

* * *

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТКАНЕВОГО БЕЗОАРА У РЕБЁНКА

Орленко М.С.¹, Аль-Харес М.М.², Томаев В.Ю.³,
Михайлов Г.А.³, Эшрефов А.С.³

¹Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

²Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия;

³Детская городская клиническая больница № 5 имени Н.Ф. Филатова, Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: *дети; безоар; диагностика; кишечная непроходимость; лечение; энтеротомия; гастротомия*

Актуальность. Безоар желудка — это инородное тело, формирующееся в желудке при проглатывании веществ натурального или синтетического происхождения. Безоары у детей — редкость. Они вызывают обтурацию просвета желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), манифестируя клиникой кишечной непроходимости (КН), как правило, высокой. Внимания требуют дети с психоневрологическими отклонениями, поступающие в стационар с синдромом рвоты неясного генеза.

Описание клинического случая. Мальчик, 9 лет, поступил в отделение после рвоты инородными телами (ИТ) — кусочками ткани. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости данных за контрастное ИТ не выявлено. В крови — лейкоцитоз (до $23,7 \times 10^9/\text{л}$). Учитывая данные анамнеза, проведена фиброгастродуоденоскопия: желудок заполнен комком разноцветных лент. Удалось удалить три ленты длиной до 40 см. При осмотре видно, что ленты переходят в дуоденум, попытки их удалить безрезультатны. Принято решение провести оперативное вмешательство. Выполнены верхнесрединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости. В просвете тощей кишки в 50 см от связки Трейца плотное ИТ размерами $7,5 \times 10$ см, после него кишка спавшаяся. Изменённая петля тощей кишки гофрирована в виде арки, от ИТ идёт тяж до связки Трейца, в желудке — ИТ размерами до $5,5 \times 4,0$ см, связанное с дуоденумом. Произведена энтеротомия, ИТ (клубок из тканевых шнурков) удалено частично. Для полного удаления безоара проведена гастротомия, удалён узел из шнурков, извлечены шнурки, находящиеся в тощей кишке, проведены санация и послойное ушивание брюшной полости. Диагноз: тканевой безоар желудка и тощей кишки, ослож-

нённый острой обтурационной высокой КН. В раннем послеоперационном периоде ребёнок находился в реанимации. Проводилась декомпрессия верхних отделов ЖКТ, антибактериальная, гастропротекторная, симптоматическая терапия, продлённая эпидуральная анальгезия. Энтеральное питание начато с 1-х суток водой, с 3-х суток — жидкой смесью. Самостоятельный стул был на 6-е сутки после операции. Установлено, что ребёнок состоит на диспансерном учёте у психиатра по поводу аутизма, не контактен. Выявленный безоар является первым эпизодом, когда было замечено проглатывание больным несъедобных предметов. Больной выписан на 10-е послеоперационные сутки в удовлетворительном состоянии.

Заключение. У детей с психическими отклонениями с клиникой высокой КН, в том числе изолированным синдромом рвоты, рекомендовано исключить ИТ ЖКТ как причину заболевания. При диагностике ИТ пищеварительной системы и отсутствии возможности эндоскопического извлечения показано оперативное лечение с целью восстановления проходимости ЖКТ. Доступ выбора — лапаротомия с возможностью полноценной ревизии органов брюшной полости и исключения наличия ИТ на разных уровнях ЖКТ.

* * *