

Гігантський трихобезоар шлунка та дванадцятипалої кишки в дівчинки 15 років



**П.С. Русак^{1,2}, В.Ф. Рибальченко²,
В.М. Вишпінська¹, Б.А. Мельник¹,
М.О. Талько¹**

¹ Житомирська обласна дитяча клінічна лікарня

² Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України, Київ

У статті описано клінічний випадок гігантського трихобезоару, виявленого у дівчинки віком 15 років, клінічні вияви, методи діагностики та хірургічного лікування цієї патології.

Ключові слова: гігантський трихобезоар, діагностика, хірургічне лікування.

Безоарами (від франц. — *bezoard*) називаються сторонні тіла, які утворюються у шлункові внаслідок потрапляння до нього перш за все з їжею таких компонентів, які не перетравлюються, а накопичуються. Відомі такі безоари: фіто-, трихо-, шелак-, піксо-, себо-, гемато- (зі згустків крові), лакто- (з лактози і казеїну в недоношених дітей на штучному вигодовуванні), псевдо-, полібезоари та ін. [2, 3, 7].

У людини безоари зустрічаються відносно рідко. У світовій літературі до 1991 р. описано приблизно 400 випадків. Але ще рідше ця патологія трапляється в дитячому віці, і у зв'язку з цим дитячі хірурги недостатньо знайомі з причинами формування, клінікою і діагностикою цього захворювання. Найчастіше в дітей зустрічаються фіто- і трихобезоари. Причиною утворення фітобезоарів у дітей можуть стати такі рослинні продукти (при значному їх вживанні): груші, виноград, інжир, горіхи, персики, апельсини та ін. У літературі найчастіше повідомляється про діоспіросбезоари, що формуються з хурми [1, 2, 9].

Трихобезоари утворюються внаслідок потрапляння у шлунок волосся, шерсті і зустрічаються в дітей (частіше у дівчаток), що мають шкідливу звичку або патологічну схильність висмикувати, жувати і ковтати волосся з голови, брів, вій (трихотіломанія) та вовняні вироби. У результаті в шлункові утворюється «волосяна пухлина», що складається з клубка переплетеного і склеєного волосся, просоченого харчовими масами і слизом. У дітей можуть утворюватися піксобезоари внаслідок проковтування жувальної гумки або пластиліну. Інші види безоарів у дітей практично не зустрічаються [2, 8, 10].

Безоар може тривалий час знаходитися у шлункові, не викликаючи особливих порушень, супроводжуючись лише зниженням ваги тіла. Специфічних клінічних ознак

Стаття надійшла до редакції 24 квітня 2013 р.

Русак Петро Степанович, д. мед. н., проф. кафедри дитячої хірургії НМАПО імені П.Л. Шупика, зав. хірургічного відділення № 1 Житомирської ОДКЛ
12430, Житомирський р-н, с. Станишівка, Сквирське шосе
E-mail: hirurgia1.odl@ukr.net

немає. Зазвичай спочатку симптомів мало. Під час збільшення безоару періодично з'являються біль і відчуття важкості, розпирання в епігастральній ділянці, відчуття швидкого переповнення шлунка, нудота, блювота. Біль найчастіше має тупий характер, але може бути переймоподібним, поширюючись на низ живота, що зумовлено частковою або повною непрохідністю тонкої кишки. Багато хворих скаржаться на загальну слабкість, швидке насичення, поганий апетит, схуднення. Безоари великих розмірів можуть пальпуватися через черевну стінку у вигляді щільного рухливого новоутворення в епігастрії. Вільне переміщення безоару під час пальпації шлунка спостерігається не завжди. Нерухомість безоару може бути зумовлена його великими розмірами. Клінічні симптоми безоару й особливо пальпована щільна малорухлива пухлина в епігастральній ділянці часто призводять до помилкової думки щодо злоякісної пухлини шлунка. З часом безоар поступово заповнює просвіт шлунка та початкових відділів дванадцятипалої кишки і викликає явище непрохідності. Деякі з найчастіших ускладнень — виразка шлунка унаслідок пролежня стінки, гастрит, гастроптоз. Інколи зустрічається і кровотеча з виразки і множинних ерозій. Великі і щільні безоари можуть викликати перфорацію стінки шлунка з розвитком перитоніту. Описано випадки потрапляння безоарного каменя зі шлунка в тонку кишку, її obturaції і розвитку гострої непрохідності з подальшою перфорацією кишкової стінки. Також безоари можуть призвести до алергічних виявів [2, 11].

