

Л.Ю. Гижа, Б.В. Цюпка, Б.І. Гижа
Безоар шлунка та кишечника
у дівчинки з олігофренією

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна
 Львівська обласна дитяча клінічна лікарня «ОХМАТДИТ», Україна

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2016.1(73):146-147; doi10.15574/SP.2016.73.146

Безоари — це сторонні тіла, що формуються в шлунково-кишковому тракті після заковтування речовин, які не перетравлюються, а нагромаджуються, з'єднуючись зі слизом і часточками їжі. Наведено клінічний випадок безоара шлунка та кишечника у дівчинки з олігофренією.

Ключові слова: безоар, діти, клінічний випадок.

Безоари — це сторонні тіла, що формуються в шлунково-кишковому тракті після заковтування речовин, які не перетравлюються, а нагромаджуються, з'єднуючись зі слизом і часточками їжі. Безоари, залежно від їхнього походження поділяють на: трихобезоар (волосся), фітобезоар (продукти рослинного походження, зокрема після вживання великої кількості хурми, кизилу, винограду, дикої груші, кукурудзи), шелакобезоар (смола та бітум), себобезоар (тугоплавкі тваринні жири), гемобезоар (згустки крові), лактобезоар (лактоза і казеїн — у недоношених дітей) і полібезоар (змішаний). Найчастіше безоари локалізуються в шлунку, але їх можна виявити і в тонкому кишечнику. У дітей переважно зустрічається трихобезоар. Виникає здебільшого він у дівчаток внаслідок психічних розладів та шкідливої звички — трихотіломанії, що супроводжується вириванням та проковтуванням волосся [3,4]. Клінічна картина безоара залежить від його розміру, локалізації, структури та давності захворювання, на початкових стадіях вона є малосимптомною. Згодом з'являються біль та важкість в епігастральній ділянці, нудота, блювота, втрата маси тіла. Особливої уваги заслуговують ускладнення безоарів, які,

хоча й виникають рідко, проте несуть велику небезпеку для здоров'я та життя дитини. Невисока частота клінічних випадків безоару в педіатричній практиці сприяє розвитку важких хірургічних ускладнень, таких як пролежень, перфорація та обтураційна непрохідність [1,2].

Наводимо клінічний випадок.

02.04.15 р. о 17.00 в хірургічне відділення ЛОДКЛ «ОХМАТДИТ» госпіталізована дівчинка 13 років зі школи-інтернату з діагнозом: «Розлитий перитоніт не з'ясованого генезу». Через глибоку розумову відсталість та порушення мови, з'ясувати скарги та зібрати анамнез не вдалось. При огляді шкірні покриви землистого кольору. Виразні явища інтоксикації. Субфебрилітет. Живіт збільшений в об'ємі, при пальпації «дошкоподібний», перистальтика не вислуховується. У загальному аналізі крові: анемія, лейкоцитоз, нейтрофілоз, збільшене ШОЕ. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини — ознаки кишкової непрохідності. Дитині проведено передопераційну підготовку.



Рис. 1. Перфорація кишечника



Рис. 2. Безоар тонкого кишечника



Рис. 3. Видалення фрагменту безоара шлунка

03.04.15 р. 0.10 Операція. Серединна лапаротомія до 12 см. У черевній порожнині наявний липкий, прозорий випіт у помірній кількості. При ревізії тонкого кишечника виявлено різко збільшену голодну кишку протягом 50 см, на відстані 30 см від зв'язки Трейца, за рахунок туго наповненого вмісту. На ділянці розтягнутого кишечника виявлено множинні перфорації від 0,5 до 2 см у діаметрі. Через найбільшу перфорацію (рис. 1) евакуйовано велику кількість синтетичних шнурів, тканинного матеріалу та листя (рис. 2), загальним об'ємом до 1,5 літра. Проведено резекцію зміненої частини голодної кишки до 50 см, накладено анастомоза кінець-у-кінець. При подальшій ревізії черевної порожнини виявлено різко збільшений, щільно наповнений шлунок. Гастротомія до 4 см. Зі шлунку видалено вміст (рис. 3), аналогічний попередньому, об'ємом до 1,5 літра. Шлунок ушито. Черевну порожнину сановано та дреновано латексними випускниками через контрапертурні розрі-

зи. Контроль гемостазу. Пошарове закриття черевної порожнини.

Післяопераційний період ускладнився евентрацією кишечника, з приводу чого 18.04.15 р. проведено релапаротомію, усунуто евентрацію кишечника. Післяопераційна рана загоїлась вторинним натягом. 19.05.15 р. дитина виписана в задовільному стані по місцю проживання.

Висновки

1. Невисока частота клінічних випадків безоарів у дітей та незначна поінформованість у педіатричній практиці, особливо в дитячій неврології та психотерапії, призводить до низької настороженості відносно даної патології.

