

Коновалов А.К., Петлах В.И., Константинова И.Н., Савельев С.Б., Ганиев Ш.А.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ФИТОТРИХОБЕЗОАРА

Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского г. Москвы;
НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Konovallv A.K., Petlakh V.I., Konstantinova I.N., Ganiev SH.A., Savell'ev S.B.

ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION AS A COMPLICATION OF PHYTOTRICHOBEOAR

G.N. Speransky Children's Municipal Clinical Hospital No. 9, Moscow;
Research Institute of Pediatric Surgery of Pirogov Russian National Research Medical University

Резюме

Острая кишечная непроходимость вследствие обтурации безоаром – редкое патологическое состояние в неотложной хирургии детского возраста. В большинстве наблюдений причиной непроходимости являются фитобезоары. В данном случае авторы описывают лечение ребенка с двойной локализацией безоара смешанного типа: в кишечнике и желудке.

Ключевые слова: фитотрихобезоар, острая непроходимость кишечника, оперативное лечение, дети

Abstract

In urgent pediatric surgery, acute intestinal obstruction due to bezoar obturation is a rare pathological condition. Phytobenzoars are the causes of obstruction in the majority of observations. This is the case where the authors describe the treatment of a child with double localization of a mixed bezoar i.e. in the intestine and stomach.

Key words: phytotrichobenzoar, acute intestinal obstruction, surgery, children

В литературе последних лет достаточно часто встречаются описания клинических наблюдений безоаров желудка у детей [1, 2, 3]. Намного реже приводятся описания развития острой кишечной непроходимости (ОКН) вследствие обтурации безоаром, который, как правило, формируется в желудке, а затем фрагменты его мигрируют в различные отделы кишечной трубки [4, 5, 6]. Возможен и другой вариант, когда небольшого размера безоар из желудка попадает в кишечник, а там, постепенно увеличиваясь в размерах, проявляется симптомами рецидивирующей, а затем и полной кишечной непроходимости [7, 8]. Очень редко причиной ОКН были трихобезоары или безоары смешанной формы, а в большинстве наблюдений ОКН вызывали фитобезоары, т.е. безоары, образующиеся из растительных продуктов [9, 10]. Наибольший материал по данному вопросу был опубликован *Soon-Ok Choi, Joong-Shin Kang* [11], которые наблюдали 33 детей в возрасте до 15 лет с желудочно-кишеч-

ными фитобезоарами, 25 из которых были оперированы в экстренном порядке по поводу ОКН. У всех детей источником образования безоаров была хурма в разных видах.

Приводим клиническое наблюдение лечения девочки, оперированной в 2 этапа: сначала по поводу обтурационной ОКН, а затем в плановом порядке было выполнено удаление фитотрихобезоара из желудка.

Больная Ф., 16 л. 10мес. (истории болезни №32269), доставлена бригадой скором медицинской помощи в приемное отделение 21.04.2017 с диагнозом «Острый панкреатит» через 2 суток после начала болей в животе, трехкратной рвоты и задержки стула на 3 суток. В анамнезе аппендэктомия в пятилетнем возрасте. При осмотре: язык слегка обложен белым налетом, живот обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, доступен пальпации во всех отделах, мягкий, болезненный в эпигастральной области и по ходу



Рис. 1. Рентгенография с барием, уровни жидкости в кишечнике

толстой кишки. Госпитализирована в отделение гастроэнтерологии с диагнозом «Гастродуоденит» (?). При последующем наблюдении боли в животе приступообразного характера повторялись, при эзографии определялось небольшое количество жидкости в малом тазу и расширенные петли кишечника, заполненные жидким содержимым. Переведена в хирургическое отделение с подозрением на спаечную непроходимость кишечника. На рентгенограммах от 22.04.2017 через 7 часов после введения бариевой взвеси отмечается наличие нескольких уровней жидкости в петлях тонкой кишки в проекции эпигастрия слева и мезогастрии (рис. 1.).

Проведенная попытка консервативного лечения, включавшего паранефральную блокаду, 3-кратное введение прозерина и очистительную клизму, эффекта не имела: болевая симптоматика оставалась, при пальпации напряжение брюшной стенки и болезненность по всей поверхности, перистальтика ослаблена. Через 36 часов после госпитализации с подозрением на низкую кишечную непроходи-

мость были сформулированы показания к диагностической лапароскопии.

