

При поступлении в санаторий детей осматривают педиатр, эндокринолог, врач лечебной физкультуры и физиотерапии, стоматолог. Обследование включает анализы крови, мочи и кала. Согласно нашим данным, у детей часты нарушения осанки, функциональные сколиозы, плоскостопие (59,3% детей), патологии эндокринной системы — отставание в физическом развитии, эндемический диффузный зоб, крипторхизм (у 31,4%). У 16,7% детей с гастритами, дискинезиями желчевыводящих путей имели место гельминтозы в виде энтеробиоза и лямблиоза. Заболевания костной системы были выявлены у 230 (59,3%) детей 4—6 лет и у 146 (61,6%) детей 7—10 лет, заболевания эндокринной системы — соответственно у 122 (31,4%) и 75 (31,6%). Потребовалось одновременное лечение и этих заболеваний.

В результате оздоровления детей в условиях нашего санатория в 1997 г. со значительным улучшением были выписаны 192 (25,7%) ребенка, просто с улучшением — 549 (63,1%), без перемен в состоянии здоровья — 9 (1,2%), в 1998 г. — соответственно 220 (35,2%), 375 (60%), 5 (0,8%).

Критериями эффективности были улучшение психоэмоционального тонуса детей, отсутствие жалоб, положительная динамика антропометрических, гематологических показателей и функциональных проб. Эффективность данного оздоровительного комплекса у часто болеющих детей проанализирована по частоте зарегистрированной заболеваемости за 1998—1999 гг. (форма 112): она снизилась в 2 раза.

УДК 616.344—007.64—002—007.2.56 + 616.61 + 616.007.21

О.Ю. Карпунин, С.Н. Коломенский, Ю.В. Аражанов, А.А. Гильмутдинов, Е.В. Черенков, А.В. Абдульнов (Казань). Сочетание болезни Хиршпрунга, мальротации, дивертикула ободочной кишки и аплазии почки

Болезнь Хиршпрунга относят к порокам развития наследственной этиологии. Это довольно распространенное заболевание, его частота определяется как 1:5000 родившихся. Сопутствующая патология, в том числе синдром Дауна, врожденные аномалии мочевыводящих путей и сердца встречаются в 2—11% всех случаев болезни Хиршпрунга. О единичных наблюдениях сочетания болезни Хиршпрунга с атрезией ануса и мальротацией упоминается в зарубежной литературе.

Мы наблюдали пациента, у которого болезнь Хиршпрунга сочеталась с мальротацией, дивертикулом ободочной кишки и аплазией почки. Кроме того, пациент в детстве был оперирован по поводу атрезии анального канала, стриктуры шейки мочевого пузыря и нейрогенного мочевого пузыря. Такое сочетание разнообразных пороков развития у одного пациента заслуживает, на наш взгляд, особого внимания.

З., 17 лет, поступил в отделение колопроктологии РКБ МЗ РТ 26.09.1997 г. с жалобами на отсутствие самостоятельного стула, боли в животе, нарастающие по мере увеличения продолжительности задержки стула, метеоризм. Нарушения дефекации, со слов матери, отмечались с рожде-

ния, причем запоры в детстве были очень упорными и стул вызывали только с помощью очистительных клизм. Однако с возраста 7—16 лет отмечается улучшение эвакуаторной функции толстой кишки. В последние 6 месяцев опорожнение кишечника было возможно только с помощью очистительных клизм. При рождении (1980) выполнена колостомия по Ленюшкину по поводу атрезии анального канала, в 1981 г. — промежуточная проктопластика. В 1982 г. произведены закрытие колостомы, цистокутанеопластика по поводу нейрогенного мочевого пузыря, стриктуры шейки мочевого пузыря, вторичного уретрогидронефроза единственной почки, осложненного хроническим пиелонефритом. В 1996 г. проведена антирефлюксная операция (дубликатура мышечной стенки мочевого пузыря) с закрытием цистокутанеостомы.

