© CC BY С. А. Маркосьян, 2021
УДК 616.33+616.343]-003.6-06:616.34-007.272
DOI: 10.24884/0042-4625-2021-180-3-39-40

ТРИХОБЕЗОАРЫ ЖЕЛУДКА И ТОЩЕЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫЕ ЧАСТИЧНОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

С. А. Маркосьян*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н. П. Огарёва», г. Саранск, Россия

Поступила в редакцию 16.01.2021 г.; принята к печати 12.07.2021 г.

Описаны этапы диагностики и лечения ребенка с трихобезоарами желудка и тощей кишки, начиная с районного стационара и заканчивая детским лечебным учреждением республиканского значения. Операция, выполненная через 2 суток после госпитализации ребенка, заключалась в проведении энтеро- и гастротомии с извлечением трихобезоаров. Послеоперационный период протекал гладко. Значительная трудность распознавания трихобезоаров у детей требует разработки алгоритма действия на всех этапах диагностического процесса.

Ключевые слова: ребенок, трихобезоар, желудок, тощая кишка, хирургическое лечение

Для цитирования: Маркосьян С. А. Трихобезоары желудка и тощей кишки, осложненные частичной обтурационной кишечной непроходимостью. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2021;180(3):39–40. DOI: 10.24884/0042-4625-2021-180-3-39-40.

* **Автор для связи:** Сергей Анатольевич Маркосьян, ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва», 430005, Россия, г. Саранск, ул. Большевикская, д. 68. E-mail: markosyansa@mail.ru.

Введение. Достаточно редкими инородными телами желудочно-кишечного тракта являются опухолеподобные образования, называемые безоарами [1]. При этом чаще всего у детей встречаются трихобезоары, которые в большинстве случаев образуются у девочек подросткового возраста в желудке и реже в тонкой кишке [2]. Наличие длинных волос, привычка откусывать и жевать собственные волосы являются основными причинами формирования этих «псевдоопухолей» [3–5].

Большую проблему для детских хирургов представляет своевременная диагностика указанной патологии, что связано со значительной продолжительностью течения, стертой и неспецифичностью клинической симптоматики [6]. Применение инструментальных методов обследования не всегда позволяет правильно интерпретировать этиологический фактор, а диагностика заболевания нередко связана с развитием внутрибрюшных осложнений и проводится на операционном столе [7, 8].

Клиническое наблюдение. В Детскую республиканскую клиническую больницу г. Саранска 26.02.2020 г. поступила девочка 8 лет с жалобами на боли в животе, многократную рвоту, отсутствие аппетита, слабость, вялость, сухость во рту, повышение температуры тела до 37,2 °С. Из анамнеза удалось выяснить, что указанные симптомы появились 08.02.2020 г. Спустя 2 дня после начала заболевания родители ребенка обратились в Ардатовскую районную больницу, где пациентка была осмотрена хирургом. Данных за острую хирургическую патологию установлено не было. Девочка была госпитализирована в указанное лечебное учреждение с диагнозом «Острый перитонит, хронический панкреатит, стадия обострения». Получала

инфузионную и антибактериальную терапию. В результате проведенного лечения состояние больной улучшилось. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) и обзорной рентгенографии органов брюшной полости патологии выявлено не было. По результатам общего и биохимического анализа крови отмечался умеренный лейкоцитоз, незначительное повышение СОЭ и уровня α -амилазы. Девочка 19.02.2020 г. была выписана из стационара с выздоровлением. Через 6 дней вновь появилась многократная рвота, схваткообразные боли в животе. Повторно обратилась в Ардатовскую районную больницу, откуда была направлена в ГБУЗ РМ «Детская Республиканская клиническая больница» г. Саранска и госпитализирована в отделение реанимации и интенсивной терапии.

При объективном осмотре выявлена умеренная болезненность в эпигастриальной области. Живот оставался мягким, доступным глубокой пальпации, вздутия его не отмечалось. Справа в гипогастрии пальпировалось плотное, незначительно смещаемое, безболезненное образование. Обращало на себя внимание отсутствие стула в течение 2 суток. Проведенное исследование крови показало нарастание количества лейкоцитов и эритроцитов, содержания гемоглобина и гематокрита. Максимальные значения данных показателей определялись в 1-е сутки после госпитализации и составляли, соответственно, $20,2 \cdot 10^9/\text{л}$, $5,62 \cdot 10^{12}/\text{л}$, 167 г/л и 48,1 %. Отмечалось повышение уровня глюкозы (6,15–7,95 ммоль/л). Нормализация указанного показателя на фоне проводимой терапии произошла только через 3 суток с момента поступления больной в стационар. Наблюдалось возрастание крупнодисперсной фракции белков и уменьшение активности α -амилазы крови.

