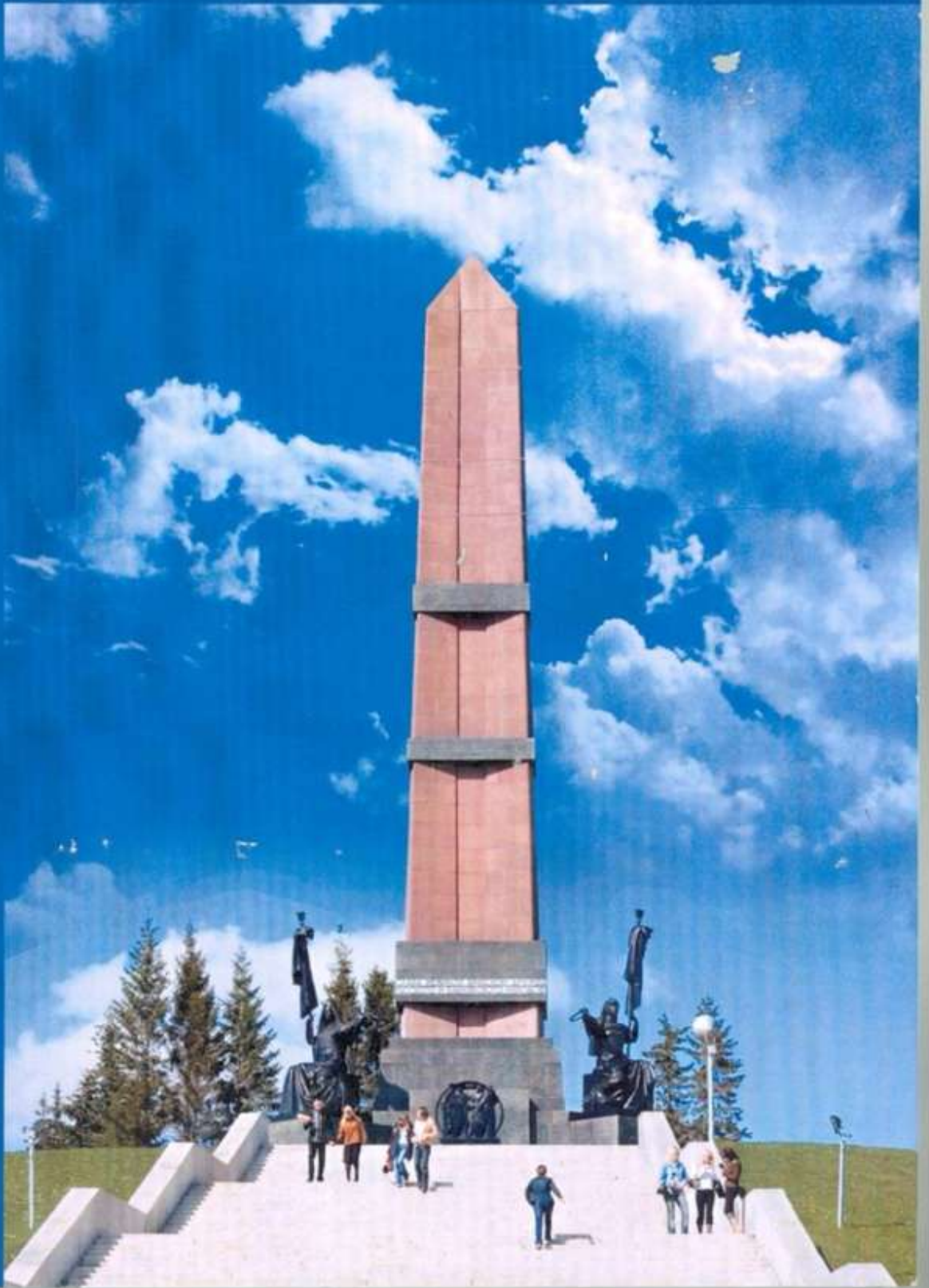


ISSN 1999 - 6209

ВМедицинский
Вестник
Башкортостана

№ 1
2019



КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 617-089
© Коллектив авторов, 2019

Н.В. Раянов, Р.М. Хамидуллин, Р.Н. Раянов, Р.Н. Раянова
**ОСТРАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ ТОНКОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ,
ОБУСЛОВЛЕННАЯ ТРИХОБЕЗОАРОМ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ**
ГБУЗ РБ «Городская больница», г. Нефтекамск

В статье приведен редкий клинический вариант локализации трихобезоара в подвздошной кишке, с развитием острой обтурационной непроходимости тонкого кишечника. Безоары кишечника встречаются редко. Данная патология чаще всего наблюдается у детей (девочек), имеющих привычку сосать и проглатывать собственные волосы или шерсть и страдающих трихотилломанией на фоне психической травмы и стресса. После попадания волос в большом количестве и их обработки желудочным соком комок волос приобретает клейкость и к нему быстро налипают пищевые массы. Большинство безоаров формируются в желудке или двенадцатипрестной кишке (ДПК). В результате постепенно формируется плотный конкремент. Трихобезоар не переваривается и, продвигаясь по кишечнику, может спровоцировать острую обтурационную кишечную непроходимость.

