

© Коллектив авторов, 2014
УДК 616.33/.343-008.856.6:611.781

М. И. Давидов, А. О. Гернер, О. Б. Пьянкова

РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ГИГАНТСКОГО ТРИХОБЕЗОАРА ЖЕЛУДКА, ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ И ТОЩЕЙ КИШКИ

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е. А. Вагнера» Минздрава России
(ректор — проф. И. П. Корюкина)

Ключевые слова: *желудочно-кишечный тракт, безоары, инородные тела*

Редкой патологией в хирургии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются трихобезоары, состоящие из клубка переплетённых и склеенных волос с фрагментами пищевых масс и слизи. Трихобезоары образуются при попадании в желудок волос, шерсти и встречаются обычно у детей (чаще у девочек), и некоторых неврологических и психических больных, имеющих вредную привычку или патологическую склонность (трихотилломания) жевать и проглатывать волосы, шерстяные изделия, войлок. Трихобезоары вызывают осложнения: образование язв желудка, пенетрацию, перфорацию, желудочно-кишечные кровотечения, полипоз, некроз стенки желудка, кишечную непроходимость, анемию, кахексию, аллергические дерматиты и др. [5].

В последнее время трихобезоары стали встречаться чаще [1–7]. Между тем, практические хирурги до сих пор плохо знают эту патологию, многие вопросы этиопатогенеза, диагностики и лечебной тактики при безоарах разработаны недостаточно.

За 36 лет практической деятельности в 155-кочной хирургической клинике мы наблюдали лишь 5 больных с трихобезоарами, что свидетельствует о большой редкости данной патологии. Приводим наиболее интересное наблюдение, когда образовался гигантский трихобезоар, заполнивший всю полость желудка, двенадцатиперстную (ДПК) и часть тощей кишки.

Больная Б., 19 лет, поступила в хирургическое отделение 20.11.2012 г. с жалобами на боли в эпигастральной и околопупочной областях постоянного характера, тошно-

ту, многократную рвоту, слабость. При целенаправленной беседе с больной установлено, что она с 3-летнего возраста вырывала у себя волосы на голове, наматывала их на пальцы и образовавшиеся колечки волос проглатывала. Чувствовала неужимую тягу к проглатыванию волос, объяснить причину этого не может. Продолжалась подобная трихотилломания до 14-летнего возраста, при этом у больной на голове, по её словам, наблюдалось поредение волос и даже появлялись участки облысения. В настоящее время волосы не проглатывает. Наличие нервно-психических заболеваний отрицает. В течение 4 последних лет чувствовала анорексию, неприятные ощущения в эпигастральной и околопупочной областях, отрыжку кислым и тухлым, изжогу, тошноту, периодическое вздутие живота, слабость. За 4 дня до госпитализации тошнота усилилась, появились сильные боли постоянного характера в эпигастральной области, рвота по 3 раза в сутки. Отмечает, что всю съеденную пищу вырывало обратно. Стул был за сутки до госпитализации. Доставлена бригадой скорой помощи с диагнозом «гастрит, холецистит».

Общее состояние средней тяжести. Кожный покров бледный. Питание снижено (масса тела 53 кг при росте 165 см). Натуральная блондинка, участков облысения на голове нет. Пульс 78 уд/мин. АД 120/80 мм рт. ст. Язык суховат, обложен серо-коричневым налётом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, болезненный в эпигастральной и околопупочной областях. Отчётливо пальпируется больших размеров опухолевидное образование в эпигастральной области, которое слегка смещается при пальпации. Печень, селезёнка и почки не пальпируются. Перитонеальных симптомов нет. Лабораторно установлена гипопропротеинемия (белок 58 г/л), другие показатели общего и биохимического анализов крови в норме. При срочной фиброгастроскопии в просвете желудка обнаружена плотная волосая опухоль, заполняющая практически всю его полость и уходящая в ДПК. На доступных для осмотра участках желудка слизистая оболочка рыхлая и гиперемирована. Попытка фрагментировать трихобезоар не удалась: диатермической петлёй он не фрагментируется.

Под эндотрахеальным наркозом выполнена экстренная операция: гастротомия, удаление трихобезоара. Верхняя срединная лапаротомия. В просвете желудка, ДПК и начальном

Сведения об авторах:

Давидов Михаил Иванович (e-mail: midavidov@mail.ru), Гернер Альберт Оттович (e-mail: albertgerner@rambler.ru),

Пьянкова Ольга Борисовна (e-mail: olga-dfg@yandex.ru), ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е. А. Вагнера», 614990, г. Пермь, ул. Петропавловская, 26



*Гигантский трихобезоар у больной Б., 19 лет.
а — внешний вид удалённого трихобезоара; б — разволокненный желудочный фрагмент трихобезоара; в — вид сбоку на поверхность желудочного фрагмента, хорошо видна структура разволокнённого безоара*

отделе тощей кишки прощупывается плотноэластическое опухолевидное образование. Гастротомия в продольном направлении. Через разрез целиком вытянут и удалён гигантский трихобезоар. Рана желудка ушита викрилом. При ревизии в брюшной полости другой патологии не обнаружено. Операционная рана ушита наглухо. При осмотре удалённое инородное тело представляет собой волосяную «опухоль» (трихобезоар) гигантских размеров. Общая длина его составила 39 см при массе 520 г (рисунки, а).

