

Литература:

1. Брюханов А.В., Васильев А.Ю. «МРТ в остеологии» М.: Медицина, 2006.
2. Райзер М., А. Баур–Мельник «Костно–мышечная система»,– М.: «МЕДпресс–информ», 2014.
3. Рейнберг С.А. «Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов». – М.: Медицина, 1964.
4. Эрнест И., Руммени «Магнитно–резонансная томография тела», М.«МЕДпресс–информ», 2014.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЕННОГО БЕЗОАРА У ДЕВОЧКИ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

Гижа Л.Ю., Стеник Р.В., Цюпка Б.В., Гижа Б.И.,
Мальваный Б.Я., Билобрывка Т.Р.

*Львовский национальный медицинский университет им. Д. Галицкого
Львовская областная детская клиническая больница «ОХМАТДЕТ»*

Введение. Безоары – это инородные тела, которые формируются в желудочно-кишечном тракте, после заглатывания веществ, которые не перевариваются, а накапливаются, соединяясь со слизью и частичками пищи. Чаще всего безоары обнаруживают в желудке. По своему составу они делятся на: трихобезоар (волос), фитобезоар (продукты растительного происхождения), шеллакобезоар (смола и битум), себобезоар (тугоплавкие животные жиры), гемобезоар (сгустки крови), лактобезоар (лактоза и казеин – у недоношенных детей) и полибезоар (смешанный). У детей чаще встречается фито- и трихобезоар. Фитобезоар может возникать после употребления большого количества хурмы, кизила, винограда, дикой груши, кукурузы. Трихобезоар возникает в основном у девочек, в результате психических расстройств и вредной привычки – трихотиломании, что сопровождается вырыванием и проглатыванием волос [2, 4].

Клиническая картина безоара зависит от его размера, локализации, структуры и давности заболевания, на начальных стадиях она – малосимптомная. Впоследствии появляются боль и тяжесть в эпигастральной области, тошнота, рвота, потеря массы тела. Особого внимания заслуживают осложнения безоаров, которые хоть возникают редко, однако несут большую опасность для здоровья и жизни ребенка. Низкая осведомленность и невысокая частота клинических случаев безоаров в педиатрической практике также является предрасполагающим фактором развития таких осложнений, как пролежень, перфорация и обтурационная непроходимость кишечника [1, 3].

Результаты и их обсуждение. 02.04.15 г. в 19.00 в хирургическое отделение ЛОДКБ «ОХМАТДЕТ» поступила девочка 13 лет из школы-

интерната с диагнозом: разлитой перитонит неясного генеза. Из-за глубокой умственной отсталости и нарушения речи, выяснить жалобы и собрать анамнез не удалось. При осмотре кожные покровы землистого цвета. Выраженные явления интоксикации. Субфебрилитет. Живот увеличен в объеме, при пальпации «доскообразный», перистальтика не выслушивается, выраженные признаки перитонита. В общем анализе крови: анемия, лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличенное СОЭ. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости – признаки кишечной непроходимости. Предоперационный диагноз – перитонит, кишечная непроходимость.

03.04.15г. 00:10. Операция. Срединная лапаротомия. В брюшной полости имеется липкий, прозрачный выпот в умеренном количестве. При ревизии тонкого кишечника, на расстоянии 30 см от связки Трейца, выявлено резко увеличенную тощую кишку диаметром до 8 см, на протяжении 50 см, за счет туго наполненного содержания. На участке растянутого кишечника выявлены множественные перфорации от 0,5 до 2 см в диаметре. Через наиболее крупную перфорацию эвакуировано большое количество синтетических шнуров, тканевого материала и листьев, общим объемом до 1,0 л. Проведена резекция измененной части голодной кишки до 50 см, наложен анастомоз конец-в-конец. При дальнейшей ревизии выявлен резко увеличенный и плотно наполненный желудок. Гастротомия до 4 см. Из желудка удалено содержимое, аналогичное предыдущему, объемом до 1,5 л. Рана желудка зашита. Брюшную полость санировали и дренировали латексными выпускниками через контрапертурные разрезы. Контроль гемостаза. Послойное закрытие брюшной полости.

Послеоперационный период осложнился эвентрацией кишечника, по поводу чего 18.04.15 г. проведена релапаротомия, устранена эвентрация кишечника. 19.05.15 г. девочка выписана в удовлетворительном состоянии по месту жительства.

Выводы:

1. В практике детского хирурга безоары встречаются крайне редко, что приводит к низкой настороженности относительно данной патологии, особенно если пациент – ребенок с психическими расстройствами.
2. При возможности необходимо проводить УЗИ обследования у детей с перитонитом неясного генеза, что может указать на причину его возникновения.
3. Проводить санитарно-просветительную работу с персоналом школ-интернатов, где находятся дети с психическими заболеваниями.

Литература:

1. Антропова Е.С., Лаврукова О.С., Зигинова Т.М. Редкий случай осложнения безоара желудочно-кишечного тракта // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2.

2. Еловой М.М., Борозна В.Г., Кухтарев А.А., Разумова Т.Е. Трихобезоары желудка и тонкой кишки у детей // Новости хирургии. – 2012. – № 2. – С. 96–100.
3. Маховский В.З., Ворушили В.А., Печенкин Е.В. Фитобезоар как причина острой тонкокишечной непроходимости.– Хирургия, 2005. – №7. – С. 54–55.
4. Сидоров П.И., Михеева В.В. Трихобезоар желудочно-кишечного тракта в клинике детского невроза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2000. – № 2. – С. 59–60.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ КАК ПРИЧИНЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ КИШЕЧНОЙ ТРУБКИ

Гисак С.Н., Кадушев В.Э., Черных А.В., Глухов А.А., Вечеркин В.А., Птицын В.А., Пархисенко В.Ю., Баранов Д.А.

ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко МЗ РФ», Россия

Введение. Инвагинация кишечника, являющаяся одним из наиболее трудно диагностируемых хирургических заболеваний у детей, с еще сохраняющимися диагностическими ошибками, летальностью, требует совершенствования способов диагностики данной патологии.

Цель исследований – повысить качество диагностики инвагинации кишечника у детей путем применения ультрасонографии органов брюшной полости, с научным обоснованием характерных информативных ультразвуковых признаков данного заболевания в разные стадии болезни и изучением ее как причины развития кишечного кровотечения у ребенка.

Материал и методы исследования. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости произведено нами у 32 детей обоего пола, возраста от 4 месяцев до 3 лет (включая 13 мальчиков и 19 девочек), имевших кровотечение из прямой кишки при направлении в детский хирургический стационар с подозрением на инвагинацию кишечника. В числе этих больных детей со стулом типа «малинового желе», сочетающимся с абдоминальным синдромом, были 21 ребенок возраста от 4 месяцев до 3 лет. У них, традиционные способы диагностики причины синдрома кишечного кровотечения и характера заболевания органов брюшной полости, оказались при поступлении детей в хирургический стационар не информативными. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости выполнялось анализируемым 32 больным детям с использованием ультразвуковых сканеров Aloka – 1700 и Simens Sonoline – 250 линейными, конвексными и секторными датчиками рабочей частотой 2,5–7 МГц.