Ключевые слова: трихобезоар кишечника, острая обтурационная непроходимость.

N.V. Rayanov, R.M. Khamidullin, R.N. Rayanov, R.N. Rayanova
**ACUTE OBSTRUCTIVE SMALL INTESTINAL OBSTRUCTION
DUE TO THE ILEUM TRICHOBEZOAR**

The article provides a rare clinical of localization of trichobezoar in the ileum, which caused acute obstructive obstruction of the small intestine. Hair balls of the intestine are rare. This pathology is most often observed in children (girls) who have a habit of sucking and swallowing their own hair or wool, suffering from trichotillomania on the background of mental decompression. After hair in large quantities are processed with gastric juice, the lump becomes sticky. Due to this, food masses quickly stick to it. Thus, a dense calculus is gradually formed. Trichobezoar without digesting, begins to move into the intestine and can provoke acute pain and blockage of the intestine, thereby causing acute intestinal obstruction.

Key words: intestinal trichobezoar, acute obstruction.

Безоары кишечника встречаются редко. Данная патология чаще всего наблюдается у детей (девочек), имеющих привычку сосать и проглатывать собственные волосы или шерсть и страдающих трихотилломанией на фоне психической травмы и стресса. Проглоченные волосы склеиваются после обработки желудочным соком, образуя комок на котором абсорбируются пищевые массы. Большинство безоаров формируются в желудке или двенадцатипрестной кишке (ДПК). Длительное время трихобезоар, находящийся в желудке или кишечнике, не вызывает клинической патологии. Клиническая картина при данной патологии зависит от веса, природы, локализации безоаров, времени их нахождения в желудке или кишечнике. Однако после того как трихобезоар приобретает значительный размер, появляются сильные боли в животе, неприятный запах изо рта, общая слабость, быстрая утомляемость, потеря веса и развитие железодефицитной анемии. Трихобезоар кишечника может быть причиной острой обтурационной тонкокишечной непроходимости [3,5,8].

В диагностике этой патологии большое значение имеет история жизни детей. Следует выяснить у родителей, имеет ли ребенок склонность к проглатыванию волос, шерсти, пластилина, жвачек. При объективном осмотре обра-

щают внимание на бледность кожных покровов. При пальпации живота можно обнаружить плотное образование в желудке или кишечнике, принимая его за опухоль или инфильтрат. Основными методами диагностики трихобезоаров являются ультразвуковое или томографическое исследования органов брюшной полости. Лечение плотных и больших безоаров в основном хирургическое [5-7,9].

Клинический случай локализации трихобезоара подвздошной кишки, осложненный острой кишечной непроходимостью.

В хирургическое отделение Нефтекамской городской больницы Республики Башкортостан поступила больная Т. 8 лет (история болезни – №12980) с жалобами со слов матери на схваткообразные боли в правой половине живота, метеоризм, тошноту и рвоту. Из анамнеза выяснили, что у ребёнка длительное время отмечаются общая слабость и плохой аппетит. Состояние ухудшилось в последние 4 дня, когда возникли боли в правой половине живота, вздутие, рвота и задержка стула. Подобные боли наблюдались и ранее. Обратились к педиатру и хирургу по месту жительства два дня назад, на момент осмотра острой хирургической патологии не выявлено.

Анамнез жизни ребенка. Девочка родилась от первой беременности, массой 3200 г,

до года находилась на грудном вскармливании. Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания: респираторно-вирусные инфекции, железодефицитная анемия. При беседе с матерью выяснили, что дочь временами сосала и проглатывала свои волосы.

При осмотре состояние больной тяжелое, обусловленное болевым синдромом. Больная часто придерживала свой живот из-за боли. Сознание ясное, астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые сухие, выраженная бледность кожных покровов. Температура тела 37 °С. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны костно-мышечной системы патологии не обнаружено. Грудная клетка нормостенической формы, дыхание через нос свободное, аускультативно над легкими дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания – 18 движений в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, патологических шумов не выслушивается. Частота сердечных сокращений – 98 ударов в минуту, артериальное давление – 100 и 50 мм рт. ст. Язык влажный, слегка обложен беловатым налетом. При осмотре живот овальной формы, слегка вздут в правой половине, мягкий при пальпации, урчит, в правой подвздошной области пальпируется слегка болезненное опухолевидное образование, напоминающее инфильтрат. Симптомы раздражения брюшины (Ситковского, Ровзинга, Щеткина-Блюмберга) слабо положительные. Слов больной газы отходят с трудом, стула не было более 3-х дней. Мочится свободно, мочеиспускание безболезненное.

Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости, на которой обнаружены увеличенные петли кишечника с горизонтальными уровнями жидкости (чаши Клойбера). Общий анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, эритроциты – $4,34 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,4 \times 10^9$ /л, гематокрит – 36,3%.

Биохимический анализ крови: общий белок – 75,60 г/л, альбумин – 43,10 г/л, АЛТ – 16,20 Ед/л, АСТ – 32,70 Ед/л, креатинин – 40,60 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес мочи – 1022, белок – отрицательный, лейкоциты – 2-3 в поле зрения, соли оксалаты – ++.

Учитывая жалобы больной на боли в животе, тошноту, рвоту, вздутие живота, выявленное при объективном осмотре опухолевидное инфильтративное образование в правой подвздошной области с положительными симптомами раздражения брюшины, был выставлен предварительный диагноз: острый аппендицит, инфильтрат брюшной полости.

Больная после кратковременной предоперационной подготовки прооперирована под общим наркозом.

Доступом в правой подвздошной области Волковича-Дьяконова вскрыта брюшная полость. При этом в рану выделилась в большом количестве серозная жидкость – из малого таза ее удалено до 500 мл. При осмотре червеобразный отросток не изменен. При дальнейшей ревизии брюшной полости в просвете подвздошной кишки обнаружено плотное образование. Для полной ревизии данного образования рана передней брюшной стенки расширена, в просвете подвздошной кишки обнаружено образование размерами 8,0×5,0×1,5 см, полностью обтурирующее просвет кишки. Вышележащие отделы тонкой кишки раздуты, толстая кишка спавшаяся, стенка подвздошной кишки истончена. При вскрытии просвета подвздошной кишки обнаружен темно-коричневого цвета трихобезоар каменной плотности с неприятным запахом, который находился в правом илеоцекальном углу. Трихобезоар был удален (см. рисунок).



Рис. Трихобезоар кишечника (макропрепарат)

Макроскопически трихобезоар представлял собой комок, состоящий из волос, каменной плотности с неприятным запахом. На рану подвздошной кишки наложены двухрядные швы. При дальнейшей ревизии брюшной полости другой патологии не обнаружено. Рана была ушита, наложена асептическая повязка.

Заключительный клинический диагноз пациентки: острая обтурационная тонкокишечная непроходимость, обусловленная трихобезоаром. Сопутствующий диагноз: железодефицитная анемия средней степени тяжести. Послеоперационный период протекал без осложнений, температура тела не повышалась. Швы сняты через 8 суток, рана зажила первичным натяжением. Больная в удовлетворительном состоянии выписана домой для амбулаторного наблюдения у хирурга. Лечение железодефицитной анемии проводилось амбулаторно по рекомендации гематолога.

Пациентке была рекомендована консультация детского психиатра.

Выводы

1. Трихобезоар кишечника – редко встречающееся заболевание у детей, осложнением которого является острая обтурационная непроходимость кишечника.

2. При диагностике данного заболевания важно обратить внимание на анамнестические данные, в том числе пищевые привычки ребенка. Основными методами определения трихобезоаров являются ультразвуковое и компьютерно-томографическое исследования брюшной полости.

Сведения об авторах статьи:

- Гайнов Павел Васильевич** – к.м.н., детский хирург ГБУЗ РБ «Городская больница». Адрес: 452699, г. Нефтекамск, ул. Парковая, 31. E-mail: p.gaynov56@mail.ru.
Хамидуллин Рашиф Муллаунович – хирург ГБУЗ РБ «Городская больница». Адрес: 452699, г. Нефтекамск, ул. Парковая, 31. E-mail: hamidullin57@mail.ru.
Гайнов Руслан Наильевич – детский хирург ГБУЗ РБ «Городская больница». Адрес: 452699, г. Нефтекамск, ул. Парковая, 31. E-mail: ruslanrajanov@mail.ru.
Гайнова Регина Наильевна – врач-педиатр ГБУЗ РБ «Городская больница». Адрес: г. Нефтекамск, ул. Парковая, 31. E-mail: r.gaynova85@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобуришвили, А.Г. Инородные тела желудочно-кишечного тракта: учебно-методическое пособие для врачей-интернов, клинических ординаторов, хирургов и эндоскопистов / А.Г. Бобуришвили, В.В. Мандрико, А.Н. Акинчиц. – Волгоград: Изд-во ВОЛГМУ, 2007. – 230 с.
2. Вечеркин, В.А. Безоары у детей, ошибки в диагностике и осложнения / В.А. Вечеркин [и др.] // *Детская хирургия*. – 2019. – Т. 23, № 1. – С. 60-62.
3. Давидов, М.И. Этиопатогенез формирования безоаров у детей и их профилактики / М.И. Давидов, О.Е. Никонова // *Медицинский альманах*. – 2016. – № 2. – С. 91-94.
4. Диденко, О.А. Редкая причина кишечной непроходимости / О.А. Диденко, Д.И. Узакбаева, Н.В. Смирнов // *Анналы хирургии*. – 2005. – № 4. – С. 71-72.
5. Доржиев, Б.Д. Трихобезоары в хирургической практике по материалам ДХО ГКБСМП им. В.В.Ангарова г. Улан-Уде / Б.Д. Доржиев // *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. – 2009. – № 2 (66). – С. 239-240.
6. Елова, М.М. Трихобезоары желудка и тонкой кишки у детей / М.М. Елова [и др.] // *Новости хирургии*. – 2012. – Т. 20, № 2. – С. 311-313.
7. Мкртычева, Т.Е. Трихобезоар подвздошной кишки / Т.Е. Мкртычева, А.П. Саламаха, А.А. Шахзадьянц // *Детская хирургия*. – 2004. – № 4. – С. 48-49.
8. Соколов, Ю.Ю. Безоары желудочно-кишечного тракта у детей / Ю.Ю. Соколов, М.И. Давидов // *Педиатрия*. – 2010. – № 2. – С. 60-65.
9. Шербак, В.А. Два случая трихобезоаров у девочек / В.А. Шербак, С.Г. Гаймоленко, В.Г. Черданцева // *Вопросы современной педиатрии*. – 2016. – Т. 15, № 3. – С. 311-314.

REFERENCES

1. Beburishvili, A.G. Inorodnye tela zheludochno-kishechnogo trakta (uchebno-metodicheskoe posobie dlya vrachej-internov, klinicheskikh ordinatov, hirurgov i ehndoskopistov) / A.G. Beburishvili, V.V. Mandriko, A.N. Akinchic. – Volgograd: Izdatel'stvo VOLGMU, 2007. – 230 s. [In Russ].
2. Vecherkin, V.A. Bezoary u detej, oshibki v diagnostike i oslozheniya / V.A. Vecherkin [i dr.] // *Detskaya hirurgiya*. – 2019. – T. 23. – № 1. – S. 60-62. [In Russ].
3. Davidov, M.I., Nikonova O.E. Etiopatogenez formirovaniya bezoarov u detej i ih profilaktika / M.I. Davidov, O.E. Nikonova // *Meditsinskij al'manah*. – 2016. – № 2. – S. 91-94. [In Russ].
4. Didenko, O.A. Redkaya pričina kishečnoj neprohodimosti / O.A. Didenko, D.I. Uzakbaeva, N.V. Smirnov // *Annaly hirurgii*. – 2005. – № 4. – S.71-72. [In Russ].
5. Dorzhiev, B.D. Trihobezoary v hirurgicheskoj praktike po materialam DHO GKBSMP im. V.V. Angarova g. Ulan-Ude / B.D. Dorzhiev // *Byulleten' VSNC SO RAMN*. – 2009. – № 2 (66). – S.239-240. [In Russ].
6. Elova, M.M. Trihobezoary zheludka i tonkoj kishki u detej / M.M. Elova [i dr.] // *Novosti hirurgii*. – 2012. – № 2. – T. 20. – S.311-313. [In Russ].
7. Mkrtycheva, T.E. Trihobezoar podvzdoshnoj kishki / T.E. Mkrtycheva, A.P. Salamaha, A.A. SHahzadyanc // *Detskaya hirurgiya*. – 2004. – № 4. – S.48-49. [In Russ].
8. Sokolov, YU.YU., Davidov M.I. Bezoary zheludochno-kishechnogo trakta u detej / YU.YU. Sokolov, M.I. Davidov // *Pediatriya*. – 2010. – № 2. – S.60-65. [In Russ].
9. SHCHerbak, V.A. Dva sluchaya trihobezoarov u devochek / V.A. SHCHerbak, S.G. Gajmolenko, V.G. CHerdanceva // *Voprosy sovremennoj pediatrit*. – 2016. – T. 15. – № 3. – S. 311-314. [In Russ].