

роэлементный состав только пузырной желчи, полученной непосредственно из желчного пузыря во время холецистэктомии. Определены высокая степень насыщения Sr ($P < 0,001$ относительно контроля) и выраженное снижение уровня Zn (практически в 3 раза относительно контроля), Pb (в 4 раза меньше, чем в контроле, и в 7 раз ниже, чем при холецистохолангите) и Ca (более чем в 3 раза ниже, чем при холецистохолангите).

Анализ динамики концентраций Pb, Ca и Zn в пузырной желчи по мере усугубления билиарной патологии позволяет предположить, что прогрессирующее насыщение желчи данными металлами у больных ДЖВП и холецистохолангитом приводит к ее дестабилизации, потере агрегативной устойчивости. Результаты исследования микроэлементного состава конкрементов подтверждают данную гипотезу — все изучаемые металлы встречаются как в пигментных, так и в холестериновых камнях, причем их концентрации в пигментных камнях существенно выше, чем в холестериновых (табл. 2).

Таким образом, у детей с билиарной патоло-

Таблица 2

Содержание Zn, Pb, Sr, Ca в пигментных и холестериновых конкрементах (мкг/г сырого веса)

Металл, мкг/г	Диапазон колебаний концентраций	
	пигментные камни (n=4) массой от 16,7 до 224,1 мг	холестериновые камни (n=8) массой от 185 до 2850 мг
Zn	48,2 — 192,8	0,9 — 5,7
Pb	85,3 — 238,9	1,62 — 3,8
Ca	4119,4 — 64732,2	48,5 — 62,8
Sr	12,1 — 39,4	1,08 — 3,2

гией выявлены существенные изменения микроэлементного гомеостаза сыворотки крови и желчи, связанные с выраженностью воспалительного процесса в желчевыводящих путях и нарушением литогенных свойств желчи.

УДК 616—053.2—003.747.2

П.Н. Гребнев, Я.М. Мустафин, В.И. Булашов, М.В. Таяшин, О.М. Сучков, А.В. Андреев, Г.Ф. Хабибуллина (Казань). Два случая трихобезоара желудочно-кишечного тракта у детей

Трихобезоары относятся к редким инородным телам желудочно-кишечного тракта. Они чаще возникают у девочек, имеющих вредную привычку откусывать и заглатывать волосы. Постепенно в желудке образуется трудноразделимый клубок волос, напоминающий опухоль. В своей практике мы наблюдали два случая трихобезоара желудочно-кишечного тракта у девочек 7 и 8 лет.

П., 7 лет, заболела 02.04.98 г., когда появились многократная рвота, боли во всех отделах живота. Ночь провела беспокойно. 03.04.98 г. участковым педиатром девочка была направлена в 1-ю детскую больницу, откуда службой скорой помощи переведена в ДРКБ с диагнозом: инвагинация кишечника (?).

При поступлении жалобы на постоянные средней интенсивности боли в эпигастриальной и околопупочной областях, тошноту, многократную рвоту. Со слов родителей, девочка больна в течение 2 лет: беспокоили хронические запоры (стул один раз в 3 дня, периодически с примесью крови), преходящие боли в животе. Мама ребенка в течение последних 3 лет отмечала, что девочка периодически обкусывала кончики волос, а также собирала и ела волосы с пола.

До 3 лет ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРЗ. На учете у психоневролога не состояла.

Состояние при поступлении в клинику средней тяжести. Ребенок гипостеник, отстает в физическом развитии (дефицит массы тела — 5 кг). Кожные покровы бледные, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита удовлетворительно, распределена равномерно. Видимые слизистые чистые, суховатые. Температура субфебрильная. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания — 20 в 1 мин. Границы сердца не расширены. Тоны ритмичные, приглушенные, тахикардия. Ps — 120 в 1 мин. АД — 100/60 мм Hg. Губы сухие, язык обложен белым налетом, сухой. Живот правильной формы, симметричен, участвует в акте дыхания, не вздут. Пальпаторно в области мезогастрия определялось опухолевидное образование (10×5 см) плотной консистенции, подвижное, умеренно болезненное, с четкими контурами. Раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: л. — $9,35 \cdot 10^9$ /л, эр. — $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, Hb — 135 г/л, п. — 2%, с. — 88%, эоз. — 0%, мон. — 0%, лимф. — 10%.

Общий анализ мочи: светло-желтая, мутная, следы белка, ацетон 3+, эр. — от 5 до 10 св. в поле зрения, слизь 3+.

Кислотно-щелочное состояние: умеренный метаболический ацидоз, гипокалиемия, гипонатриемия.

В отделении с учетом наличия признаков интоксикации и экзикоза начата предоперационная подготовка. После инфузионной терапии была проведена диагностическая лапароскопия. Эндоскопически визуализация опухолевидного образования была невозможна из-за раздутых петель кишечника, в связи с этим было решено перейти на лапаротомию.

Под эндотрахеальным обезболиванием выполнена средне-срединная лапаротомия. Петли кишечника резко раздуты, гиперемированы. При ревизии: на расстоянии 2 м 10 см от илеоцекального угла кишечник спавшийся. В просвете его определяется колбасовидное образование размерами 10×5 см, плотное, неразминаемое. Стенка кишки распластана на данном образовании. С большим трудом удалось эвакуировать содержимое методом выдавливания в толстую кишку и затем низвести за пределы прямой кишки. Инородное тело было представлено трихобезоаром размерами 10×5 см, повторяющим контуры подвздошной кишки, плотный, не разламывается. На разрезе состоит из волос и непереваренных остатков пищи. Масса — 115г.

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

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. — $6,7 \cdot 10^9$ /л, эр. — $4,38 \cdot 10^{12}$ /л, Нв — 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 луковице двенадцатиперстной кишки. Попытки извлечь эндоскопическими инструментами оказались безуспешными, так как извлекались только тонкие пучки волос.

Под эндотрахеальным обезболиванием выполнена верхнесрединная лапаротомия. В косо-поперечном 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. Внутритробная 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