

## РЕДКИЙ СЛУЧАЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У РЕБЕНКА 9 ЛЕТ

Бочаров Р.В.<sup>1,2</sup>, Погорелко В.Г.<sup>1,2</sup>, Зыкова М.А.<sup>2</sup>, Коломыйцева М.А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия;

<sup>2</sup> Больница скорой медицинской помощи № 2, Томск, Россия

**Обоснование.** В практике неотложной детской хирургии к возникновению острой кишечной непроходимости может приводить множество причин и предрасполагающих факторов. Возраст ребенка, варианты течения патологии и локализация поражения создают трудности диагностики и выбора хирургической тактики лечения, осложняют течение заболевания.

**Цель:** проанализировать клинический случай возникновения, диагностики и лечения острой кишечной непроходимости у ребенка 9 лет.

**Описание наблюдения.** Девочка росла и развивалась согласно возрасту. Заболела остро: боль в животе, рвота 1 раз. Через сутки боли сохранялись, стул и рвота отсутствовали. Через 2-е суток боли в животе усилились, рвота 4 раза, стул н/б. Осмотр детского хирурга БСМП № 2, ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП) — данных о наличии хирургической патологии не найдено. Госпитализация в детскую инфекционную больницу. На фоне проводимой терапии на 4-е сутки у ребенка боли в животе усилились, рвота 2 раза. Перевод в БСМП № 2. УЗИ ОБП: червеобразный отросток не визуализируется, признаки свободной жидкости в брюшной полости, кишечной непроходимости. Общий анализ крови: признаки воспалительной реакции — WBC  $21,5 \times 10^9/\text{л}$ , с/я NEUT 75 %, незрелые формы 18 %. Обзорная рентгенография ОБП: выявлены расширенные тонкокишечные и толстокишечные петли с уровнем жидкости — признаки кишечной непроходимости. Предположено течение аппендикулярного перитонита. В порядке экстренной медицинской помощи выполнено оперативное вмешательство.

**Видеоассистированная лапароскопия.** Брюшина гиперемирована, в брюшной полости до 150 мл серозного выпота. Червеобразный отросток располагался типично, в диаметре 0,5 см, не изменен. Органы малого таза без патологических изменений. Ревизия терминального отдела подвздошной кишки: на протяжении 50 см петли спавшиеся, без содержимого, патологических образований нет. Далее расширенные до 4 см кишечные петли, стенки отечные, гиперемированные, местами синюшного цвета, легко травмируются и десерозируются. Угроза возникновения перфорации кишечной стенки. На расстоянии около 70 см от илеоцекального угла весь просвет петли подвздошной кишки на протяжении 15 см заполнен плотным содержимым, лапароскопически устранить причину непроходимости не представлялось возможным.

**Конверсия.** Срединная лапаротомия. Кишечная петля с обтурирующим ее содержимым выведена в рану. Содержимое плотное, занимает весь просвет кишки, продвижение его внутри просвета кишки невозможно. Энтеротомия у дистального конца образования. Образование оказалось трихобезоаром размером 15×4 см, удалено полностью. Рана кишки ушита двухрядным швом. Проподимость кишечника восстановлена. Дренирование, послойно швы на рану. Заживление первичным натяжением.

О приеме волос внутрь ребенок родителям и медицинскому персоналу не сообщил. Согласно литературным данным трихобезоары кишечника являются редкой, «казуистической» патологией, которые приводят к перфорации кишечной стенки, возникновению перитонита.

**Заключение.** Трихобезоар кишечника имеет неспецифическую картину «острого живота», позволяющую дифференцировать инфекционную, соматическую или хирургическую причину. Рентгенологический и сонографический методы диагностики не визуализировали образование в просвете кишечника. Длительное стояние трихобезоара привело к развитию механической кишечной непроходимости, угрозе возникновения перфорации кишечной стенки, серозному перитониту.

**Ключевые слова:** дети; кишечная непроходимость; трихобезоар.