

Послеоперационный период протекал без особенностей. Рана зажила первичным натяжением. Выписана домой на 15-е сутки после операции под наблюдение хирурга, гастроэнтеролога, психоневролога.

Л., 8 лет, поступила 04.05.98 г. на плановую операцию по поводу удаления трихобезоара из желудка. Из анамнеза: в течение 3 лет мама отмечала у девочки привычку обкусывать кончики волос, а также периодическое выдергивание и съедание волос с головы куклы. В течение последних 3 месяцев девочка стала жаловаться на боли в эпигастрии, которые постепенно усиливались. По направлению участкового педиатра сделана ФЭГДС, во время которой был обнаружен гигантский трихобезоар желудка. Девочка направлена в ДРКБ на плановую операцию.

Состояние при поступлении удовлетворительное. Гипостеник, отстаёт в физическом развитии (дефицит массы тела — 6 кг). Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Язык обложен белым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот не вздут, симметричен, обычных размеров. Пальпаторно в эпигастриальной области и в левом подреберье определяется умеренно подвижное опухолевидное образование вытянутой формы. Пальпация его незначительно болезненна, раздражения брюшины нет. Физиологические отправления не нарушены.

Общий анализ крови: л. — $6,7 \cdot 10^9/\text{л}$, эр. — $4,38 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Hb — 131 г/л, п. — 1%, с. — 46 %, эоз. — 0%, мон. — 0%, лимф. — 53%.

Общий анализ мочи: светло-желтая, полупрозрачная, отн. пл. — 1011, белок — 0,08 г/л, л. — от 1 до 2, эр. — от 0 до 1 в поле зрения.

ФЭГДС: желудок содержит трихобезоар, заполнявший почти половину желудка в виде конгломерата длинных склеенных волос, завершающегося в луковиче двенадцатиперстной кишки. Попытки извлечь эндоскопическими инструментами оказались безуспешными, так как извлекались только тонкие пучки волос.

Под эндотрахеальным обезболиванием выполнена верхнесрединная лапаротомия. В косоперечном направлении вскрыт просвет желудка. Из раны желудка был извлечен трихобезоар, от которого тянулась “коса” в виде тонкого пучка волос длиной 40 см. Рана ушита.

Трихобезоар повторял контуры желудка, состоял из волос темного цвета (девочки) и светлых волос (куклы), размерами 18×9 см, масса — 150 г.

Течение послеоперационного периода было гладким. Выписана домой на 14-е сутки.

Диагностика трихобезоаров основана на проведении УЗИ, а также на данных ФЭГДС. Удаление эндоскопическим методом практически невозможно, так как к моменту поступления больного в клинику безоары достигают значительных размеров. Особенностью удаляемых трихобезоаров является наличие “косы”, которая уходит в дистальные отделы кишечника в виде пучка волос, что требует тщательной ревизии тонкого кишечника. В послеоперационном периоде необходимы лечение и длительное наблюдение у пси-

хотерапевта. Как видно, обращение детей в хирургический приемный покой с данным заболеванием возможно как в ургентном, так и в плановом порядке. При наличии пальпируемой опухоли следует проводить дифференциальную диагностику с онкологическими заболеваниями.

УДК 616—053.31—007

Г.З.Ахметзянова, А.Д. Клименко, А.П. Митюшкин, Н.Д. Юламанова (г. Нижнекамск). Синдром Патау

Беременная Ж., 37 лет, направлена на второй этап селективного скрининга по УЗИ из роддома с диагнозом: “Беременность 31—32 нед. Внутриматочная задержка развития плода, гестоз II половины беременности”. Ж. является работницей шинного завода с 17-летним трудовым стажем, имеет контакт с тяжелым бензином, аммиаком, формалином, пылью каолина и талька, окисью углерода, каучуком.

Масса тела пациентки — 64 кг, рост — 168 см, гипотелоризм глаз, остальные антропометрические данные пропорциональны.

По результатам УЗИ второго этапа: симметричная задержка развития плода, умеренное маловодие, клубникообразная форма головки, гипоплазия лицевого черепа, микрофтальмия (соответствует сроку беременности 24 нед.).



Рис. 1. УЗИ плода (объяснение в тексте).

Рекомендовано обследование на третьем уровне УЗИ в РКБ г. Казани. Ввиду позднего гестоза, АД, равного 180/100, решено провести терапию гестоза на месте.

На 4-е сутки после осмотра на УЗИ произошли самопроизвольные преждевременные роды живым недоношенным плодом женского пола (масса тела 1400 г, рост — 45 см, оценка по шкале Апгар — 1—2—4 балла).

Девочка интубирована, далее самостоятельное дыхание восстановилось. В родовом зале состояние ребенка оценено как перинатальная гипотрофия I степени; ателектазы легких; СДР I степени; недоношенность III степени; ЗВУРП III степени по гипотрофическому типу; дисморфический статус: истинная полидактилия правой кисти, ложная полидактилия левой кисти. Ребенок переведен в палату интенсивной терапии.

