

УДК 616.33-003.6-089-053.2

ВИПАДОК ТРИХОБЕЗОАРУ ШЛУНКА У ДИТИНИ**Чаварга М.І., Гербут С.Ф., Терза О.І.***Ужгородський національний університет, кафедра факультетської хірургії, курс дитячої хірургії, м. Ужгород***Ключові слова:** трихобезоар, хірургічне лікування, трихотіломанія

Безоари шлунку належать до особливого роду захворювань, які в багатьох випадках близькі до сторонніх тіл шлунку. Утворюються при надходженні до шлунку з їжею або іншим шляхом, речовин, які не перетравлюються шлунком, а накопичуються в ньому. Існує велика кількість різних видів безоарів:

- фітобезоари;
- себобезоари;
- піксобезоари;
- антракобезоари;
- трихобезоари;
- гематобезоари.

Фітобезоари складаються з рослинної клітковини (клітковини хурми, фініків, рідше інших фруктів і ягід). У формуванні фітобезоарів значна роль відводиться дріжджоподібним грибам, які є свого роду "затравкою". Існує думка, що гриби ростуть на безоарі, як на живильному середовищі. В окремих випадках скопичення гігантських колоній стає безоаром.

Себобезоари – жирові камені, які формуються з тваринного жиру. Піксобезоари - шільні утворення - виявляються в людей, що вживають сурогати алкоголю, клей БФ. Антракобезоари - камені з вугілля, або медикаментозні (магнезіальні).

Піксобезоари виникають у людей, які мають звичку жувати і ковтати смолу.

Трихобезоари – волосяна "пухлина" – зустрічаються в осіб, що страждають психічними

розладами, а також у дітей з неврозом нав'язливих станів (трихотіломанія). "Проріджування" і ковтання волосся у віці 2-4 років, іноді у ще більш ранньому віці, та нав'язливі страхи є клінічними проявами вищезгаданого неврозу. Трихотіломанія і є причиною виникнення трихобезоарів.

Гематобезоари виникають при проковтуванні великої кількості крові під час масивних носових і горлових кровотеч. Існують дані про можливість утворення їх при капіляротоксикозах. Утворення безоарів в даних випадках відбувається в результаті розвитку в шлунково – кишковому тракті кровоточивих виразок і різкого порушення моторної функції шлунку.

Перша згадка про безоари зустрічається в працях відомого хірурга XVI сторіччя Амбруаза Паре. У вітчизняній літературі вперше описав трихобезоар шлунку В.М. Миш (1912 р.). У світовій літературі до 1991 року описано біля 400 випадків.

Швидкість формування безоарів залежить від їх природи і коливається від 5-ти днів до кількох років. По мірі росту безоари утворюють ніби зліпок шлунку. Клінічні прояви безоарів шлунку залежать від природи, розмірів, маси, локалізації та давності процесу. Найбільш часті симптоми – болі в епігастральній ділянці, відчуття важкості в животі, нудота, блювота, зниження апетиту. Спершу, як правило, симптомів мало. Велике значення мають анамнестичні дані про негативні звички пацієнта. При

пальпації в ділянці шлунка виявляється пухлиноподібне утворення. Особливістю “пухлини” є її легка зміщуваність при незначних розмірах, безболочість. Одне з найчастіших ускладнень – виразкування шлунку, як правило, поверхнєве. Великі щільні безоари можуть перфорувати стінку шлунку. Описані випадки проходження невеликого безоару в тонку кишку і розвиток гострої кишкової непрохідності.