Общее состояние удовлетворительное, больной пониженной упитанности. Частота пульса — 70 уд/мин, АД — 16,0/9,3 кПа (120/70 мм Нг). Язык влажный, обложен белым налетом. Живот увеличен в объеме, асимметричен за счет выбухания левой половины, в акте дыхания участвует, мягкий, умеренно болезненный в левой половине, где пальпируется увеличенная в объеме, плотная, подвижная сигмовидная кишка. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный.

Осмотр в гинекологическом кресле: перинальная кожа без признаков воспаления. Мышечная структура сфинктера отчетливо пальпируется только по правой боковой полуокружности, его тонус резко ослаблен. Ампула прямой кишки заполнена копролитами, расширена. Заднепроходное отверстие зияет после извлечения пальца.

Ирригोगрафия: определяются резкое расширение прямой и сигмовидной кишок (их диаметр достигает 10—12 см), а также удлинение последней. Большая часть толстой кишки располагается в левом боковом отделе живота.

Тотальная колоноскопия: ампула прямой кишки и сигмовидная кишка резко расширены. В восходящем отделе ободочной кишки обнаружена деформация стенки с образованием слепого кармана.

УЗИ: правая почка не визуализируется, отмечена гидронефротическая трансформация левой почки. Ее размеры — 135 × 69 см, паренхима — 20 мм, опечная, лоханка — 38 мм, чашечки до 8,5 см, проксимальный отдел мочеточника — 15 мм. Мочеточник визуализируется не на всем протяжении, расширен до 8 мм, мочевого пузыря без особенностей.

Экскреторная урограмма: через 10 минут после введения контрастного вещества заполнило чашечки, лоханку и мочеточник до мочевого пузыря. Определяется расширение чашечек, лоханки и верхних отделов мочеточника. Правая почка и мочеточник не визуализируются.

Сфинктерометрия: отмечено резкое ослабление тонуса сфинктера в покое и при волевом усилии. Анализ крови: эр.—3,8 · 10¹²/л, Hb — 7,2 ммоль/л, л.—7,5 · 10⁹/л, эоз.—6%, п.—2%, с.—57%, лимф.—35%, СОЭ — 25 мм/ч. Уровень общего белка крови — 67,4 г/л, общего билирубина — 10,7 мкмоль/л, прямого — 2,6 мкмоль/л, глюкозы крови —

4,2 ммоль/л, калия — 4,0 ммоль/л, натрия плазмы — 143,5 ммоль/л, мочевины — 5,5 ммоль/л, активности амилазы крови — 1,6 мккат/л.

Общий анализ мочи: содержание белка — 0,099 г/л, отн. пл. — 1,013, л. — 1—2—3 в поле зрения.

Консультация уролога: гидронефротическая трансформация единственной почки, хронический пиелонефрит в фазе ремиссии. На момент осмотра нарушения уродинамики не выявлено.

В связи с хронической обтурационной толстокишечной непроходимостью на фоне наданальной формы болезни Хиршспрунга в стадии декомпенсации больному было необходимо оперативное лечение. Предоперационная подготовка включала курс инфузионной терапии и ежедневные сифоновые очистительные клизмы.

22.10.1997 г. выполнена операция Дюамеля в модификации НИИ проктологии, заключающаяся в максимальном удалении аганглионарной зоны с созданием короткой культи прямой кишки, предотвращении повреждения внутреннего сфинктера анального жома, двухэтапном формировании колоректального анастомоза. При ревизии органов брюшной полости отмечено резкое расширение прямой и сигмовидной кишок, удлинение сигмовидной кишки. Вышележащие отделы ободочной кишки не расширены. Вся тонкая кишка располагалась в правой половине брюшной полости, а толстая — в левой. В восходящем отделе ободочной кишки обнаружен дивертикул (3×4 см).

Проведена мобилизация нисходящей, сигмовидной и прямой кишок. Прямая кишка прошита аппаратом УКЛ и пересечена на уровне 7 см от края ануса. Линия механических швов погружена дополнительно наложенными узловыми серозно-мышечными шелковыми швами. Расширенные отделы прямой и сигмовидной кишок инвезированы до уровня функционирующей части ободочной кишки через окно в задней стенке культи прямой кишки над верхней границей внутреннего сфинктера. Выполнена резекция дивертикула восходящего отдела ободочной кишки с ушиванием кишечной раны двумя рядами узловых капроновых швов. На втором этапе хирургического вмешательства (через 12 дней) произведено отсечение избытка инвезированной кишки с формированием колоректального анастомоза.

