

А.Н. Плеханов, Б.Д. Доржиев, С.В. Куликов

**РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРИХОБЕЗОАРА ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ
У РЕБЕНКА**

ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

Описан редкий случай безоара подвздошной кишки у ребенка 6 лет. Проведена операция в объеме: лапаротомия, резекция участка кишки с наложением анастомоза. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

Ключевые слова: трихобезоар, подвздошная кишка

A RARE CLINICAL CASE OF TRICHOBEZOAR OF ILEUM IN THE CHILD

A.N. Plekhanov, B.D. Dorzhiev, S.V. Kulikov

Buryat State University, Ulan-Ude

A rare clinical case of trihobezoar of ileum in the child of 6 years was characterized. The operation included laparotomy, partial resection of intestine with anastomosis. The child was discharged from the hospital after recover.

Key words: trichobezoar, ileum

АКТУАЛЬНОСТЬ

Безоары — это особый вид инородных тел, формирующихся в пищеварительном тракте, преимущественно в полости желудка, из различных проглоченных веществ. Первое сообщение о безоаре принадлежит Шрейбергу (1896). В отечественной литературе впервые о трихобезоаре желудка сообщил В.В. Мыш (1912); он описал «волосяную опухоль» весом 2800 г. [3] Данная патология относительно редко встречается в детском возрасте, и в связи с этим практические врачи недостаточно знакомы с причинами формирования безоаров, клиникой и диагностикой этого заболевания. М.И. Давидовым описано 11 видов безоаров желудочно-кишечного тракта в зависимости от их состава [1, 2]. Среди них наибольшую частоту и значимость в педиатрической практике имеют фито- и трихобезоары. Трихобезоары образуются при попадании в желудок волос, шерсти и встречаются у детей, имеющих вредную привычку или патологическую склонность жевать и проглатывать волосы, шерстяные изделия, войлок — трихотилломанию [4]. В итоге в желудке образуется «волосяная опухоль», состоящая из клубка переплетенных и склеенных волос с фрагментами пищевых масс и слизи [5]. Обычно безоары формируются в желудке, но могут распространяться в тонкую кишку. Диагностика безоаров весьма затруднительна. Клиническая картина безоаров как желудка, так и тонкого кишечника разнообразная. Начало заболевания может быть бессимптомным, в последующем, по мере роста безоара, периодически появляются боли, чувство тяжести в животе, тошнота, рвота, снижение аппетита, гипотрофии, признаки кишечной непроходимости [3].

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

1) провести анализ лечения пациентов с трихобезоаром по данным ДХО ГК БСМП с 1998 по 2011 гг.;

2) описать клинику и диагностику трихобезоара у детей редкой локализации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 1998 по 2011 гг. в ДХО ГК БСМП зарегистрировано 5 случаев трихобезоара желудка у детей 6 — 16 лет. Важно отметить, что в 4 ранее наблюдаемых случаях трихобезоар располагался в желудке.

У этих детей основными признаками «волосяной опухоли» были: боли в животе, чувство переполнения в животе, рвота, анорексия, анемия, гипотрофия различной степени, синдром пальпируемой опухоли в эпигастральной области.

Боли в животе периодического характера, беспокоящие в течение последних 3 месяцев наблюдались в 3 случаях, рвота съеденной пищей — 3, анорексия — 2, гипотрофия различной степени — 3, синдром пальпируемой опухоли в эпигастральной области наблюдался у всех 4 детей.

При госпитализации у детей с трихобезоаром желудка состояние оценивалось как средней тяжести. В нескольких случаях отмечается слабость, периодические боли в животе, многократная рвота. Дети пониженного питания, астенического телосложения, подкожно-жировой слой выражен слабо. Язык влажный, слегка обложен налетом, живот асимметричен за счет вздутия в нижних отделах, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области, перистальтика кишечника вялая.

При пальпации в эпигастрии в проекции желудка определялось плотное, малосмещаемое безболезненное, опухолевидное бугристое образование размером 12 × 10 см, нижняя граница образования определялась на уровне пупка.

На ФГДС у 2 детей в просвете желудка определялось объемное образование, состоящее из спутанных волос, занимающее весь просвет

желудка от верхней трети до привратника, слизистая оболочка антрального отдела умеренно воспалена. Слизистая оболочка луковицы двенадцатиперстной кишки розовая, умеренно отечная. Привратник приоткрыт. Определяемая на ФГДС опухоль в просвете желудка послужила показанием для операции. В остальных 3 случаях показанием для оперативного вмешательства стали нарастающие признаки кишечной непроходимости.