На 2-й день жизни девочка была осмотрена генетиком, взята кровь из пуповинной вены для

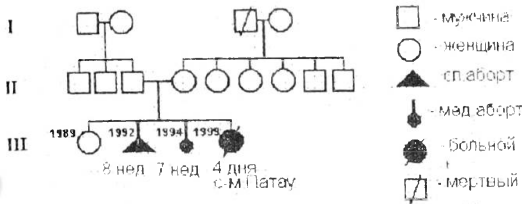


Рис. 2. Генеалогия беременной Ж.

анализа кариотипа. Генетиком ребенок клинически оценен как дисморфический со следующими стигмами дисэмбриогенеза: микроцефалия, узкие глазные щели, западающая переносица, микрофтальмия, деформированные, низко расположенные ушные раковины, постаксиальная полидактилия правой кисти и кожный постаксиальный рудимент левой кисти, поперечная ладонная складка. Предварительный диагноз: хромосомная патология, возможно, трисомия по хромосоме 13 или 18.

При цитогенетическом исследовании установлено: кариотип 47,XX,+13 (аномальный, женский, регулярная трисомия по хромосоме 13 при доле аномального клеточного клона среди проанализированных метафаз 100%). Проанализировано 30 метафазных пластинок с применением дифференциальной окраски хромосом по G-методу.

На 4-е сутки ребенок умер, направлен на патологоанатомическую верификацию в прозекторскую городскую больницы № 3.

Заключение патологоанатома: ателектазы легких, недоношенность III степени, полидактилия правой кисти, ложная полидактилия левой кисти, микроцефалия, отсутствие средней доли правого легкого, гипоплазия тимуса.

Дети с синдромом Патау живут недолго — 95% таких больных умирают до одного года. В возрасте старше 3 лет остаются в живых лишь единицы, в основном в мозаичными формами. Все выжившие дети с синдромом Патау страдают умственной отсталостью в степени глубокой идиотии. В литературе имеется ряд сообщений о детях с частичной трисомией хромосомы 13, появившейся в результате сегрегации сбалансированных транслокаций при родительском носительстве.

Данный случай мы рассматриваем как типичный пример мейотического нерасхождения хромосом, обусловленного возрастом матери.

УДК 616.211/232—003.6—089.878

И.К. Едиханов (г. Нижнекамск). Инородные тела дыхательных путей у детей

Аспирация инородных тел в дыхательные пути составляет 3—5% от всех случаев острых дыхательных расстройств и является таким образом относительно частой проблемой в детских стационарах. Пребывание инородного тела в дыхательных путях нередко вызывает рецидивирующие приступы удушья и вторичные воспалительные изменения в легких. В типичных случаях диагноз не представляет трудностей. Важными анамnestическими данными являются указания родите-

лей ребенка на аспирацию им того или иного предмета.

Клинические проявления зависят от характера, размера и локализации инородного тела. Ведущим симптомом служит кашель, который возникает сразу после аспирации. Первоначально инородные тела баллотируют в трахее и поэтому дают бурную картину удушья и судорожного кашля. В дальнейшем инородное тело перемещается в бронх, приступы кашля становятся реже или прекращаются. Причиной диагностических ошибок и несправильного лечения служат бессимптомная аспирация и атипичное течение заболевания. Точный диагноз без рентгенологического и бронхологического исследований установить невозможно.

В условиях межрайонного детского хирургического отделения нами бронхоскопически обследованы по поводу хронического или подострого бронхолегочного процесса, инородного тела 438 детей. Инородные тела бронхов были выявлены у 51 (12,8%) ребенка. В первые сутки поступили 39 (76%) детей, через 2—5 дней — 4 (8%), позже 5 дней — 8 (16%). Дети, аспирировавшие инородные тела в дыхательные пути, в большинстве случаев (93%) были в возрасте до 5 лет. Среди поступивших в поздние сроки было больше детей первых 3 лет жизни с неясным анамнезом относительно аспирации инородного тела. Локализация инородного тела чаще в правом бронхе (76%) объясняется особенностями бронхиальной системы у детей.

Аспирированные инородные тела органического происхождения составили 80% (преимущественно семена арбуза и подсолнуха, ядра орехов или их скорлупа, колосья злаков и т.д.), металлические тела — 8% (английская булавка, шуруп, болт, фольга и т.д.), пластмассовые изделия и другие предметы — 12%. Анамnestические данные, убедительно свидетельствовавшие об аспирации, были в 84% случаев. Недостаточно проявленное внимание в сборе анамнеза заболевания, неоправданно длительное лечение детей с острой и затяжной бронхолегочной патологией при отсутствии положительной динамики привели в 16% случаев к серьезным осложнениям.

Под нашим наблюдением находились двое больных (возраст — 3,5 и 4 года) с острым нагноением нижней доли правого легкого, длительно леченных в пульмонологическом отделении. Во время санационно-диагностической бронхоскопии у одного больного был удален по частям колосок, у другого — кусочек резины. Эти дети были прооперированы по поводу развившихся бронхоэктазов нижней доли правого легкого.

Лечебная тактика при поступлении ребенка с наличием инородного тела дыхательных путей или подозрением на него была традиционной. В 6% наблюдений потребовались две и более бронхоскопии для извлечения преимущественно множественных, а также крупных инородных тел органического происхождения, которые пришлось удалять дроблением или извлекать вместе с тубусом бронхоскопа.

Летальность составила 3,9% (умерли двое больных). У одного больного смерть наступила в результате развившейся легочно-сердечной недоста-