По результатам обзорного рентгенологического обследования брюшной полости, выполненного 26.02.2020 г., какой-либо патологии обнаружено не было. Более информативным методом диагностики оказалось УЗИ органов брюшной полости, которое позволило заподозрить кишечную непроходимость. Посредством эзофагогастродуоденоскопии диагностировались рефлюкс-эзофагит II-A степени, поверхностный гастрит, фито-

Рис. 1. Образование овоидной формы, 8×3 см, в просвете тощей кишки

трихобезоар желудка, дуоденогастральный рефлюкс III степени, поверхностный бульбит, косвенные признаки патологии панкреатобилиарной зоны, нарушение моторики желудка. Рекомендовано хирургическое вмешательство в плановом порядке.

Оперативное лечение, проведенное 28.02.2020 г., заключалось в выполнении верхнесрединной лапаротомии. При ревизии органов брюшной полости в просвете тощей кишки было обнаружено плотноэластическое, неподвижное образование, овоидной формы, размерами 8 и 3 см (рис. 1). Осуществлялась продольная энтеротомия с извлечением из просвета кишки инородного тела, представляющего собой комок волос, и последующим ушиванием раны. Подобное образование размерами 15×8 см было найдено в желудке. В бессосудистой зоне выполнялась гастротомия, удаление инородного тела и восстановление целостности стенки органа (рис. 2). После операции девочка в течение 4 дней находилась в отделении реанимации и интенсивной терапии, где получала консервативную терапию и местное лечение. По истечении указанного срока ребенок был переведен в хирургическое отделение. Швы были сняты на 8-е сутки послеоперационного периода.

Обсуждение. В качестве инородных тел желудочно-кишечного тракта трихобезоары встречаются весьма редко [1]. Длительное бессимптомное течение, способность к миграции указанных образований существенно затрудняют верификацию заболевания [6]. Это порождает частые диагностические ошибки и приводит к неправильному выбору лечебной тактики [8].

Рассматриваемый клинический случай трихобезоаров у девочки лишний раз подчеркивает сложность ведения такого рода больных, особенно во время первичного их обращения за медицинской помощью. Использование клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования, включающих в себя ультразвуковое и рентгенологическое исследование органов брюшной полости, не позволило выявить этиологический фактор заболевания. Большую информацию о характере патологического процесса дало эндоскопическое обследование желудка, однако окончательный диагноз был установлен только во время хирургического вмешательства.

Выводы. 1. Только эндоскопическое исследование желудка позволяет определить наличие в нем трихобезоара.

Рис. 2. Извлеченный из просвета желудка комок волос

2. Описанное клиническое наблюдение свидетельствует о значительной трудности распознавания трихобезоара в тощей кишке на всех этапах диагностического поиска.

Конфликт интересов

Автор заявил об отсутствии конфликта интересов.

Соответствие нормам этики

Автор подтверждает, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Информация о согласии

Дано согласие законного представителя ребенка, не достигшего возраста 15 лет, на предоставление описания клинического наблюдения в печати и Интернете с научной и образовательной целью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давидов М. И., Никонова О. Е. Этиопатогенез формирования безоаров у детей и их профилактика // Мед. альманах. 2016. Т. 42, № 2. С. 91–94. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=26112232> (дата обращения: 12.05.2021).
2. Meier C. M., Furtwaengler R. Trichophagia : Rapunzel syndrome in a 7-year-old girl // J. Pediatr. 2015. Vol. 166, № 2. P. 497. Doi: 10.1016/j.jpeds.2014.10.040.
3. Щербак В. А., Гаймоленко С. Г., Черданцева В. Г. Два случая трихобезоаров у девочек // Вопросы соврем. педиатрии. 2016. Т. 15, № 3. С. 311–314. Doi: 10.15690/vsp.v15i3.1570.
4. Veloso N., Silva J. D., Goncalves L. et al. Trichotillomania and trichophagia : the causes of Rapunzel syndrome // Rev. Esp. Enferm. Dig. 2013. Vol. 105, № 2. P. 103–104. Doi: 10.4321/S1130-01082013000200007.
5. Czerwinska K., Bekiesinska-Figatowska M., Brzewski M. et al. Trichobezoar, rapunzel syndrome, tricho-plaster bezoar – report of three cases // Pol. J. Radiol. 2015. Vol. 80, № 1. P. 241–246. Doi: 10.12659/PJR. 893478.
6. Бабаева А. А. Рентгенологическая диагностика безоаров в желудочно-кишечном тракте // Вестн. новых мед. технологий. 2017. № 3. С. 129–134. Doi: 10.12737/article_59b9125dcacf22.32914503.
7. Vepakomma D., Alladi A. Complete laparoscopic removal of a gastric trichobezoar // J. Minim. Access. Surg. 2014. Vol. 10, № 3. P. 154–156. Doi: 10.4103/0972-9941.134880.
8. Коновалов А. К., Петлах В. И., Константинова И. Н. и др. Острая кишечная непроходимость как осложнение фитотрихобезоара // Рос. вестн. дет. хир., анестезиологии и реаниматологии. 2017. Т. 7, № 3. С. 92–95. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=30767648> (дата обращения: 12.05.2021).

Информация об авторе:

Маркосьян Сергей Анатольевич, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры факультетской хирургии с курсами топографической анатомии и оперативной хирургии, урологии и детской хирургии, Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва (г. Саранск, Россия), ORCID: 0000-0002-9876-4433.