Желудочный сегмент имеет размеры 15×9×6 см и по сути является слепком полости желудка. От желудочного сегмента отходит косичка длиной 6 см, которая переходит в плотный дуоденальный сегмент, имеющий размеры 8×4×4 см. От дуоденального сегмента тянется косичка длиной 10 см, которая простиралась до начального отдела тощей кишки. Желудочный и дуоденальный сегменты по своей плотности и структуре напоминают валенок чёрного цвета, косичка между ними и концевая косичка подвижны и состоят из склеенных и извитых длинных волос. Трихобезоар издает резкий кислый запах, идентичный запаху на камвольно-суконных комбинах. Пинцетом произведено разрыхление поверхности безоара (см. рисунок, б, в). При этом отчётливо видны волосы чёрного цвета, как бы «сваленые», тесно переплетенные друг с другом. Частиц пищи между волосами нет. Сосчитать число волос невозможно, их, вероятно, несколько тысяч. Очевидно основная часть безоара располагалась в желудке, являясь его слепком. От него отходила косичка, которая переходила в основную дуоденальную часть безоара. Концевая косичка (хвостик) располагалась в нижней части ДПК и начале тощей кишки. Мы предприняли попытку

фрагментировать удалённый трихобезоар эндоскопическими инструментами. Это оказалось совершенно невозможно из-за прочного и тесного переплетения волос.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. Больная выписана через 9 сут в удовлетворительном состоянии. Обследована через 11 мес — патологии не установлено, рецидива безоара нет, психические заболевания отсутствуют. Рецидива трихотилломании нет.

Поскольку больная является блондинкой, а безоар состоял из волос чёрного цвета, выполнено следующее исследование. Несколько волос больной, добровольно вырванных ею, помещены в раствор слабой соляной кислоты. Через 1 мес светлые волосы приобрели чёрную окраску, что свидетельствует об их изменении под влиянием соляной кислоты, содержащейся в желудочном соке.

Таким образом, у данной пациентки в раннем детском возрасте в результате трихотилломании сформировался безоар, который постепенно увеличивался в размерах за счёт добавления новых проглоченных волос. Очевидно, за 4 дня до госпитализации безоар заполнил практически весь объём желудка и ДПК, и вся пища, которую в небольшом количестве съела больная, выходила наружу при рвотных движениях. Таким образом, в результате формирования гигантского трихобезоара возникла полная гастродуоденальная непроходимость.

Все удалённые за 36 лет 5 трихобезоаров мы пытались подвергнуть фрагментации уже после их извлечения типовыми эндоскопическими инстру-

ментами. Однако ни разу фрагментации добиться не удалось. В отличие от фитобезоаров, при которых показана эндоскопическая фрагментация и извлечение неплотного и рыхлого безоара, все трихобезоары подлежат обязательному хирургическому удалению.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Мкртычева Т.Э., Саламаха А.П. Трихобезоар подвздошной кишки // Детская хир. 2004. № 4. С. 48–49.
2. Петлах В.И., Сергеев А.В., Виноградов А.Я. Трихобезоары желудка у детей // Рос. вестн. перинатол. педиатр. 2013. № 2. С. 70–73.
3. Питкевич А.Э., Шамаков А.П., Зуев Н.Н. Трихобезоар желудка и тонкой кишки у ребёнка // Детская хир. 2010. № 1. С. 48–49.
4. Разин М.П., Сухих Н.К. Безоар как редкая причина обтурации кишечника у детей // Вятский мед. журн. 2011. № 2. С. 56–57.
5. Соколов Ю.Ю., Давидов М.И. Безоары желудочно-кишечного тракта у детей // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. 2010. № 2. С. 60–65.
6. Чекмарев В.М., Кривихин В.Т., Волков А.Я. и др. Трихобезоар желудка больших размеров у ребёнка // Детская хир. 2004. № 4. С. 47–48.
7. Reti-Gyorgy A., Palyi M., Nady A. Csak muteti uton eltavolitato orias «ontveny» bezoar a gyomorban // Orv. Hetil. 2012. № 3. P. 149–151.

Поступила в редакцию 18.11.2013 г.