У діагностиці безоарів велике значення мають дані анамнезу. Слід з'ясувати у дитини та батьків, чи має вона схильність до жування гумки, проковтування волосся або вовни. У дівчаток слід оглянути волоссяний покрив голови.

Методи діагностики дають змогу визначити дійсну патологію, сновні з них — це рентгенографія шлунка, ультразвукове дослідження (УЗД) і фіброгастроскопія. Рентгенологічно можна помітити дефект — наповнення округлої або овальної форми з рівними та чіткими контурами, що також симулює пухлину шлунка, якщо безоар фіксований до слизової оболонки і не зміщується. У деяких випадках під час рентгенографії визначається тінь округлого тіла у просвіті шлунка або кишечника, що сприяє визначенню точного діагнозу. УЗД — скринінг-метод у діагностиці захворювання, при якому в порожнині шлунка виявляється об'ємне новоутворення, часто з нерівними контурами, високою ехогенністю та з наявністю, як правило, акустичної тіні. Стінки шлунка можуть бути потовщені, але трохи і рівномірно. Слід виконати диференційну діагностику з раком шлунка, при якому УЗД дає змогу виявити специфічні ознаки. При гастроскопії безоари, що формуються, становлять собою великі рихлі грудки з елементами волосся, харчових мас, укриті густим слизом. Як додатковий метод обстеження можна

використовувати комп'ютерну томографію, завдяки якій у порожнині шлунка, інколи і дванадцятипалої кишки, визначається неоднорідне пухлиноподібне утворення складної шаруватої структури та з чіткими контурами) [2, 5].

Як будь-яке стороннє тіло, безоар невеликих розмірів може вийти самостійно. Якщо він пройде зону пілоричного жому і дванадцятипалої кишки, то практично завжди може вийти без оперативного втручання. У дітей сторонні тіла просуваються швидше, ніж у дорослих. Після неуспішних консервативних заходів виконують оперативне втручання. Менш щільні (фіто-, піксо-, себобезоари) видаляють ендоскопічно за допомогою гастроскопа після попереднього дроблення. Невдалі спроби — показання до оперативного втручання. Лікування щільних і ускладнених безоарів лише хірургічне. Операція полягає у видаленні безоару шляхом гастротомії. Прогноз сприятливий [4, 6].

У зв'язку із рідкістю цієї патології в дитячій хірургічній практиці наводимо власний приклад клінічного випадку дитини із гігантським трихобезоаром шлунка та дванадцятипалої кишки.

Дитину В. (дівчинку) віком 15 років 28.02.13 р. госпіталізовано в онкогематологічне відділення Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні з попереднім діагнозом «пухлина черевної порожнини». Основні скарги при надходженні: біль у животі, нудота, часте блювання, відчуття важкості у шлунку, загальна слабкість.

З анамнезу хвороби відомо, що перші ознаки (важкість у шлунку, періодичний біль, нудота, загальна слабкість) з'явилися у вересні минулого року. Самостійно дитину не лікували, по медичну допомогу не зверталися. Лише різке погіршення стану в останній тиждень (наростання загальної слабкості та болю в животі, відсутність апетиту, часті блювання (після кожного прийому їжі), різке схуднення (за останні місяці, зі слів матері, втратила приблизно 10 кг)) змусило звернутися до лікарів.