Основними методами діагностики є рентгенографія шлунку та фіброгастроуденоскопія. При оглядовій рентгенографії у випадку великих безоарів виявляють зменшення розмірів і деформацію газового міхура шлунку (нижня границя утворює півмісяць випуклістю доверху). При трихобезоарах можна виявити тінь самого конгломерату в зоні звичайного розміщення шлунку. Типовим для невеликих безоарів при контрастному дослідженні є наявність центрального дефекту в силуеті шлунку при компресії, який легко зміщується. Крайові дефекти, як правило, відсутні, як і симптом ригідності стінки з відсутністю перистальтики. Високий діапазон зміщуваності утворення дозволяє виключити поліп на ніжці при дослідженні рельєфу слизової шлунку за методом пневморельєфу. Без застосування компресії при тугому заповненні шлунку безоарний конгломерат „тоне” в контрастній масі і стає невидимим. Якщо безоар досяг великих розмірів, то перша порція контрастної речовини дещо затримується в стравоході над кардією, а потім повільно просочується в шлунок, поступово спускаючись вздовж його стінок. При цьому виявляється величезний центральний розміщений дефект наповнення. Таким чином вдається дослідити інтактність стінок шлунку, хоча перистальтичні хвилі поверхнєві, а іноді – такі, що рідко виникають. При гігантському трихобезоарі контрастна речовина нерівномірно пронизує склеєне між собою волосся, створюючи картину мазків, різних за величиною і формою. Досягнувши пілоричного відділу, контраст повільно переходить у дванадцятипалу кишку. При гігантських безоарах, коли диференційна діагностика з пухлиною складна, рекомендовано рентгенологічне дослідження за методом подвійного контрастування з введенням у шлунок барієвої суміші, а потім повітря. Це дає можливість виявити еластичність стінок шлунку і добре вивчити поверхню утворення в просвіті шлунку. Основними рентгенографічними відмінностями від пухлин шлунку є: 1) поверхня безоару ніколи не є настільки гладкою, як при доброякісній пухлині; 2) проти діагнозу пухлини екзофітного росту говорить відсутність дефекту на контурах шлунку; 3) великі і гігантські безоари хоч і нерухомі, але не супроводжуються ригідністю стінки шлунку; 4) як правило, при великих безоарах стан хворого явно неадекватний рентгенографічній картині.

При гастроуденоскопії виявляється інеродне тіло шлунку, по можливості проводиться біопсія з подальшою ідентифікацією складу утворення, слизова

помірно запалена. Явища хронічного гастриту. Лікування: менш щільні безоари (фіто-, піксо-, себобезоари) видаляються ендоскопічно, після попереднього дроблення. Всі інші лікуються тільки хірургічним шляхом.

Останній випадок трихобезоару шлунку у дитини описаний в 1998 році. Дівчинка, 11 років, лікувалась у дитячому гастроентерологічному центрі, м. Архангельськ.

Заслугове на увагу повідомлення із США. Журнал “Pediatrics” опублікував статтю, в основу якої лягли два випадки важких закрепів у дітей 4 років, що не піддавалися лікуванню, і один випадок непрохідності стравоходу (дитина 1,5 року). Ендоскопічно діагностовано наявність „гумових” каменів. З анамнезу відомо, що діти часто ковтали жувальну гумку. Дослідження „гумових” безоарів у світі ще не проводилися.

У зв'язку з рідкістю спостережень безоарів повідомляємо про наступний випадок.

Хвора П., 5 років, перебувала на лікуванні у відділенні дитячої хірургії Ужгородської центральної міської лікарні в травні 2002 року. При надходженні: скарги на біль в шлунку, нудоту, зниження апетиту, наявність утворення в епігастрії. З анамнезу відомо, що скарги з'явилися 2-3 місяці тому. З 1 року має звичку їсти волосся та нитки. Попередньо дитина обстежена в міській дитячій лікарні, де консультована психоневрологом, дитячим хірургом. Діагноз: Тріхотіломанія. Тріхотілосома. Тріхобезоар шлунку. Діагноз підтверджено рентгенологічно. При надходженні стан хворої задовільний. Дитина дещо недостатнього харчування, нормостенічної тілобудови. Шкіра чиста, бліда. Язик незвичайно обкладений білим нальотом. Серце: тони звучні, ритмічні, пульс 82 уд/хв., задовільний. Легені: везикулярне дихання, частота дихання 28 на хвилину. Живіт правильної форми, бере участь в диханні рівномірно. В епігастральній ділянці пальпується рухоме, невелике утворення кам'янистої щільності, 5x7x10 см. Печінка, селезінка не збільшені. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. В загальному аналізі крові – помірна анемія (гемоглобін – 109 г/л еритроцити 3,0 Т/л), в біохімічних аналізах крові, загальному аналізі сечі патологічних змін не виявлено. Дитина підготовлена до планового оперативного лікування. Доопераційна підготовка вимагала корекції анемії.

