

3. Включение лазеротерапии в комплекс лечебных мероприятий по лечению трофических язв позволяет улучшить результаты их лечения, сократить сроки заживления ран.
4. ПМП оказывает вазоактивный, противовоспалительный, трофикостимулирующий и регенераторный эффекты.

#### Литература:

1. Жуков Б. Н. Венозные трофические язвы нижних конечностей. Диагностика, лечение и медицинская реабилитация: монография / Б. Н. Жуков, С. Е. Каторкин, А. А. Жуков. – Самара: Медицина, 2012. – 236 с.
2. Ищук А. В. Использование фотодинамической терапии лазерным аппаратом «Родник-1» с фотосенсибилизатором «Хлорофиллипт» в лечении гнойных ран и трофических язв нижних конечностей / А. В. Ищук, С. И. Леонович // Новости хирургии. – 2008. – Т. 16, № 1. – С. 44–54.
3. Королев, Д.В. Комбинированное применение комплексной озонотерапии и магнито-инфракрасно-лазерного излучения в лечении больных с синдромом диабетической стопы (экспериментально-клиническое исследование) [Электронный ресурс] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.27 / Д.В. Королев. – Электронные данные (385 Кб). – Н.Новгород: Б.и., 2007.
4. Нузова, О.Б. Лечение трофических язв нижних конечностей милиацилов и магнитолазертерапией / О.Б. Нузова // Хирургия. – 2008. – № 3. – С. 30–33.
5. Принципы ведения раневой поверхности после лазеродеструкции. Г.Н. Соколов [и др.] // Учебные записки Спб. ГМУ им. акад. И.П. Павлова. – Спб., 2005. – С. 55–57.

## ТРИХОБЕЗОАР В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

**Кинаш М.И., Крицкий И.О., Дзюбан Л.В.**

*Тернопольский государственный медицинский университет  
имени И.Я. Горбачевского*

**Введение.** Безоар (безоарные камни) – это инородные тела, которые в основном встречаются в желудке жвачных животных, образуются в результате попадания с пищей таких ее компонентов, что не перевариваются, а накапливаются и формируют камень. Название этих камней связывают с горными козлами безоарами, в желудке которых их обнаруживают, или с арабским словом badzar – тот, что предохраняет от яда. У людей безоары встречаются сравнительно редко. В мировой литературе описано около 400 случаев безоаров желудка [1]. Различают несколько видов безоарных камней. Трихобезоар – «волосая опухоль» – образуется у девочек и женщин, имеющих привычку жевать свои волосы, а также у лиц, страдающих шизофренией, проявлением которой является трихотиломания (навязчивое выдергивание волос на голове, бровей и ресниц). Волосы, попадая в желу-

док, при помощи слизи и пищи склеиваются и под влиянием перистальтики спрессовываются подобно войлоку. В процессе образования трихобезоары принимают форму желудка. Фитобезоары – «опухоль» с растительной клетчатки (70% всех безоаровых), чаще встречается у мужчин. Последняя, при накоплении в желудке в значительном объеме спрессовывается и превращается в инородное тело круглой формы. Очень часто фитобезоары образуются при употреблении в пищу хурмы, фиников, реже подсолнечных зерен. Стеатобезоары (себобезоары) образуются из животного жира, шеллакобезоары – из элементов смолы. Последние два вида безоаровых встречаются у людей очень редко [1, 2]. Безоары желудка не имеют специфических клинических признаков.

**Цель** – ввиду редкости наблюдений трихобезоаров в педиатрической практике приводим случай, который наблюдался в детской областной больнице города Тернополя.