Послеоперационное течение было гладким. Стул — до 5—6 раз в сутки, при этом больной не удерживает кашицеобразный и жидкий стул, газы. Отмечены восстановление ощущения позыва к дефекации, возможность дифференцировать характер кишечного содержимого.

По поводу анальной инконтиненции III степени больной повторно госпитализирован через 3 месяца 02.02.1998 г. Под эпидурально-сакральной анестезией выполнена сфинктероглютеопластика лоскутом левой большой ягодичной мышцы. Мобилизованный лоскут на сосудисто-нервном пучке проведен через подкожный тоннель по левой полуокружности заднего прохода и подшит справа к выделенному из рубцов краю жома.

Больной выписан 13.02.98 г. на 11-й день после операции. Осмотрен через 6 месяцев, жалоб нет. Стул — от 2 до 3 раз в сутки. Функция удерживания кишечного содержимого удовлетворительная.

Таким образом, совокупность описанных врожденных аномалий требует продолжительного и многоэтапного лечения у хирургов, колопроктологов, урологов и других специалистов детской и взрослой сети лечебных учреждений.

УДК 616—002.5

Р.А. Залялиев, И.Ф. Махмутов, В.Т. Убасев (Казань). Случай генерализованного туберкулеза

З., 42 лет, работал охранником овощной базы. Переведен из 1-й инфекционной больницы в городскую туберкулезную больницу г. Казани 03.02.1998 г. по поводу диссеминированного туберкулеза легких ВК(—), правостороннего осумкованного плеврита и туберкулезного менингита.

Заболев в конце декабря 1997 г.: появились головные боли, слабость, ухудшился аппетит. Через 2 недели интенсивность головных болей усилилась с локализацией в основном в лобной и височной области. В середине января 1998 г. его стали беспокоить тошнота и рвота до 2—3 раз в сутки, температура тела повысилась до 38—39°C. Однако больной продолжал работать. В конце января общее состояние резко ухудшилось. 31 января он был госпитализирован в 1-ю инфекционную больницу г. Казани.

Объективно: сознание ясное, на вопросы отвечал по существу, ориентирован в пространстве и во времени. Ригидность затылочных мышц на 2 п/п, которая постепенно нарастала до 4 п/п. Симптом Кернига—Брудзинского отрицательный. Над легкими выслушивались жесткое дыхание, рассеянные сухие и свистящие хрипы. Частота дыхания — 20 в 1 мин. Тоны сердца приглушены. Пульс — 72 уд. в 1 мин, ритмичный. АД — 160/100 мм Нг. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

В анамнезе отмечены частые ОРЗ, грипп, частые травмы головного мозга, что подтверждалось наличием в затылочной области костной плотности, опухолевидными образованиями диаметром 2×3 см; облитерирующий эндартериит; хронический бронхит с частыми обострениями; хронический алкоголизм. Больной имел бытовой контакт с другом, больным туберкулезом легких, профилактические осмотры проходил регулярно.

Общий анализ крови: л. — $9,8 \cdot 10^9$ /л, умеренно увеличенная СОЭ до 12 мм/ч, палочкоядерный сдвиг лейкоформулы до 30%, Нв — 118 г/л, эр. — $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, тромбоц. — $218 \cdot 10^9$ /л, цв. показатель — 0,92. Свертываемость крови по Сухареву — 4 мин 10 с. Длительность кровотечения по Дукe — 1 мин.

Общий анализ мочи: содержание белка — 0,37‰, л. — в большом количестве (моча выпущена резиновым катетером).

Рентгенография черепа в 2 проекциях: патологии не найдено.

Рентгенография и рентгеноскопия органов грудной клетки показали с обеих сторон на всем протяжении, больше в верхнесреднем легочном полях, мелкие диссеминированные очаги, затенение наружного френико-костального синуса справа за счет плеврального выпота с затеканием в малую межлолевую щель.