Операція: верхньо–серединна лапаротомія, довжиною 10 сантиметрів. При ревізії шлунок збільшених розмірів, колір звичайний. Виконана поздовжня гастротомія в препілоричній ділянці довжиною до 5 см. Отвір в шлунку розтягнутий гачками Фарабефа. Видалений трихобезоар розмірами 5x7x14 см, який за формою відповідає порожнині шлунку, складається з ниток і волосся (Рис. 1). Тупферами видалені казеозні маси, які містять волосся. Отвір в шлунку ушито, черевна порожнина санована. Рана ушита пошарово, наглухо.

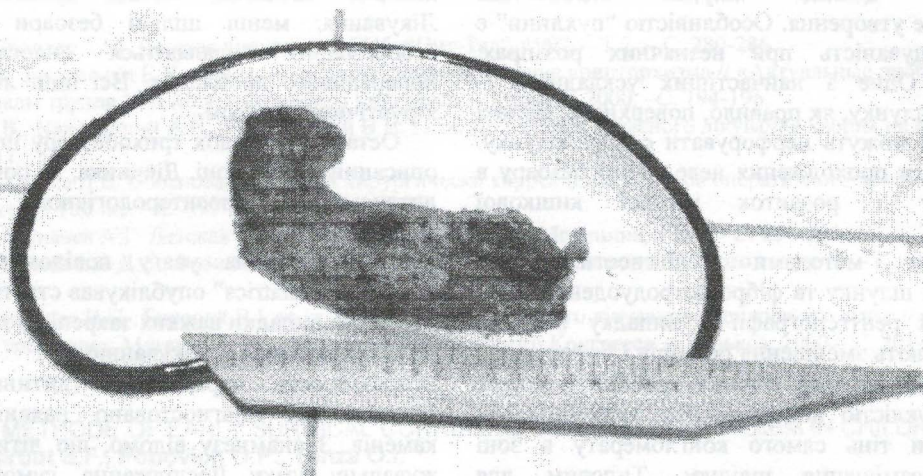


Рис. 1. Трихобезоар

Післяопераційний період протікав без особливостей. Шви знято на 7 добу. Дитина профілактично отримувала антибактеріальну терапію, вітамінотерапію, знеболюючі. Проводилась корекція

анемії. На 10 добу після оперативного втручання дитина виписана під нагляд дільничного педіатра. Контроль через 1, 2 і 3 місяці. Стан задовільний. Проходить курс лікування у психотерапевта.

ЛІТЕРАТУРА

1. Исаков Ю.Ф., Степанов Е.А. Абдоминальная хирургия у детей. – М.: Медицина, 1988.– С. 121- 123.
2. Сидоров В.И., Михеева В.В. Трихобезоар желудочно-кишечного тракта в клинике детского невроза // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – Москва.- 2000, № 2. – С. 59-60.
3. Тагер И.Л., Филипкин М.А. Рентгенодиагностика заболеланий органов пищеварения у детей. – М.: Медицина, 1974. – С. 108 – 112.
4. Тошовски В. Острые процессы в брюшной полости у детей. – Прага, 1987. – С.327.

SUMMARY

A CASE OF TRYCHOBESOAR DISEASE IN A CHILD

Chavarha M.I., Herbut S.F., Tehza O.I.

Bezoare is a especial kind of diseases. Trichobezoares of stomach form in children wich have psychic disorders and last without any symptoms for a long period are described. The main methods of diagnostics is radiography and endoscopy. World practics medicine recommends urgent operation because of fast development of trichobezoar complications.

Key words: trichobezoar, surgical treatment, trychotilomania