботковый рефлекс, нарастающий симптом Кернига, ослабление зрения. Временами рвота. Полифагия, полидипсия. Позднее на дне глаз застойные соски зрительных нервов и кровоизлияния. Нарастающее оглушение, заторможенность.

20/VI-60 г. у больной повысилась температура. При рентгеноскопии легких справа в нижней доле — полость с уровнем жидкости. С каждым днем полость увеличивалась в размерах, и 25/VII, через пять дней после появления абсцесса легких, больная умерла.

На секции на основании мозга по средней линии в области дна 3-го желудочка найдена опухоль, выступающая холмиком величиной с голубиное яйцо между перекрестом зрительных нервов спереди и ножками мозга сзади. Опухоль серо-желтоватого цвета, неравномерно плотновата. Вверх она распространяется до *corpus callosum*. Зрительные бугры разрушены и замещены опухолью. Строение ее губчатое, состоит из круглых полостей различных размеров, заполненных коллоидным содержанием. Левый боковой желудочек резко расширен.

Опухоль состоит из пузырьков различных размеров, от очень маленьких, круглых до очень больших, стенки которых образуют выступы и углубления. В просвете крупных пузырьков — коллоидные массы, интенсивно воспринимающие окраску эозином. В коллоидных массах во многих местах — круглые пузырьки газа. В отдельных местах в коллоидных массах пролиферация гистиоцитов с образованием даже кровеносных сосудов типа артериол и капилляров. В части крупных ацинусов коллоидные массы в центре теряют способность окрашиваться эозином. Пузырьки выстланы однослойным низким кубическим эпителием. Вокруг них лишь в отдельных местах сохранилась *membrana propria*. Непосредственно под кубическим эпителием довольно широкими слоями густо располагаются клетки с неясно видимыми очертаниями границ, с круглыми, а местами слегка овальными ядрами. Протоплазма этих клеток нейтрофильна. Ядра этих клеток одинаковых размеров, содержат ядерный сок, с довольно резко выраженным краевым гиперхроматозом. Опухоль ограничена от мозговой ткани капсулой, состоящей из двух слоев, внутреннего соединительнотканного и наружного — глиозного. Диагноз: краниофарингеома основания мозга.

Таким образом, краниофарингеомы — опухоли не полиморфного, а довольно однородного строения. По гистологическому строению и онтогенетическому происхождению кармана Ратке, из которого они образуются, есть полное основание считать их аденомами струмозного строения или струмозными опухолями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Красовский Е. Б. Опухоли мозга и мозговых оболочек. т. 2, М., 1957; Патологическая анатомия заболеваний головного мозга. М., 1957. — 2. Русецкий И. И. Клиническая нейровегетология. М., 1950.

Поступила 3 февраля 1961 г.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ

Доктор мед. наук М. М. Басс и студент Д. Ф. Глузман

Кафедра хирургии детского возраста (зав. — проф. А. Р. Шуринок)
Киевского медицинского института

В литературе представлено значительное число работ по вопросу об инородных телах желудочно-кишечного тракта. Однако сообщения об инородных телах у детей

немногочисленны. Большинство авторов приводит лишь по одному — по два наблюдения.

Заглатывание инородных тел детьми происходит при самых различных обстоятельствах: приеме пищи, держании инородных тел во рту, во время игры.

В огромном большинстве случаев инородные тела благополучно проходят желудочно-кишечный тракт и выделяются. Предметы больших размеров задерживаются в том или ином отделе пищеварительного тракта, чаще всего у привратника, в двенадцатиперстной кишке, у баугиниевой заслонки. Значительная часть острых инородных тел также выделяется естественным путем. Описано все же немало наблюдений, когда наступало прободение стенки различных отделов желудочно-кишечного тракта остроконечным предметом и развивался гнойный перитонит. По сборной статистике Вельфлера и Либлейна, это было в 15% наблюдений.

Длительное пребывание инородного тела на одном и том же месте может привести к образованию язвы, флегмоны желудка или кишки (Ф. И. Доронин, Ф. Я. Шестиалтынов, Барбье и др.). Описаны случаи профузного желудочного кровотечения со смертельным исходом в результате эрозии крупного кровеносного сосуда инородным телом (Эллис).

