

**Н. А. Черкасова, З. Х. Ъжассо (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 холециститов. 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-весенне время, включающее питье минеральной воды, тюбажи по Демьянову, комплекс витаминов, медикаментозные желчегонные средства, настой лекарственных трав. Из них 12 детей лечились в санаториях Железнодорожного, Ессентуков и др.

У остальных детей (85) наблюдалась 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 Кера, Ортнера, 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 профилированных отделениях детских больниц.

**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 абортами 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

мелкие части находятся как будто под кожей. Рентгенография подтвердила поперечное положение плода. Сердцебиение плода — 136 уд. в 1 мин, глуховатое.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки сформирована, длиной 1,5 см, наружный зев пропускает кончик пальца. Предлежащая часть над входом в малый таз не определяется. Через влагалищные своды в малом тазу выявляется образование размером  $10 \times 15$  см, мягкой консистенции с ровными краями, подвижное. Мыс недостигим. Родовая деятельность отсутствует.

Предварительный диагноз: беременность 40 нед, поперечное положение плода, предлежание плаценты?

План ведения родов: постоянное наблюдение за беременной до появления родовой деятельности. 14/V 1980 г. началась родовая деятельность, схватки через 25—30 мин по 15 с, слабые. Однако сокращения матки отсутствуют. В 17 ч схватки прекратились. Состояние роженицы удовлетворительное. АД — 110/70 мм рт. ст., пульс — 84 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения, температура — 36,7°, ночью спала, диурез не нарушен.

15/V утром состояние роженицы также удовлетворительное, жалоб нет. Родовая деятельность отсутствует, АД 110/70 мм рт. ст., пульс 84 уд. в 1 мин, температура — 37,4°. Для выяснения акушерской ситуации произведено влагалищное исследование: шейка матки сформирована, длиной 1,5 см, наружный зев пропускает кончик пальца. Предлежащая часть над входом в малый таз не определяется. Через влагалищные своды в малом тазу выявляется образование размером  $10 \times 15$  см, мягкой консистенции с ровными краями, подвижное.

Диагноз: беременность 40 нед, поперечное положение плода, предлежание плаценты (?), подозрение на брюшную беременность. Основанием для родоразрешения операции кесарева сечения являлись: 1) отсутствие родовой деятельности, 2) неподготовленность родовых путей для родоразрешения через естественные родовые пути, 3) поперечное положение плода, 4) предлежание плаценты (?), 5) подозрение на брюшную беременность.

15/V в 10 ч после предварительной предоперационной подготовки произведена нижнесрединная лапаротомия. При вскрытии брюшной полости излилось около 300 мл околоплодных вод с мекониальной примесью.

При ревизии обнаружен измененный сальник, который прикрывает плод, свободно расположенный в брюшной полости. Сальник синюшного цвета имеет два отверстия размерами по  $10 \times 15$  см. Через одно из них выпала ручка плода. Через это же отверстие извлечен живой плод женского пола массой 3300 г, с врожденными уродствами — косолапостью обеих ног, деформированными ушными раковинами и носом (см. рис.).

Плод располагался свободно в брюшной полости в поперечном положении, его головка находилась в левом подреберье. Вместе с тем для плода образовали спереди и с боков сальник, сверху — поперечная ободочная кишка и ее брыжейка, сзади — свободно лежащие петли тонкого кишечника, снизу — тело матки и левые придатки. Плацента была прикреплена к париетальной брюшине левой половины таза, левым придаткам, к задней стенке матки.

Размеры плаценты —  $15 \times 20$  см. Прикрепление пуповины центральное. Матка увеличена до уровня 12—13 нед беременности, синюшного цвета, подвижная. Следов разрывов и рубцов не обнаружено. Матка смешена вправо.

Произведено удаление большого сальника, левых придатков с плацентарной тканью. Выполнена ревизия органов брюшной полости, патологии не обнаружено, гемостаз. Операционная рана послойно ушита наглухо. Заживление произошло первичным натяжением. Послеперационный период протекал без осложнений, родильница выписана домой в удовлетворительном состоянии на 15-й день.

Можно предположить, что данная беременность развивалась в брюшной полости с самого начала, так как симптомы угрожаемого выкидыша появились только при сроке 12 нед беременности, при котором трубный выкидыш исключен.

