сте свыше 50 лет. Среди мужчин 1 в возрасте 57 лет, 1 — 42 лет, 4 — свыше 60 лет. 10 пациентов поступили в хирургическое отделение РКБ с клиникой механической желтухи. В одном случае выполнена панкреатодуоденальная резекция с удовлетворительным результатом. Всем другим пациентам выполнена трансдуоденальная папилэктомия. В 9 случаях операцию заканчивали дренированием холедоха по Вишневскому. Интраоперационно во всех случаях обязательно заводили назодуоденальный зонд для декомпрессии. Все больные выздоровели, осложнений не наблюдали.

Приводим клинический пример длительного анамнеза механической желтухи у пациентки N в возрасте 47 лет. Поступила с жалобами на боли в эпигастральной области, правом подреберье, желтушность склер и кожных покровов, потемнение мочи в течение 1 года болезни, общую слабость, чувство горечи во рту, отрыжку, изжогу, снижение веса на 10 кг. До поступления в РКБ лечилась амбулаторно и в стационаре по поводу болезни Боткина, хронического гепатита, гастрита у врача-инфекциониста, гастроэнтеролога. Поступила в хирургическое отделение РКБ с признаками механической желтухи (билирубин общий — 332 ммоль/л, прямой — 186 ммоль/л, непрямой — 146 ммоль/л).

При ФГДЭС, КТ не выявлена опухоль большого дуоденального соска, но имелись признаки гастрита, дуоденита. Подготовлена к операции. Произведена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии — общий желчный проток в диаметре до 1 см. Пальпаторно через двенадцатиперстную кишку определяется опухоль в проекции головки поджелудочной железы, подвижная. Увеличена головка поджелудочной железы за счёт отека до перешейка и части тела, плотная, смещаемая. Учитывая длительно существующую желтуху, операция закончена дренированием холедоха по Вишневскому. Через 20 дней после операции общий билирубин снизился до 44 ммоль/л. Выполнен второй этап операции. При ревизии гепатодуоденальной зоны выявлена опухоль большого дуоденального сосочка размером 2,0×1,5 см, смещаемая. Произведена дуоденотомия напротив опухоли. В ране видно опухолевидное образование большого дуоденального сосочка, гроздевидной формы, полностью перекрывающее просвет большого дуоденального сосочка. Произведена папилэктомия по стандартной методике. Проподимость желчных протоков восстановлена, дренирование холедоха по Вишневскому. В послеоперационном периоде на 9-е сутки возникло дуоденальное кровотечение, которое остановлено консервативными мероприятиями. Дренаж из холедоха удален на 14-е сутки после операции. Выписана с выздоровлением.

Данный клинический пример показывает, что, несмотря на длительный желтушный период заболевания, отсутствие генерализованного процесса при опухоли большого дуоденального сосочка позволяет выполнить радикальную операцию.

Н.В. Ванзатов, Б.В. Атутов, Т.Б. Балданова, З.Д. Цыренов, Б.Д. Ванчиков

ТРИХОБЕЗОАРЫ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)

Безоары представляют собой конгломерат проглатываемых больными волос (трихобезоары), растительных волокон (фитобезоары), или комбинацию того и другого (трихофитобезоары). Чаще всего безоары встречаются у девочек, страдающих причудливыми эмоциональными расстройствами или задержкой психического развития. Безоары формируются в желудке, но могут распространяться в тонкую кишку (Hans S.L., Austin E., 1996).

Безоары формируются долгие годы, бессимптомно. Постепенно появляются признаки гипотрофии, анемии. Ощущаются тяжесть, боли в животе, наблюдается рвота, которые самостоятельно купируются. Учитывая постепенное развитие заболевания, больные особого внимания на свое состояние не обращают. Обнаруживают безоар как находку при медицинских осмотрах, обращении в медицинские учреждения по другому заболеванию или при возникновении пролежней с перфорацией или кровотечением, кишечной непроходимостью. При пальпации живота определяется плотное опухолевидное образование в эпигастральной области. На рентгенограмме с контрастом выявляется образование обтекаемое контрастным веществом.

В клинической практике детского хирургического отделения ГК БСМП за 10 последних лет было 3 случая. Приводим 2 примера.

Больная Д., 16 лет, переведена в ДХО БСМП из кардиологического отделения ГДКБ, где обследовалась по поводу суставного синдрома в сочетании с эритематозной сыпью, возникших после ОРВИ. Из анамнеза известно, что в течение последнего года ребенка беспокоила слабость и периодические боли в животе. Гастроскопия выявила трихобезоар желудка.