Нами представлен случай: больная девочка в возрасте 6 лет, 25 ноября 2011 года госпитализирована в отделение детской хирургии ГК БСМП им. В.В. Ангاپова с клиникой острой кишечной непроходимости на третьи сутки от начала заболевания. Из анамнеза заболевания выяснить причину непроходимости не представлялось возможным. Ребенок поступил в приемный покой с жалобами на боли в животе с преимущественной локализацией в правой подвздошной области, тошноту, неоднократную рвоту, задержку стула. Девочка в состоянии средней тяжести была госпитализирована в ОЭМП ДХО под динамическое наблюдение и для проведения диагностических мероприятий. Было выполнено УЗИ брюшной полости, на котором выявлено образование с неровной поверхностью, несмещаемое при изменении положения тела. На контрольной R-грамме брюшной полости, в положении стоя, через 13,5 часов после приема бария *per os* выявлена картина кишечной непроходимости в области илеоцекального угла: частично нарушена проходимость подвздошной кишки, она расширена до 3,5–4 см, содержит дефект наполнения, имеется стаз контраста; немного контраста в слепой кишке, следы в восходящей кишке. В анализах крови отмечался резкий сдвиг лейкоцитарной формулы «влево» с появлением единичных юных лейкоцитов. При пальпации передней брюшной стенки в области правой подвздошной области опухолевидное образование пропальпировать не удавалось. В связи с ухудшением состояния, нарастанием признаков кишечной непроходимости ребенок был взят в операционную после проведения предоперационной подготовки, включавшей в себя инфузионную и антибактериальную терапию.

Под интубационным наркозом, в результате миорелаксации, в правой подвздошной области удалось определить ранее непальпируемое образование плотной консистенции, идентичное опухоли брюшной полости.

В состоянии наркозного сна у ребенка выполнена лапаротомия трансректальным доступом. В умеренном количестве определялся геморрагический выпот во всех отделах брюшной полости. В терминальном отделе тонкого кишечника отмечалось изменение в виде опухолевидного образования размером 13,0 × 4,5 × 4,0 см (рис. 1). Кишечник был изменен, багрового цвета, проксимальный отдел кишечника расширен до 5,5–6,0 см, наполнен кишечным содержимым. Лимфатические узлы брыжейки увеличены.



Рис. 1. Опухолевидное образование в терминальном отделе тонкого кишечника.

Внешние изменения стенки кишки и сосудов брыжейки кишечника не исключали нарушения кровообращения. В связи с вышеописанными изменениями, а также придерживаясь правила абластики, было исключено интраоперационное вскрытие просвета кишки. В ходе операции была выполнена резекция патологически измененного участка терминального отдела тонкой кишки с наложением межкишечного анастомоза. Брюшная полость ушита наглухо с установкой дренажа в малый таз.

При вскрытии резецированного участка кишки был обнаружен трихобезоар размером 12,0 × 4,0 × 3,0 см. Он представлял собой плотное, войлокоподобное образование с неприятным запахом, зелено-желтого цвета (рис. 2). Из просвета кишки, а также с трихобезоара выделялось жидкое кишечное содержимое с примесью бария.



Рис. 2. Трихобезоар, извлеченный из резецированного участка кишки.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

ВЫВОДЫ

1. Единичные случаи трихобезоаров, их разнообразные клинические проявления не позволяют заподозрить наличие их у ребенка.

2. Проведение раннего оперативного вмешательства снижает уровень послеоперационных осложнений.

3. После удаления «волосяной опухоли» для предупреждения рецидива трихобезоара необходимо диспансерное наблюдение у психоневролога и педиатра-гастроэнтеролога с регулярным обследованием ЖКТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безоары желудка у детей / В.Н. Грона, В.К. Литовка, И.П. Журило, А.Ю. Гунькин // Здоровье ребенка. — 2010. — № 6 (27).
2. Давидов М.И. Безоары. — Пермь: ПГМА, 1998.

3. Доржиев Б.Д. Трихобезоар в хирургической практике по материалам ДХОГКБСМП им. В.В. Ангапова г. Улан-Удэ // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. — 2009. — № 2 (66). — С. 239–240.

4. Сидоров П.И., Михеева В.В. + Трихобезоар желудочно-кишечного тракта в клинике невроза // Ж. неврологии и психиатрии. — 2000. — № 2. — С. 59–60.

5. Соколов Ю.Ю., Давидов М.И. Безоары желудочно-кишечного тракта у детей // Педиатрия. — 2010. — № 29 (2). — С. 60–65.

6. Andrus C.H., Ponsky J. L. Bezoars: classification, pathophysiology, and treatment // Am. J. Gastroenterol. — 1988. — Vol. 83. — P. 476–478.

Сведения об авторах

Плеханов Александр Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет», главный врач НУЗ ОКБ на ст. г. Улан-Удэ (670002, г. Улан-Удэ, ул. Комсомольская, 16; тел.: 8 (3012) 28-35-03)

Доржиев Баир Доржиевич – кандидат медицинских наук, доцент

Куликов Сергей Владимирович – клинический ординатор первого года ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет»