

Материалы и методы. История болезни пациента.

Результаты и обсуждение: 10 сентября 2016 году в возрасте 3 лет пациент (мальчик) азербайджанской национальности, поступил в Учебно-терапевтическую клинику Азербайджанского медицинского университета с жалобами на боли в животе, которые продолжались около года. До поступления в клинику по месту проживания по результатам проведенных обследований (общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи и кала, ультразвуковое исследование брюшной полости) был поставлен клинический диагноз: желчнокаменная болезнь. Назначили консервативное лечение. Однако лечение не привело к улучшению состояния ребенка. В последние 2–3 месяца приступы участились.

Анамнез vitae. Ребенок от II беременности, II родов. Ребенок от I родов мальчик, здоровый. Родители – близкие родственники (двоюродные брат и сестра). По словам матери, наследственных заболеваний среди ближайших родственников нет.

Status praesens. Состояние ребенка удовлетворительное. Рост и вес соответствует возрасту. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Со стороны бронхолегочной и сердечно-сосудистой системы патологических изменений нет. Живот при поверхностной и глубокой пальпации – без патологии. При тщательном сборе анамнеза наряду с основными жалобами, мать ребенка указала, что приступообразные боли в области живота сопровождаются высокой температурой. Эти приступы вначале 1 раз в месяц, в последнее время каждые 13–15 дней возникали и длились 1–2 дня.

Учитывая анамнез, регулярность и характер приступов, было проведено генетическое обследование и выявлена патологическая мутация, характерная для FMF (гомозигота M680I). Был назначен колхицин и продолжено основное лечение, на фоне которого постепенно абдоминальные симптомы уменьшились. Ребенок взят на учет и ежегодно приезжает на обследование в клинику. Текущее обследование (25.05.2025) показало некоторое увеличение размеров желчных камней.

Вывод. Таким образом, неспецифические симптомы FMF и ЖКБ, а также различные клинические формы заболевания увеличивают риск диагностических ошибок. Каждый из этих диагнозов требует индивидуального подхода: для FMF показано консервативное лечение, а для желчнокаменной болезни хирургическое вмешательство должно иметь четкие обоснования. Такие пациенты должны находиться под постоянным наблюдением педиатра, генетика, гастроэнтеролога и хирурга. Необходимо тщательно собирать анамнез. Индивидуальный подход к каждому случаю снижает риск диагностических и тактических ошибок.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРИХОБЕЗОАРА У ПОДРОСТКА

Мороз Е. А., Башлакова А. Н., Вязова Л. И., Долидович Е. Ю., Шенец С. Г.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Безоары – вид инородных тел, формирующихся преимущественно в полости желудка из различных проглоченных веществ, которые не перевариваются полностью, а накапливаются. Трихобезоары – волосяные опухоли, состоящие из клубка переплетенных и склеенных волос, пропитанных пищевыми массами и слизью. Они чаще всего встречаются у лиц, страдающих трихотилломанией – вырывание волосяного покрова на голове или других частях собственного тела. Трихотилломания встре-

чается как синдром в рамках невроза навязчивых состояний и депрессии, посттравматического стрессового расстройства, шизофрении, органических заболеваний головного мозга и как самостоятельное системное психоневрологическое расстройство, среди пациентов преобладают девочки 11–16 лет. Безоары малых размеров чаще всего не имеют клинических проявлений. По мере роста инородное тело перекрывает вход в двенадцатиперстную кишку, нарушает моторику и вызывает тяжелые осложнения.

Цель: привлечение внимания врачей педиатров к редкой патологии – трихотилломании и трихофагии с формированием трихобезоара у девочки-подростка, для удаления которого потребовалось оперативное вмешательство.

Материалы и методы. Описание клинического случая трихобезоара у подростка, находившегося на стационарном лечении в Городской детской инфекционной клинической больницы г. Минска.

Результаты и их обсуждение. Пациентка А., 13 лет, поступившая в ГДИКБ с жалобами на боль в животе, рвоту, жидкий стул, лихорадку до 40 °С. После проведения дальнейшего обследования пациентке был выставлен клинический диагноз: острый пиелонефрит, фаза активных проявлений, ПНО, объемное образование брюшной полости. Объективные данные: сознание ясное, эмоционально лабильна. Физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту. В левом подреберье пальпировалось плотное, объемное, безболезненное, не смещаемое образование диаметром около 7 см. На теменных и височных областях выявлены очаги алопеции, пациентка закрывает их здоровыми волосами. Со слов девочки, за три месяца до госпитализации она пережила конфликт в школе, после которого начала обрывать свои волосы, на что обратили внимание родители, но по этому поводу за медицинской помощью не обращались. Девочка не замечает, что обрывает и заглатывает волосы. При УЗИ органов брюшной полости в мезогастррии слева было выявлено объемное образование с выраженной дистальной УЗ-тенью, увеличение размеров и умеренные диффузные изменения в левой почке. При КТ брюшной полости с внутривенным болюсным контрастным усилением в просвете желудка определялось больших размеров свободно лежащее объемное слоистое образование, неоднородной структуры, крапчатого вида, за счет пузырьков газа и гиперденситивных включений, неправильной формы (напоминает форму желудка), 136/77/47 мм. Девочка была осмотрена хирургом, выставлен диагноз: трихобезоар? В дальнейшем после достижения фазы стихания патологического процесса острого пиелонефрита пациентка А. была переведена в РНПЦ детской хирургии с целью извлечения трихобезоара оперативным путем. Наиболее рациональным методом извлечения трихобезоара является проведение лапаротомии с гастротомией, так как его извлечение лапароскопическими инструментами может вызвать рассыпание и фрагментацию, а эндоскопическая методика пригодна лишь для удаления тел небольших размеров.

Выводы. В представленном клиническом случае трихобезоар явился случайной находкой, выявленной в связи с развитием острого пиелонефрита. У пациентки наблюдались признаки трихотилломании и трихофагии, однако это не стало причиной обращения за медицинской помощью. Девочке рекомендована консультация психиатра. Данный клинический случай представляют интерес в связи с редкостью патологии и необходимостью мультидисциплинарного подхода со взаимодействием педиатров, психиатров и оперирующих хирургов для оптимального лечения пациента.