

Н. А. Черкасова, З. Х. Ёжасо (Казань). Катамнез детей с хроническими заболеваниями органов пищеварения

Гастроэнтерологические заболевания, возникнув в детском возрасте, при недостаточно длительном лечении и отсутствии диспансерного наблюдения нередко принимают хроническое течение и приводят к тяжелым заболеваниям у взрослых. В связи с этим нами изучен катамнез 126 детей, получивших в больнице комплексное лечение по поводу гастродуоденитов и холепатий. Под наблюдением находились дети в возрасте от 5 до 15 лет, из них 74,5% были школьного возраста (девочек — 95, мальчиков — 31).

Отдаленные результаты стационарного лечения прослежены на сроках от 2 до 5 лет. Дети приглашались в поликлинику, где проводился опрос и объективный осмотр. Большое значение придавалось подробному анамнезу: выяснялось соблюдение режима питания в школе и дома, при наличии рецидива выявлялись сроки появления болей в животе и диспептических расстройств, обращалось внимание на связь обострения с перенесенными заболеваниями, а также на проведение противорецидивного лечения, включая санаторное.

Изучение катамнеза у детей с обострением показало, что только у одной трети из них после однократного лечения в стационаре наблюдается ремиссия длительностью до 4—5 лет. Эти дети получали диетическое питание, противорецидивное лечение в осенне-весеннее время, включающее питье минеральной воды, тюбажи по Демьянову, комплекс витаминов, медикаментозные желчегонные средства, настой лекарственных трав. Из них 12 детей лечились в санаториях Железноводска, Ессентуков и др.

У остальных детей (85) наблюдались рецидивы заболевания на различных сроках после проведенного стационарного лечения: у 23% — через 5—6 мес после выписки, у 27% — через 1—1,5 года и у 50% — через 2—3 года. Обострение заболевания чаще возникало при сочетанном поражении желудка и желчных путей. Диагностическими критериями обострения являлись боли в животе, нередко связанные с приемом пищи, диспептические расстройства — тошнота, рвота, изжога, извращение аппетита. У части детей отмечалось отставание в физическом развитии, у большинства — бледность и сухость кожи, болезненность при пальпации живота в эпигастральной области и правом подреберье, положительные симптомы Керра, Ортугера, Мерфи, обложенность языка.

Все эти дети не были охвачены достаточно полным диспансерным наблюдением, противорецидивное лечение получали нерегулярно, диетотерапия проводилась только короткое время после стационарного лечения.

На основании изучения катамнеза выявлено, что однократное лечение в стационаре является недостаточным для полного выздоровления таких больных. Диспансерное наблюдение необходимо проводить в течение не менее 5 лет. Обязательны проведение осенне-весенней профилактики обострения заболевания, четкая организация диетического питания в школах и санаторного лечения в пионерских лагерях или в профилизованных отделениях детских больниц.

УДК 618.31

З. Х. Гафурова, И. К. Сингатуллин, С. М. Солодков (Мамадыш, ТАССР). Брюшная беременность

И., 35 лет, поступила в родильное отделение ЦРБ 14/V 1980 г. с диагнозом: беременность 40 нед. 2-е срочные роды, поперечное положение плода, предлежание плаценты.

Состояла под наблюдением женской консультации с 8 нед беременности. Посетила консультацию 18 раз. Данная беременность пятая. 1-я беременность закончилась нормальными срочными родами, масса плода — 3200 г, ребенок умер в возрасте 6 мес от пневмонии. 2, 3, 4-я беременности закончились медицинскими абортми без осложнений. При сроке 12 нед последней (5-й) беременности появились симптомы угрожающего выкидыша, лечилась стационарно, выписана в удовлетворительном состоянии. Беременность сохранена. В дальнейшем положение плода было поперечным, сердцебиение глухим. Анализы крови и мочи — в пределах нормы.

Данные общего и акушерского обследования: беременная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, температура — 36,7°, пульс — 76 уд в 1 мин, удовлетворительного наполнения. АД — 110/70 мм рт. ст.

Живот мягкий, увеличен в соответствии со сроком беременности, привлекает внимание некоторая распластанность поверхности живота, контуры матки не пальпируются. Окружность живота на уровне пупка — 110 см. Высота стояния дна матки точно не определяется.

При обследовании с помощью наружных акушерских приемов установлено поперечное положение плода, слева обнаружена округлая плотная часть, справа — крупная часть, но более мягкой консистенции. При движении плода отмечено, что его