2. Особливо прискіпливого ставлення вимагають діти з нервово-психічними розладами.

3. Слід проводити санітарно-освітню роботу з персоналом шкіл-інтернатів, де знаходяться діти з психічними захворюваннями.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антропова Е. С. Редкий случай осложнения безоара желудочно-кишечного тракта / Е. С. Антропова, О. С. Лаврукова, Т. М. Зигинова // Современные проблемы науки и образования. — 2015. — № 2.
2. Маховский В. З. Фитобезоар как причина острой тонкокишечной непроходимости / В. З. Маховский, В. А. Ворущилин, Е. В. Печеникин // Хирургия. — 2005. — № 7. — С. 54—55.
3. Сидоров П. И. Трихобезоар желудочно-кишечного тракта в клинике детского невроза / П. И. Сидоров, В. В. Михеева // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2000. — № 2. — С. 59—60.
4. Трихобезоары желудка и тонкой кишки у детей / Еловой М. М., Борозна В. Г., Кухтарев А. А., Разумова Т. Е. // Новости хирургии. — 2012. — № 2. — С. 96—100.

Безоар желудка и кишечника у девочки с олигофренией

Л.Ю. Гижа, Б.В. Цюпка, Б.И. Гижа

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Украина

Львовская областная детская клиническая больница «ОХМАТДЕТ», Украина

Безоары — это инородные тела, формирующиеся в желудочно-кишечном тракте после заглатывания веществ, которые не перевариваются, а накапливаются, соединяясь со слизью и частичками пищи. Приведен клинический пример безоара желудка и кишечника у девочки с олигофренией.

Ключевые слова: безоар, дети, клинический случай.

Bezoar of stomach and intestine in girl with mental retardation

L.Yu Gizha, B.V. Tsyupka, B.I. Gizha

Danylo Galytskyi Lviv National Medical University, Ukraine

Lviv Regional Children's Clinical Hospital «OKHMATDET» Ukraine

Bezoars is a foreign bodies, which are formed in the gastrointestinal tract after ingestion of substances which are not digested and pile up, connecting with mucus and food particles. Clinical examples of bezoar of stomach and intestine in the girl with mental retardation are presented.

Key words: bezoar, children, clinical case.

Сведения об авторах:

Гижа Л.Ю. — к.мед.н., ассистент каф. детской хирургии Львовского НМУ им. Д. Галицкого МОЗ України; Львовская областная детская клиническая больница «ОХМАТДЕТ». Адрес: г. Львов, ул. Лысенко, 31.

Цюпка Б.В. — каф. детской хирургии Львовского НМУ им. Д. Галицкого МОЗ України; Львовская областная детская клиническая больница «ОХМАТДЕТ». Адрес: г. Львов, ул. Лысенко, 31.

Гижа Б.И. — каф. детской хирургии Львовского НМУ им. Д. Галицкого МОЗ України; Львовская областная детская клиническая больница «ОХМАТДЕТ». Адрес: г. Львов, ул. Лысенко, 31.

Статья поступила в редакцию 04.02.2016 г.

Правила подачи и оформления статей

Авторская статья направляется в редакцию по электронной почте в формате MS Word с приложением сканированных копий официального направления и первой (титальной) страницы статьи с подписью всех авторов статьи в формате Adobe Acrobat (*.pdf). Печатный экземпляр рукописи, подписанный автором (ами), и оригинал официального направления высылаются по почте на адрес редакции.

Текст статьи принимается на украинском, русском или английском языках.

Структура материала: введение (состояние проблемы по данным литературы не более 5–7-летней давности); цель, основные задания и методы исследования; основная часть (освещение статистически обработанных результатов исследования); выводы; перспективы дальнейших исследований в данном направлении; список литературы (два варианта), рефераты на русском, украинском и английском языках.

Объем реферата не должен превышать 200–250 слов. Обязательно указываются ключевые слова (от 3 до 8 слов) в порядке значимости, способствующие индексированию статьи в информационно-поисковых системах.

Реферат является независимым от статьи источником информации, кратким и последовательным изложением материала публикации по основным разделам, сохраняя структуру публикации. Реферат будет опубликован отдельно от основного текста статьи и должен быть понятным без самой публикации.

Реферат к оригинальной статье должен быть структурированным: а) цель исследования; б) материал и методы; в) результаты; г) заключение; д) ключевые слова. Все разделы в резюме должны быть выделены в тексте жирным шрифтом. Для остальных статей (обзор, лекции, обмен опытом и др.) реферат должен включать краткое изложение основной концепции статьи и ключевые слова.

На первой странице указываются: индекс УДК слева, инициалы и фамилии авторов, название статьи, название учреждения, где работают авторы, город, страна.

