

кости психосоматических расстройств или наличием проблем отношений в семье, неправильным восприятием информации о методах обследования.

**Оказание помощи в контексте общества.** Для ВОП важным ресурсом при решении проблем пациента является знание особенностей сообщества, которое его окружает, что позволяет не только выяснить возможные детали развития заболевания и повлиять на это, но и привлечь дополнительные ресурсы для оказания ему помощи. Он должен также использовать ресурсы отдела социального обеспечения, предоставляющего услуги для малообеспеченных, пожилых пенсионеров и т. д.

**Координация помощи.** Именно с ВОП начинается контакт пациента с системой здравоохранения в целом. Если врач действительно станет своеобразным гидом в этой системе для своего пациента, будет советчиком и адвокатом, защищающим интересы пациента, то процесс оказания помощи станет более эффективным. Отсутствие должного контакта с врачом, приведет к потере веры в возможность получения качественной помощи, с одной стороны, и изменению затрат на оказание помощи в дальнейшем, с другой.

**Профилактическая направленность.** Наблюдая своих пациентов в течение их жизненного цикла, ВОП имеет возможность идентифицировать факторы риска (ФР) развития хронических заболеваний. У него есть уникальная возможность заниматься всеми видами профилактической работы, в том числе первичной профилактикой.

**Оказание помощи в контексте семьи.** Появление хронического заболевания у одного из членов семьи может изменить сложившиеся стереотипы. ВОП должен учитывать особенности жизненного цикла семьи. Вовлечение членов семьи в процесс решения проблем пациента, связанных с профилактикой или лечением, является мощным ресурсом ВОП, способствующим повышению эффективности оказания помощи.

#### **Заключение**

К ключевой компетенции ВОП в РБ относятся:

- ✓ управление процессом на уровне первой медицинской помощи;
- ✓ оказание помощи, ориентированной на пациента, а не на патологический процесс;
- ✓ решение специфических проблем пациента (оказание экстренной медицинской помощи, учет эпид. ситуации, сотрудничество с пациентом, эффективное использование диагностических и лечебных методов и др.);
- ✓ всеобъемлющий подход (владение методами профилактики и укрепления здоровья, диагностики, лечения, реабилитации и паллиативной медицины);
- ✓ популяционно-ориентированный подход (умение оказывать помощь, исходя из потребностей индивидуума и сообщества, с учетом особенностей культуры и этнической принадлежности пациента).

УДК 616.33/.342-003.747.81-053(476.2)«2019»

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ «СИНДРОМА РАПУНЦЕЛЬ» (ГИГАНТСКИЙ ТРИХОБЕЗОАР ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ) У РЕБЕНКА В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2019 Г.**

**Баранов С. Ю.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup>Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная детская клиническая больница»,

<sup>2</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Употребляя пищу, человек надеется на максимальное усвоение ее составляющих частей. Однако часть принимаемой пищи состоит из непереваренных компонентов, в

результате чего в желудочно-кишечном тракте могут начать формироваться конгломераты, так называемые «безоары», имеющие тенденцию к росту.

Находя их у животных, им часто предписывались самые разнообразные целебные свойства, даже использовались как противоядия, особенно от мышьяка. Даже в переводе с арабского слова «*bedzehr*» и с персидского «*padzhar*» — оно так и звучит «предохраняющий от яда».

Происхождение безоаров желудка и кишечника может быть различным: *трихо-, фито-, стибобезоары, безоары органического и эмбрионального происхождения, полибезоары и другие.*

Скорость их формирования может быть от нескольких дней до нескольких лет, размеры и форма камней также различны.

Особое место во врачебной практике занимает трихобезоар (в России как «волосяная опухоль» впервые была описана русским хирургом, профессором В. М. Мышем, в 1912 г.), который образуется при попадании в желудок волос и шерсти. У пациентов с неуравновешенной психикой, страдающих трихофагией такие обнаруженные трихобезоары (ТБ) больших размеров получили звонкое сказочное название, как «синдром Рапунцель».

#### **Цель**

Описать этапы диагностики и лечебной тактики у пациентки с гигантским ТБ желудка и двенадцатиперстной кишки, выявленном в УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» (ГОДКБ) в 2019 г.

#### **Материал и методы исследования**

Ретроспективно проведен анализ амбулаторной карты и истории болезни пациентки с диагнозом «гигантский трихобезоар желудка», а также информации полученной из общения с ребенком.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Пациентка Н. (девочка, 14 лет), появилась от 1 беременности, 1 срочных родов, доношенной в возрасте матери 27 лет. Вес ребенка при рождении был 2750 г, по Апгар 8/9. До года находилась на естественном вскармливании, прикормы вводились своевременно в нужном по возрасту объеме. Семья у ребенка полная, на учете семья как неблагополучная не состояла. Наследственный анамнез не отягощен.