**Материал и методы исследования.** Девочка Я., 3 лет, 2 месяцев, поступила в гастроэнтерологическое отделение детской областной клинической больницы с жалобами на выраженные, кратковременные, схваткообразные, частые боли в животе, без четкой локализации, запоры, вздутие живота, снижение аппетита. Из анамнеза заболевания известно, что вышеуказанные жалобы беспокоят ребенка в течение 3 недель, их частота и интенсивность постепенно нарастали, последнюю неделю пациентка получала дуфалак, хилак форте, но улучшения не наступило. 3 анамнеза жизни: из-за семейных неурядиц, между родителями, девочка стала истеричной, агрессивной. При объективном обследовании выявлены отклонения: ребенок плохо вступает в контакт, плаксивая, кожные покровы чистые, бледно-розовые, тени под глазами, периоральная серость, язык влажный с белым налетом, живот мягкий, поддут, умеренно болезненный в правом подреберье, печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, безболезненна, эластичная, край острый, в левом подреберье пальпируется плотное образование с четкими контурами  $d=5-6$  см, подвижное, стул 1 раз в 2 дня после клизмы с примесью слизи, в виде «овечьего» кала. Из дополнительных методов обследования: сонография органов брюшной полости – признаки дисфункции сфинктера Одди по билиарному типу, вздутие петель кишечника в левом подреберье, обзорная рентгенография органов брюшной полости – пневматизация петель кишечника, больше слева, мультиспиральная компьютерная томография – признаки странгуляционной кишечной непроходимости (в левой половине брюшной полости, медиально от селезенки перед левой почкой в наличии конгломерат петель тонкой кишки  $75 \times 34 \times 39$  мм), ЭФГДС – волосистой трихобезуар желудка больших размеров  $7 \times 3$  см, овальной формы, наполняет  $\frac{1}{2}$  желудка, частично перекрывая антральный отдел, консультация психиатра – невротическое расстройство (психомоторное развитие соответствует возрасту, по словам матери ребенок в течение 7 месяцев съедал волосы, стал нервным).

**Результаты и их обсуждение.** Для дальнейшего лечения ребенок переведен в хирургическое отделение, где ей была проведена операция: верхняя-срединная лапаротомия, гастротомия, удаление трихобезуара. В удовлетворительном состоянии с выздоровлением девочка выписана из стационара под наблюдение психиатра и психолога.

**Выводы.** Таким образом, данный случай продемонстрировал отсутствие своеобразной клинической симптоматики безоара, важное значение для диагностики имеют данные психоэмоционального статуса пациента и отношения в семье.

#### Литература:

1. Сидоров П.И., Михеева В.В. / Трихобезоар желудочно–кишечного тракта в клинике детского невроза. – Журнал неврологии и психиатрии. – № 2. – 2000. – С. 59–60.
2. Щербинина М. Б. / К вопросу об инородных телах желудка у человека. – Сучасная гастроэнтерология. – № 4(14). – 2003. – С. 21–24.

## РИГИДНАЯ БРОНХОСКОПИЯ ПРИ УДАЛЕНИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ У ДЕТЕЙ

Клочко А.И.<sup>1</sup>, Сергиенко В.К.<sup>2</sup>, Кажина В.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно

<sup>2</sup>Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

**Введение.** Бронхоскопия (от др.-греч. βρόγχος – дыхательное горло, трахея и σκοπέω – смотрю, рассматриваю, наблюдаю) – это метод непосредственного осмотра и оценки состояния слизистых трахеобронхиального дерева: трахеи и бронхов при помощи специального прибора – бронхофиброскопа или жесткого дыхательного бронхоскопа, часто оснащенные фото– или видеокамерой, а также манипуляторами для проведения биопсии и удаления инородных тел (ИТ).

**Цель** – определить наиболее приемлемую методику проведения бронхоскопии при удалении инородных тел под общей анестезией.

**Материал и методы исследования.** В УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с целью исследования трахеобронхиального дерева (ТБД) используются две методики – фибробронхоскопия (ФБС) и ригидная бронхоскопия. За период с 2005 по 2014 гг. было выполнено 448 бронхоскопий. ФБС применялась в 360 случаях (80,36%), с целью санации ТБД при нагноительных заболеваниях лёгких было проведено 278 манипуляций, с диагностической целью у 60 пациентов, и в 10 случаях ФБС применялась для подтверждения диагноза инородное тело дыхательных путей (ИТДП). Ригидная бронхоскопия нами проведена 88 пациентам с диагнозом ИТДП, что составило 19,64% от общего числа бронхоскопий, и в 12