Операция: Диагностическая лапароскопия. Под эндотрахеальным наркозом введен тупоконечный троакар 5 мм над пупком с пневмоперитонеумом CO_2 . При осмотре: большое количество прозрачного соломенно-желтого выпота, спайки отсутствуют. При ревизии органов брюшной полости выявлены спавшиеся и перераздутые петли тонкой кишки без признаков нарушения кровоснабжения. На 80 см выше баугиниевой заслонки в просвете кишки обнаружено инородное тело размерами $3,5 \times 2,0$ см, создающее препятствие и не смещаемое манипуляторами. Для устранения обтурационной непроходимости показана конверсия.

Лапаротомия. Разрезом в правой подвздошной области иссечен старый рубец, послойно вскрыта брюшная полость. Выпот аспирирован. В рану выведен участок тонкой кишки с инородным телом плотнoэластической консистенции (рис. 2).

Инородное тело при ручном пособии перемещено в восходящую кишку, в которой располагалось свободно. В брыжейку кишки введено раствора новокаина 0,25%-ного – 10,0 мл. Проверка на гемостаз. Послойные швы. Диагноз: Инородное тело тонкой кишки, обтурационная кишечная непроходимость.

Послеоперационный период без осложнений, на 3-и сутки после клизмы вышло инородное тело размером 3×2 см, представляющее собой фрагмент фитотрихобезоара (рис. 3).

В связи с этим на следующий день выполнена фиброзофагодуоденоскопия, при которой в желудке сразу за кардией обнаружен безоар, занимающий более $\frac{1}{4}$ желудка, размером 12×5 см.

На 10-е сутки после первой операции выполнена лапаротомия: верхним срединным разрезом послойно вскрыта брюшная полость. В рану выведена передняя стенка желудка. На границе верхней и нижней трети в бессосудистой зоне поперечным разрезом длиной 5 см вскрыт просвет желудка. Обнаружен и удален безоар размерами около 12×6 см, состоящий из слипшихся косточек и фрагментов лимона – фитобезоар (рис. 4).

При ревизии других инородных тел не обнаружено. Стенка желудка ушита 2-рядным швом. Проверка на герметичность. Послойные швы опе-



Рис. 2. Иностранное тело в тонкой кишке



Рис. 3. Фрагмент фитотрихобезоара, вышедший естественным путем



Рис. 4. Фитотрихобезоар, удаленный из желудка

рационной раны. Диагноз после операции: Фитотрихобезоар желудка.

В раннем послеоперационном периоде получала инфузионную, антибактериальную (амоксиклав) и симптоматическую терапию. На 7-е сутки сняты швы с послеоперационной раны, заживление первичным натяжением.

Девочка консультирована неврологом и психиатром, выявлены синдром навязчивых состояний (трихоонихофагия), субдепрессивное состояние. Рекомендовано дополнительное обследование у психиатра после выписки из хирургического стационара.

Заключение

В данном наблюдении совершенно оправдана тактика мануального устранения обтурации, что позволило избежать энтеротомии, а также назначение в послеоперационном периоде фиброгастроскопии, выявившей фитотрихобезоар желудка. При поступлении в стационар ребенка с абдоминальным болевым синдромом необходимо помнить и о такой относительно редкой его причине, как наличие безоаров в желудочно-кишечном тракте.

Литература

1. Соколов Ю.Ю., Ионов Д.В., Туманян Г.Т., Донской Д.В., Хаспеков Д.В., Шувалов М.Э. Миниинвазивные методы удаления трихобезоаров желудка и двенадцатиперстной кишки у детей // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2012. Т. 2. № 1. С. 56–59.
[Sokolov J.J., Ionov D. V., Tumanyan G. T., Donskoj D. V., Haspekov D. V., SHuvalov M. Eh. Minimally invasive techniques of removal the hair ball from stomach and duodenum in children. Rossiiskii vestnik detskoj khirurgii, anesteziologii i reanimatologii. 2012;2 (1):56–59. (In Russ).]
2. Давидов М.И., Никонова О.Е. Этиопатогенез формирования безоаров у детей и их профилактика // Медицинский Альманах. 2016. №2 (42). С. 91–94.
[Davidov M.I., Nikonova O.E. Etiopathogenesis of the formation of bezoars in children and their prevention// Medicinskij Al'manah. 2016. №2 (42). S. 91–94 (In Russ).]
3. Петлах В.И., Сергеев А.В., Виноградов А.Я. Трихобезоары желудка у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2013. №2. С. 70–73.
[Petlakh V.I., Sergeev A. V., Vinogradov A. Ya. Trichoesoirs of the stomach in children // Rossiiskii vestnik perinatologii i pediatrii. 2013;58 (2):70–73. (In Russ).]