Проглоченное инородное тело может повести к обтурационной непроходимости кишок. Оригинально сообщения Плсека и Брунелика: непроходимость возникла у больной, проглотившей неразжеванными 6 долек мандарина. При энтеротомии эти дольки, расположенные как в целом мандарине, обнаружены в подвздошной кишке на 30 см выше баугиниевой заслонки.

Годами проглоченные инородные тела остаются в червеобразном отростке слепой кишки, однако до последнего времени нет единого мнения о роли инородного тела в возникновении аппендицита. Описаны также наблюдения, когда инородное тело находили в меккелевом дивертикуле. По данным Джилльета и Золтовского, до 1957 г. всего опубликовано 25 таких наблюдений, в 17 из них речь шла о рыбьей кости.

Точная локализация рентгенконтрастных и особенно неконтрастных инородных тел представляет иногда большие трудности. При неконтрастных — в некоторых случаях может помочь рентгеновское исследование с дачей бариевой взвеси, которая оседает на инородном теле и делает его видимым (С. Д. Терновский).

С полным основанием все авторы рекомендуют давать больным, проглотившим инородное тело, пищу, богатую клетчаткой: картофельное пюре, гречневую кашу, горох, рис, ржаной хлеб. Дача слабительных и рвотных, безусловно, противопоказана.

Инородные тела выходят естественным путем спустя различные сроки: по данным Ремигольского через 8—15 дней, Э. А. Суслениковой — от 2 до 8 суток, по нашим данным в среднем через 3,3 суток.

Выжидательная тактика при проглоченных инородных телах небольшого размера с гладкими краями вполне обоснована. Наблюдение за такими детьми обязательно, но оно осуществляется амбулаторно при соответствующем инструктаже родителей. Больные, проглотившие остроконечные инородные тела, должны помещаться в хирургическое отделение, так как опасность прободения желудочно-кишечного тракта реальна. При первых признаках острого живота показана срочная операция. При длительном (5—6 дней — по одним авторам и до 4 недель — по другим) пребывании инородного тела на одном месте (у привратника, у двенадцатиперстной или слепой кишки) с учетом размеров проглоченного предмета и возраста ребенка операция показана и при инородных телах с гладкими краями. Если принято решение оперировать, то рентгенисследование должно быть проведено и перед самой операцией.

Помимо удаления инородных тел путем гастро- и энтеротомии, описан и метод удаления инородного тела из желудка при помощи электромагнита, смонтированного в желудочный зонд. Кройдону под рентгенэкраном удалось извлечь иглу из желудка. Контакт включался в момент соприкосновения электромагнита с иглой.

Переходим к анализу собственных наблюдений. В клинике детской хирургии с 1946 по 1960 гг. находилось на лечении по поводу проглоченных инородных тел 148 детей (86 мальчиков и 62 девочки). Значительное число детей за послевоенные годы, кроме того, наблюдалось амбулаторно.

Возрастной состав больных, наблюдавшихся в стационаре: 2 недели — 1, 2 месяца — 1, 3 месяца — 1, от 6 до 12 месяцев — 10, от 1 года до 3 лет — 50, от 3 до 5 лет — 28, от 5 до 10 лет — 35 и от 10 до 14 лет — 22.

Двухнедельный ребенок и двухмесячный проглотили резиновую соску, ребенок 3 месяцев — английскую булавку. Из детей старше 3 месяцев 14 проглотили иголки, 11 — булавки, 17 — гвозди от 1,5 до 6 см длиной, 4 — винты, 2 — писчие перья, 2 — кусочки проволоки, 7 — кусочки лезвия безопасной бритвы, 5 — нагрудные значки, 1 — металлическую пепочку, 3 — английскую булавку, 8 — никелированные шарики, 5 — пуговицы, 11 — разные монеты, 4 — шайбы, 1 — ключик, 17 — кусочки стекла, 11 — кусочки термометра со ртутью, 22 — другие предметы.

Большинство больных, проглотивших инородное тело, на боли не жаловалось. Самостоятельные боли в животе отмечены лишь у 14% детей, боли при пальпации — у 10%, однократная или двукратная рвота — у 12%.

Проглоченные инородные тела выделились спустя 1—3 дня у 82% детей. Более 5 суток инородные тела оставались в желудочно-кишечном тракте в 4,5% наблюдений.