При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Дыхание в легких везикулярное, проводится по всем полям,

хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС — 78 уд./мин. Язык влажный, обложен у корня белым налетом. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, при глубокой пальпации в эпигастрии и правом подреберье определяется плотное, малосмещаемое, безболезненное образование. Нижняя граница образования находится на уровне пупка. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул самостоятельный, оформленный. Мочится свободно, безболезненно. В анализе крови отмечается гипохромная анемия (Hb — 80 г/л, эритроциты — $2,8 \times 10^{12}/л$).

После проведенной предоперационной подготовки ребенку выполнена лапаротомия, гастротомия, удален трихобезоар из желудка размерами 35×10×8 см. и часть из двенадцатиперстной кишки длиной 15 см. Трихобезоар представлял собой плотный войлокоподобный предмет с резким неприятным запахом. Послеоперационный период протекал благополучно. Ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. Суставной синдром, эриматридная сыпь купировалась.

Большая С., 14 лет, доставлена машиной скорой помощи с жалобами на боли в животе, многократную рвоту. Боли в животе периодического характера беспокоят в течение последних трех месяцев, сопровождаются вздутием живота, рвотой. Приступы проходили самостоятельно. Ухудшение последние двое суток: боли в животе резко усилились, появилась рвота 6 раз за сутки. Пациентка госпитализирована в отделение детской хирургии с диагнозом острая кишечная непроходимость.

Состояние при поступлении — средней степени тяжести. Положение активное. Кожные покровы бледные, чистые. Астенического телосложения. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС — 96 уд./мин. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот асимметричен за счет вздутия нижних отделов, равномерно участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный во всех отделах. При глубокой пальпации в эпигастрии определяется плотное несмещающееся образование, безболезненное. При аускультации выслушиваются единичные звонкие кишечные шумы. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицателен. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. В анализах, как и первом случае, гипохромная анемия (Hb — 90 г/л). За короткий промежуток времени выросли признаки кишечной непроходимости. По экстренным показаниям ребенку выполнена лапаротомия. В брюшной полости геморагический выпот в умеренном количестве, петли тонкой кишки резко раздуты, на расстоянии 180,0 см от илеоцекального угла в просвете кишки пальпируется образование размерами 7,0×12,0 см, напоминает по консистенции пластилин, за счет чего удалось уменьшить его диаметр и свободно переместить в толстую кишку. При осмотре желудка выявлено, что его просвет заполнен аналогичным образованием. Выполнена гастротомия, удаление трихобезоара, имевшего массу 600,0 грамм. Послеоперационный период протекал благополучно. Девочка выписана в удовлетворительном состоянии.

Все дети после выписки направлены на консультацию к детскому психиатру.

Таким образом, приведенные примеры свидетельствуют о многообразии клинических проявлений трихобезоаров у детей, которые приводят к поздней обращаемости. Диагностируются безоары как диагностическая находка или при возникновении осложнений. Гастроскопия является наиболее достоверным методом диагностики безоаров желудка.

А.В. Ваулина, А.С. Цыбанов, Г.А. Краснояров, О.О. Козлов

**АНАЛИЗ СПОРТИВНОГО ТРАВМАТИЗМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПО
МАТЕРИАЛАМ ДЕТСКОГО ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГК
БСМП ИМ. В.В. АНГАПОВА ЗА 2002–2007 ГГ.**

*МУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
им. В.В. Ангапова» (Улан-Удэ)*

Травмы опорно-двигательного аппарата, полученные во время выполнения физических упражнений, тренировок и спортивных соревнований, представляют собой медицинскую проблему, внимание к которой все более и более нарастает. По данным ВОЗ, спортивный травматизм составляет 5 % от всех травм. Современная спортивная тренировка в большом числе видов спорта является состоянием, граничащим между нормальной физиологией и рядом патологических отклонений. При систематических физических упражнениях с высокими адаптационными нагрузками опорно-двигательный аппарат реагирует целым рядом адаптационных реакций, в процесс вовлекаются мышцы, кости и суставы. При нарушении адаптационных способностей возникают различные микротравмы или патологические отклонения, вызванные перенапряжением. Наряду с этими хроническими по своему характеру заболеваниями, в условиях современного спорта наблюдается и ряд острых травм, приводящих к переломам,