4. *Еловой М.М., Борозна В.Г., Кухтарев А.А., Разумова Т.Е.* Трихобезоары желудка и тонкой кишки у детей // *Новости хирургии.* 2012. Т. 20. №2. С. 96–100.
[*Yelovoy M.M., Borozna V.G., Kukhtarev A.A., Razumova T.E.* Stomach and small intestine trichobezoars in children. *Novosti khirurgii.* 2012;20 (2): 96–100 (In Russ).]
5. *Castle S.L., Zmora O., Papillon S., Levin D., Stein J.E.* Management of complicated gastric bezoars in children and adolescents. *Isr Med Assoc J.* 2015;17 (9):541–544 (PMID:26625542).
6. *Aslan A., Unal I., Karagüzel G., Melikoğlu M.* A case of intestinal obstruction due to phytobezoar--an alternative surgical approach. *Swiss Surg.* 2003;9 (1):35–7. PMID:12661431.
7. *Соколов Ю.Ю., Давидов М.И.* Безоары желудочно-кишечного тракта у детей // *Педиатрия.* 2010. Том 89. №2. С. 60–65.
[*Sokolov Yu. Yu., Davidov M.I.* Bezoars of the gastrointestinal tract in children // *Pediatriya.* 2010. Т. 89. №2. С. 60–65].
8. *Glatstein M., Danino D., Rimon A., Keidar S., Scolnik D.* An unusual cause of small bowel obstruction in a child: ingested rhubarb.//*Case Rep Surg.* 2013; 2013: 497214. Published online 2013 Jun 25. doi: 10.1155/2013/497214.
9. *Malhotra A., Jones L., Drugas G.* Simultaneous gastric and small intestinal trichobezoars // *Pediatric Emergency Care* Volume 24, Issue 11, November 2008, Pages 774–776. DOI: 10.1097/PEC.0b013e31818c2891.
10. *Gorter R.R., Kneepkens C.M., Mattens E.C.J.L., Aronson D.C. and Heij H.A.* Management of trichobezoar: case report and literature review // *Pediatric Surgery International*, vol. 26, no. 5, pp. 457–463, 2010. DOI: 10.1007/s00383-010-2570-0.
11. *Soon-Ok Choi, Joong-Shin Kang.* Gastrointestinal phytobezoars in childhood // *Journal of Pediatric Surgery*, 1988, Vol. 23, Issue 4, p338–341. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3468\(88\)80202-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3468(88)80202-1).

Авторы

КОНОВАЛОВ Александр Карпович	Доктор медицинских наук, заведующий отделением экстренной и гнойной хирургии, Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского, г. Москвы. 123317, Шмитовский проезд, д. 29. Тел.: 8 (499) 256-21-62
ПЕТЛАХ Владимир Ильич	Доктор медицинских наук, заведующий отделом неотложной хирургии и медицины катастроф НИИ хирургии детского возраста РНИМУ им. Н.И. Пирогова, orcid.org/0000-0001-5403-313X ; vladimirip1@gmail.com
КОНСТАНТИНОВА Ирина Николаевна	Кандидат медицинских наук, врач-хирург, Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского г. Москвы
САВЕЛЬЕВ Сергей Борисович	Кандидат медицинских наук, врач-хирург, Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского г. Москвы
ГАНИЕВ Шавкат Абдужалилович	Врач-хирург, Детская городская клиническая больница №9 им. Г.Н. Сперанского г. Москвы

Принята к печати: 25.08.2017 г. ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ Не указан. КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить. FINANCING SOURCE Not specified. CONFLICT OF INTERESTS Not declared