С возраста 4 лет родители заметили у девочки желание кушать свои волосы. С 2009 г. ребенку был впервые выставлен невроз навязчивых движений. Также периодически наблюдалась анемия легкой степени тяжести. Лечение у психиатра и невролога дали улучшение состояния, девочка, со слов матери, перестала это делать.

При обращении в свою поликлинику за 5 месяцев до развития данной ситуации (по поводу ДЗ: ОРИ. Острый фаринготрахеит. ЖДА легкой степени тяжести) в объективном осмотре участковым педиатром особых изменений (образований) со стороны живота не было отмечено, не было заподозрено.

Обращением в стационар родителей с ребенком 28.07.2019 стало появление отказа ребенка от еды, развитие рвоты до 7 раз в день в течение 2 суток, боли в животе особо не беспокоили. При уточнении анамнеза было отмечено появление проблемы уже с апреля 2019 г.: девочка сама указала, что постепенно стала плохо есть обычную еду, предпочитала жидкую пищу, мать ретроспективно констатировала плохой рост и уменьшение волос на голове дочери. Однако не придавала этому особого значения, не возникла настороженность.

Объективно в приемном отделении: общее состояние ребенка было средней степени тяжести за счет основного заболевания. Сознание ясное, состояние психики, настроение — спокойное. Ориентирована в окружающей обстановке. По общему состоянию была несколько вялая, ослабленная. ИМТ — 18 кг/м<sup>2</sup> (понижен). Физическое развитие

пониженное, дисгармоничное. Состояние подкожного жирового слоя — пониженное питание. Кожные покровы и видимые слизистые без изменений, бледно-розовые. Костно-мышечная и суставная системы внешне не изменены. Отеков нет. Грудная клетка нормальной формы, равномерно участвует в акте дыхания. При осмотре живот был несколько вздут в эпигастрии, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный в нижних отделах, малоболезненный и немного напряженный в эпигастрии. Над пупком пальпируется плотное малоболезненное образование размерами около 15 см в диаметре. Перистальтика кишечника есть. Симптомы Щёткина, Воскресенского, Ситковского, Раздольского отрицательные. При пальцевом исследовании прямой кишки — патологии по длине пальца не установлено. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул 1 раз ежедневно, оформленный, без патологических примесей.

По результатам лабораторных методов исследования:

1. ОАК: анемия средней степени тяжести (Hb — 89 г/л).

2. ОАМ: удельный вес — 1050, белок — 0,1 г/л, кетоновые тела +++, мочевая кислота +.

На УЗИ брюшной полости: Свободной жидкости в брюшинной полости не обнаружено. Левую верхнюю половину брюшной полости занимает плотное образование с четкими границами, стенка до 4–5 мм, при цветовом доплеровском картировании — внутривенный кровоток, отесняющее органы брюшной полости. Печень не увеличена (косой размер правой доли вертикальный — 130 мм). Желчный пузырь — без особенностей. Селезенка до 140 × 50 мм (увеличена). Забрюшинные лимфатические узлы не увеличены. Заключение: киста брюшной полости (осложненная)? Рекомендована: компьютерная томография органов брюшной полости.

На основании вышеперечисленных обследований выставлен предварительный диагноз: T18.2 Инородное тело в желудке. Образование (ТБ?) желудка больших размеров. Образование брюшной полости?

По срочным показаниям ребенок был госпитализирован в хирургическое отделение, была выполнена ЭГДС (cito!). Описание: Аппарат введен через рот. Слизистая пищевода чистая, кардия смыкается, желудок от дна до двенадцатиперстной кишки заполнен плотным трихобезоаром. Попытки удалить его безуспешны, извлекаются единичные пучки волос. Осмотреть желудок и двенадцатиперстную кишку не предоставляется возможным. Заключение: гигантский ТБ желудка. Рекомендовано: оперативное лечение.

Учитывая сложившуюся ситуацию (гигантский ТБ желудка, анемия средней степени тяжести неустановленной этиологии (по ОАК) изменения в ОАМ), началась подготовка к плановому оперативному вмешательству.

29.08.2019 консилиумом после неэффективности эндоскопической попытки повторной ЭГДС было принято решение о целесообразности проведения ребенку гастротомии, удалении инородного тела.

Протокол операции. Верхне-срединная лапаротомия, гастротомия, извлечение инородного тела (трихобезоара) из желудка и двенадцатиперстной кишки. Ревизия кишечника — других образований не определяется.

После операции ребенку проводилась: антибактериальная терапия, анальгетики, перевязки. Послеоперационный период без осложнений. Общая длительность лечения составила 12 койко-дней.

### **Заключение**

Ошибки поздней диагностики этой патологии у данного ребенка были обусловлены низкой настороженностью родителей, врачей амбулаторного звена, учителей, длительной бессимптомностью или «смазанностью» клинической картины, а также редкостью встречаемой патологии в повседневной практике.