Количество иллюстраций (рисунки, схемы, диаграммы) должно быть минимальным. Иллюстрации (диаграммы, графики, схемы) строятся в программах Word или Excel, фотографии должны быть сохранены в одном из следующих форматов: PDF, TIFF, PSD, EPS, AI, CDR, QXD, INDD, JPG (150–600 dpi). Таблицы и рисунки помещают в текст статьи сразу после первого упоминания. В подписи к рисунку приводят его название, расшифровывают все условные обозначения (цифры, буквы, кривые и т.д.). Таблицы должны быть компактными, пронумерованными, иметь название. Номера таблиц, их заголовки и цифровые данные, обработанные статистически, должны точно отвечать приведенным в тексте.

Ссылки на литературные источники в тексте обозначаются цифрами в квадратных скобках, должны отвечать нумерации в списке литературы.

Необходимо подавать два варианта списка литературы.

Первый вариант. Список литературы подается сразу же за текстом и оформляется в соответствии с ДСТУ ГОСТ 7.1:2006, используемым в диссертационных работах. Авторы упоминаются по алфавиту — сначала работы отечественных авторов, а также иностранных, опубликованные на русском или украинском языках, далее — иностранных авторов, а также отечественных, опубликованные на иностранных языках. Все источники должны быть пронумерованы и иметь не более 5–7-летнюю давность.

Пример оформления:

Бадалян Л. О. Детская неврология / Л. О. Бадалян — М. : МЕДпресс-информ, 2010. — 608 с.
 Волосянко А. Б. Ефективність корекції ендотеліальної дисфункції в дітей із мікроаномаліями розвитку серця інгібіторами ангіотензину конверту вального фактору / А. Б. Волосянко, О. Б. Синоверська, Л. Я. Литвинець // Буковинський мед. вісн. — 2007. — Т. 11, № 2. — С. 23–27.
 Дедов И. И. Руководство по детской эндокринологии / И. И. Дедов, В. А. Петеркова — М. : Универсум Паблишинг, 2006. — 595 с.
 Референтные значения тиреотропного гормона и распространенность субклинических нарушений функции щитовидной железы у подростков в регионе легкого йодного дефицита / А. В. Княев, Л. И. Савельев, Л. Ю. Герасимова [и др.] // Проблемы эндокринологии. — 2008. — № 4 (54). — С. 14–17.

Второй вариант необходим для анализа статьи в международных наукометрических базах данных, он полностью повторяет первый, но источники на украинском и английском языках **ПЕРЕВОДЯТСЯ!** на английский язык. Нельзя использовать предусмотренные ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 знаки разделения: // и -.

Пример оформления:

Для статей: Фамилии авторов и название журнала подаются в транслитерации латиницей, название статьи — на английском языке.
 Author AA, Author BB, Author CC. (2005). Title of article. Title of Journal. 10(2); 3: 49–53.
 Kaplin VV, Uglov SR, Bulaev OF, Goncharov VJ, Voronin AA, Piestrup MA.
 2002. Tunable, monochromatic x rays using the internal beam of a betatron. Applied Physics Letters. 18(80); 3: 3427–3429.
 Kulikov VA, Sannikov DV, Vavilov VP. 1998. Use of the acoustic method of free oscillations for diagnostics of reinforced concrete foundations of contact networks. Defektoskopiya. 7: 40–49.
 Levey A, Glickstein JS, Kleinman CS et al. 2010. The Impact of Prenatal Diagnosis of Complex Congenital Heart Disease on Neonatal Outcomes. Pediatr Cardiol. 31(5): 587–597.

Сокращения в тексте слов, имен, терминов (кроме общеизвестных) не допускается. Аббревиатура расшифровывается после первого упоминания и остается неизменной по всему тексту.

Статья заканчивается сведениями об авторах. Указываются фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность в учреждении/учреждениях, рабочий адрес с почтовым индексом, рабочий телефон и адрес электронной почты всех авторов; идентификатор ORCID (<https://orcid.org/register>). Сокращения не допускаются. Автор, ответственный за связь с редакцией, указывает свой мобильный/контактный номер телефона. Если автор работает в нескольких организациях, указываются данные по всем организациям.

Печатный вариант статьи сопровождается официальным направлением от учреждения, в котором была выполнена работа, с визой руководства (научного руководителя), заверенной круглой печатью учреждения, и экспертным заключением о возможности публикации в открытой печати. На последней странице статьи должны быть собственноручные подписи всех авторов и информация о процентном вкладе в работу каждого из авторов.

Ответственность за достоверность и оригинальность поданных материалов (фактов, цитат, фамилий, имен, результатов исследований и т.д.) несут авторы.

Редакция обеспечивает рецензирование статей, выполняет специальное и литературное редактирование, оставляет за собой право сокращать объем статей. Отказ авторам в публикации статьи может осуществляться без объяснения его причин и не считается негативным заключением относительно научной и практической значимости работы.

Статьи, оформленные без соблюдения правил, не рассматриваются и не возвращаются авторам.

Редколлегия