З анамнезу життя відомо, що дитина в сім'ї друга, росте і розвивається згідно з віковими нормами. Алергологічний анамнез не обтяжений. Щеплення проведено відповідно до віку. БЦЖ-рубець — 3 мм, реакція Манту — 4 мм. Дитина часто хворіє на вірусні захворювання, перебуває на «Д» обліку в ендокринолога та кардіолога з приводу дифузного нетоксичного зоба II ст., функціональної кардіоміопатії, пролапсу мітрального клапана I ст.

Стан дитини при госпіталізації середньої важкості, зумовлений інтоксикаційним синдромом. Свідомість ясна. Під час огляду виявлено: дитина астеничної тілобудови, зі зниженим харчуванням, шкірні покриви чисті, бліді, підшкірно-жирова клітковина стоншена. Язик дещо сухий, укритий сіро-жовтими нальотом. Мікроциркуляція задовільна. З боку серцево-судинної, дихальної та сечостатевої систем патологій не виявлено. Живіт збільшений у розмірах, м'який, дещо піддутий, асиметричний за рахунок об'ємного помірно болісного утворення, що пальпується від краю лівої реберної

дуги до крила правої клубової кістки (рис. 1), чутливий при глибокій пальпації. Симптоми подразнення очеревини негативні. Перистальтика активна, гази відходять, випорожнення відсутні. У зв'язку з інтоксикаційним синдромом, частим блюванням при надходженні дитині призначено інфузійну терапію з метою часткового компенсування потреб рідини та поточних патологічних витрат.

Із лабораторних методів обстеження проведено біохімічний та розгорнутий аналізи крові, завдяки яким виявлено анемію I ст. (Hb — 10^6 г/л), гіпопротеїнемію та гіпоальбумінемію (загальний білок — 58 г/л, альбумін — 41 г/л). Загальний аналіз сечі, коагулограма та електроліти були в межах вікової норми. У день госпіталізації також проведено ЕКГ-дослідження (синусова тахікардія) та УЗД органів черевної порожнини, яке показало наявність у лівій частині живота утворення підвищеної щільності розмірами 10×8 см. Також помічено реактивні зміни печінки, підшлункової залози, селезінки, спленомегалію. На наступну добу (1.03.13) проведено фіброгастродуеноскопію, під час якої виявлено трихобезоар великих розмірів, котрий заповнює всю порожнину шлунка.

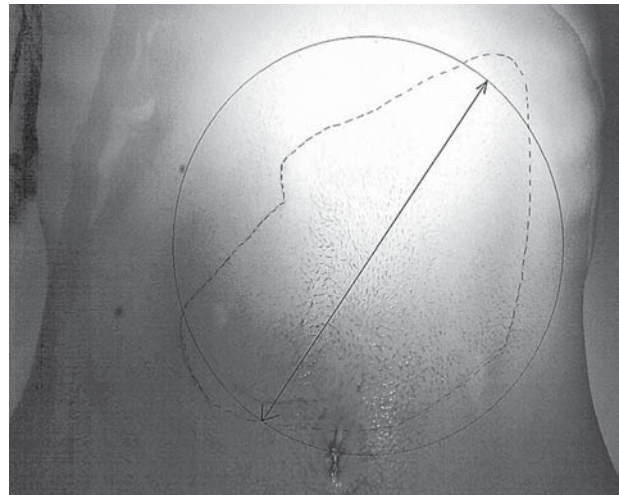
Подальші обстеження не проводились, скликано консилиум, визначено клінічний діагноз «трихобезоар шлунка великих розмірів, дефіцитна анемія I ст.» та у зв'язку із погіршенням стану дитини внаслідок наростання ознак високої непрохідності прийнято рішення щодо ургентного оперативного втручання. 1.03.13 р. виконано операцію — верхньосерединну лапаротомію: випіт відсутній, у рані першим знаходиться шлунок, повністю заповнений безоаром, який заповнює також цибулину дванадцятипалої кишки. Шлунок уздовж передньої стінки взято на шви-трималки, гастротомія довжиною до 10 см. Гастротомічний отвір розтягнуто, безоар розміром $28,0 \times 12,0$ см заповнює весь просвіт шлунка, цибулини дванадцятипалої кишки та частково верхньої горизонтальної її частини і складається з волосся (рис. 2). З порожнини шлунка аспіровано вміст та видалено безоар. Шлунок сановано, гемостаз, виконано дворядні вузлові шви. Черевну порожнину промито. Рани ушити наглухо пошарово.

Під час виконання лапаротомії та гастротомії застосовано метод електрозварювання м'яких тканин за допомогою апарата ЕК 300 М1, що мінімізувало час оперативного втручання та забезпечило ретельний гемостаз із мінімальною інтраопераційною крововтратою.

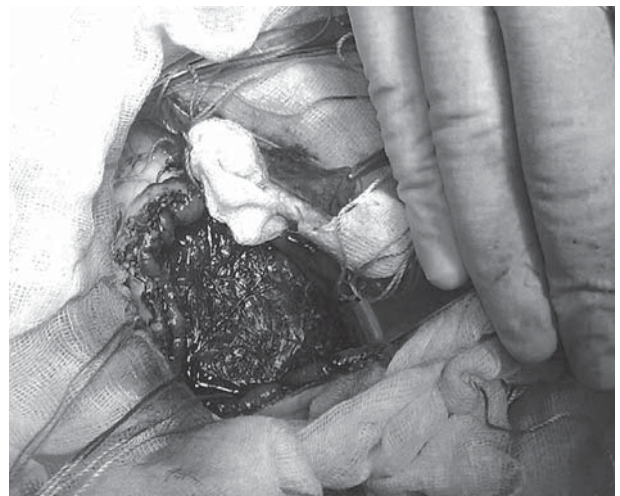
Післяопераційний діагноз: гігантський трихобезоар шлунка та дванадцятипалої кишки, дефіцитна анемія I ст.

Макропрепарат: безоар розміром $28,0 \times 12,0 \times 8,0$ см, буро-коричневого кольору, з волосся, вагою 1,3 кг.

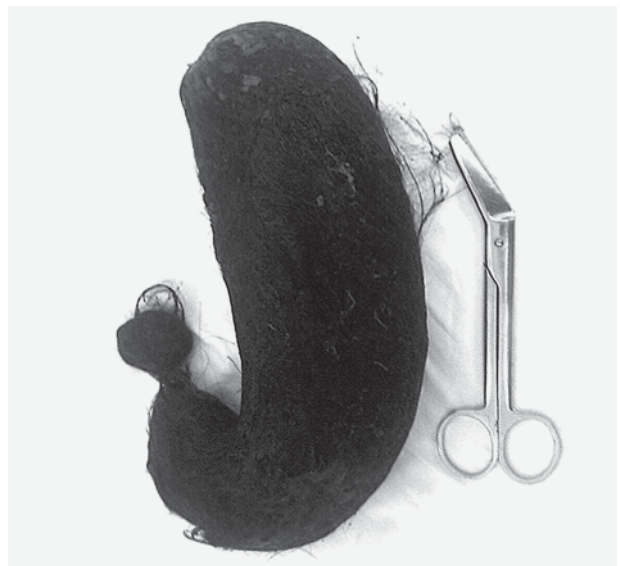
У післяопераційному періоді дитина отримувала антибактеріальну, інфузійну, симптоматичну терапію. При виписці клініко-лабораторні показники стабільні, зберігається незначна анемія та



■ Рис. 1. Контури пухлиноподібного утворення



■ Рис. 2. Гастротомія, виконана апаратом ЕК 300 М1



■ Рис. 3. Трихобезоар

гіпопротеїнемія, виписано дівчинку на 12 добу в задовільному стані з подальшим амбулаторним спостереженням та із рекомендацією консультації у психоневролога.