10 суток оставался металлический шарик у мальчика 5 лет, 8 дней — канцелярская булавка у 8-месячного ребенка. Из более крупных инородных тел, благополучно выделившихся через задний проход, отметим гвоздь длиной 6 см у мальчика 2 лет 9 месяцев и приколку для волос длиной 4 см у девочки 2 лет.

Проглатывание более одного инородного тела отмечено в наших наблюдениях всего 3 раза. Ребенок 1 года 8 месяцев проглотил одну за другой две двухкопеечные монеты. Обе выделились спустя двое суток. Двухлетняя девочка проглотила много кусочков лезвия безопасной бритвы. Болей в животе и рвоты не было. Кровь в кале не обнаружена. Спустя сутки при рентгеновском исследовании по ходу кишечника выявлено 15 мелких инородных тел. Еще через сутки при рентгенографии инородные тела определялись в прямой кишке. На следующий день в кале удалось найти 7 кусочков лезвия. На контрольной рентгенограмме теней металлических инородных тел не обнаружено. Девочка 1 года 9 месяцев проглотила 8 металлических шариков. На второй день они определялись в области слепой кишки, на третий — все выделились.

У двух из 11 детей, проглотивших кусочек стеклянного резервуара со ртутью медицинского термометра, ртуть на рентгенограммах не определялась. У восьми ртуть определялась в виде мелких металлических теней, как бы разбросанных по ходу кишечника. У одного ребенка, мальчика 3 лет, сутки спустя после того, как он проглотил кусочек термометра со ртутью, две металлические тени определялись на фоне правой подвздошной кишки и две — в прямой кишке. Металлическая ртуть на уровне крыла правой подвздошной кости определялась на протяжении 35 дней. После дачи бариевой взвеси рерос и ирригоскопии установлено, что ртуть находится в заполненном барием червеобразном отростке. Была произведена аппендэктомия (Х. И. Фельдман). Ртуть в виде шарика находилась в просвете отростка, близ его верхушки.

Остроконечные предметы (иголки, булавки, гвозди, кусочки проволоки, писчие перья, винты, кусочки лезвия безопасной бритвы) были проглочены 57 детьми. Ни у одного из них осложнения не наступило.

Только двое детей из 148 были подвергнуты гастротомии по поводу проглоченного инородного тела. Операция была предпринята в связи с длительным нахождением инородного тела на одном и том же месте. 20-копеечная монета при повторном рентгеновском исследовании на протяжении 16 дней определялась в желудке у мальчика 4 лет. Произведены гастротомия (Н. И. Черницкая) и удаление инородного тела. Во втором случае 8-месячная девочка проглотила пионерский значок. На протяжении 17 дней инородное тело оставалось в желудке. Удалено путем гастротомии (М. М. Басс). У обоих детей было благополучное течение послеоперационного периода.

ВЫВОДЫ

1. Наблюдение за детьми, проглотившими инородное тело не очень большого размера с гладкими краями, должно осуществляться амбулаторно при соответствующем инструктаже родителей. Проглотившие остроконечное инородное тело госпитализируются.

2. В неосложненных случаях нет оснований торопиться с оперативным вмешательством. При первых признаках раздражения брюшины показана экстренная операция.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бедрин А. В. Хирургия, 1960, 2.— 2. Доронин Ф. Н. Клин. мед., 1957, 11.— 3. Подмайстрович В. И. Нов. хир. арх., 1959, 6.— 4. Полищук С. М. Вест. хир. им. Грекова, 1958, 2.— 5. Постригинь П. А. Хирургия, 1958, 5.— 6. Сердюк М. П. Хирургия, 1960, 2.— 7. Терновский С. Д. В кн.: Хирургия детского возраста, М., 1959.— 8. Шалагин М. М. Казанский мед. ж., 1938, 7.— 9.— 9. Шпилько В. Н. Хирургия, 1959, 1.— 10. Barbier H. Zentralblatt f. Chir., 1959, N. 27.— 11. Ellis H., Wiley A. M. Brit. med. J., 1958, n. 5102.— 12. Gillette W. H., Zoltovski P. E. Am. J. Surgery, 1957, v. 94, n. 4.— 13. Croydson P., Greening J. R., Harris M. A. Brit. J. Rad., 1958, 31 (362).— 14. Plsek J. u. Bruneliki L. Rozhl. Chir., 1956, 35, 280.— 15. Remigolski L. Zentralblatt f. Chirurgie, 1958, N. 19.

Поступила 25 сентября 1961 г.