Висновки

Безоари — це досить рідкісна патологія в дитячій хірургічній практиці, і у зв'язку з цим дитячі хірурги недостатньо знайомі з клінікою і діагностикою цього захворювання. Трихобезоари формуються у дітей, хворих на трихотілomanію. Ці діти мають обов'язково консультиватись у психоневролога та у подальшому перебувати під його спостереженням. Незважаючи на рідкість цієї патології, існує низка обстежень, у першу чергу ультразвукове та фіброгастродуеноскопія, які дають можливість чітко визначити діагноз та подальшу тактику лікування. Застосування методу електрозварювання м'яких живих тканин дало змогу виконати операцію за коротший проміжок часу, з ретельним гемостазом та відсутністю перифокального опікового ураження порівняно з діатермокоагуляцією.

Література

1. Бурков С.Г., Арутюнов А.Г., Атабекова Л.А. и др. Ультразвуковая диагностика фибробезоаров желудка, клиническое наблюдение // SonoAce-International.— 2002.— № 10.
2. Давидов М.И. Безоары.— Пермь: ПГМА, 1998.— 168 с.
3. Питкевич А.Э., Шмаков Н.Н. и др. Трихобезоар желудка и тонкой кишки у ребенка // Детская хирургия.— 2001.— № 2.— С. 48—49.
4. Портнов А.Н., Зайченко И.Г., Кривенко С.Г. Наблюдение трихобезоара желудка у ребенка // Клінічна хірургія.— 1999.— № 6.— С. 49.
5. Саложников В.Г., Куликов В.А., Шабалин В.А. и др. Возможности диагностики безоаров у детей // Рос. пед. журнал.— 2001.— № 4.— С. 51—53.
6. Сидоров П.И., Михеева В.В. Трихобезоар желудочно-кишечного тракта в клинике невроза // Журнал неврологии и психиатрии.— 2000.— № 2.— С. 59—60.
7. Соколов Ю.Ю., Давидов М.И. Безоары желудочно-кишечного тракта у детей // Педиатрия.— 2010.— № 2.— С. 60—65.
8. Цуман В.Г., Щербина В.И., Семилев Э.А. и др. Трихобезоары желудочно-кишечного тракта у детей // Детская хирургия.— 2000.— № 4.— С. 52—54.
9. Чекмарев В.М., Кривихин В.Т., Волков А.Я. и др. Трихобезоар желудка больших размеров у ребенка 7 лет // Детская хирургия.— 2004.— № 4.— С. 47—48.
10. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Одилев А.Х. и др. Безоар желудка у ребенка // Детская хирургия.— 2004.— № 3.— С. 51—52.
11. Юрченко М.І., Рибальченко В.Ф. Безоари травного каналу у дітей // Хірургія дитячого віку.— 2005.— № 2.— С. 93—96.

Гигантский трихобезоар желудка и двенадцатиперстной кишки у девочки 15 лет

П.С. Русак^{1,2}, В.Ф. Рыбальченко², В.М. Вышпинская¹, Б.А. Мельник¹, М.О. Талько¹

¹Житомирская областная детская клиническая больница

²Национальная медицинская академия последиplomного образования имени П.Л. Шупика МЗ Украины, Киев

В статье описан клинический случай гигантского трихобезоара, обнаруженного у девочки в возрасте 15 лет, клинические проявления, методы диагностики и хирургического лечения этой патологии.

Ключевые слова: гигантский трихобезоар, диагностика, хирургическое лечение.

The giant hairball of stomach and duodenum in 15 year old girl

P.S. Rusak^{1,2}, V.F. Rybalchenko², V.M. Vyshpins'ka¹, B.A. Mel'nyk¹, M.A. Tal'ko¹

¹Zhytomyr Regional Children's Clinic Hospital, Ukraine

²P.L. Shupyk NMAPO (National Medical Academy of Postgraduation Education), Kyiv, Ukraine

The clinical case of giant hair ball in 15 year old girl, clinical manifestations, diagnostics and surgical treatment methods for this pathology were reported in this article.

Key words: giant hairball, diagnosis, surgical treatment.