

УДК 616.33-003.6-053.2-07

А.В. Пилипчук¹, Д.Ю. Чеканов¹, Г.В. Недавний¹, А.В. Потоцкий²

Безоары желудка у детей

¹Николаевская областная детская клиническая больница, Украина²Николаевская центральная районная больница, Украина

PAEDIATRIC SURGERY.UKRAINE.2018.2(59):69-71; DOI 10.15574/PS.2018.59.69

Безоар – инородное тело в желудочно-кишечном тракте, преимущественно с локализацией в полости желудка, состоящее из плотно сваленных волос или волокон растений и различных проглоченных веществ. Наиболее часто, как у взрослых, так и у детей, встречаются фито- и трихобезоары. В диагностике безоаров большое значение имеют данные анамнеза, ультразвукового исследования, фиброгастроуденоскопии. Лечение плотных, больших безоаров — хирургическое. Менее плотные и небольшие безоары можно удалить эндоскопически, иногда в несколько этапов.

Приведен клинический случай диагностики и лечения трихобезоара у ребенка.

Ключевые слова: безоар, желудок, трихобезоар, клиника, диагностика, дети.

Gastric bezoars in children

A.V. Pylpchuk¹, D.Yu. Chekanov¹, H.V. Nedavniy¹, A.V. Pototskiy²¹Mykolaiv Oblast Children's Clinical Hospital, Ukraine²Mykolaiv Central Raion Hospital, Ukraine

Bezoar is a foreign body in the gastrointestinal tract, mainly with localization in the stomach, consisting of tightly knotted hair or plant fibers and various swallowed substances. Most often, in both adults and children, there are phyto- and trichobezoars. In the diagnosis of bezoars, data of anamnesis, ultrasound examination, and fibrogastroduodenoscopy are of great importance. Treatment of dense and large bezoars is surgical. Less dense and small bezoars can be removed endoscopically, sometimes in several stages.

A clinical case of diagnosis and treatment of trichobezoar in a child is given in the article.

Key words: bezoar, stomach, trichobezoar, clinic, diagnostics, children.

Безоари шлунка у дітей

О.В. Пилипчук¹, Д.Ю. Чеканов¹, Г.В. Недавний¹, А.В. Потоцкий²¹Миколаївська обласна дитяча клінічна лікарня, Україна²Миколаївська центральна районна лікарня, Україна

Безоар – сторонне тіло у шлунково-кишковому тракті, переважно з локалізацією у порожнині шлунка, що складається зі щільно скананого волосся або волокон рослин і різних проковтнутих речовин. Найчастіше, як у дорослих, так і у дітей, зустрічаються фито- і трихобезоари. У діагностиці безоарів велике значення мають дані анамнезу, ультразвукового дослідження, фіброгастроуденоскопії. Лікування щільних, великих безоарів – хірургічне. Менш щільні і невеликі безоари можна видалити ендоскопічно, іноді у декілька етапів.

Наведено клінічний випадок діагностики і лікування трихобезоару у дитини.

Ключові слова: безоар, шлунок, трихобезоар, клініка, діагностика, діти.

Безоар – это инородное тело в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), преимущественно с локализацией в полости желудка, состоящее из плотно сваленных волос или волокон растений и различных проглоченных веществ [2,3].

Данная патология относительно редко встречается в детском возрасте, что вызывает трудности в диагностике. В литературе описано 11 видов безоаров ЖКТ в зависимости от их состава.

Наиболее часто, как у взрослых, так и у детей, встречаются фито- и трихобезоары. Причиной образования фитобезоаров у детей могут стать (при обильном приеме) такие безоарогенные растительные продукты, как

груши, виноград, инжир, орехи, персики, апельсины и др. Среди фитобезоаров в литературе наиболее часто описывается диоспиробезоары, формирующиеся при употреблении большого количества хурмы [1,7,8]. Хурма содержит смолистые вещества, претерпевающие коагуляцию под воздействием желудочного сока и способствующие слипанию частей хурмы в плотную массу. Трихобезоары образуются при попадании в желудок волос, шерсти. Встречаются у детей, имеющих вредную привычку или патологическую склонность – трихофагию [4,6]. В итоге в желудке образуется «волосяная опухоль», состоящая из клубка переплетенных и склеенных волос, пропитанных пищевыми массами и

Клінічний випадок



Рис. 1. Гастротомія, просвіт желудка заповнений іноземним телом



Рис. 2. Извлечение трихобезоара



Рис. 3. Размер и формы трихобезоара, повторяющие желудок и двенадцатиперстную кишку

слизью. У детей могут образовываться пиксобезоары в результате проглатывания жевательной резинки или пластилина. Другие виды безоаров (шеллакобезоары, себобезоары и др.) у детей практически не встречаются [3]. Также бывают лакто- и миксобезоары, но они чаще встречаются в сочетании с пороками развития двенадцатиперстной кишки (врожденная мембрана или гиперфиксация двенадцатиперстной кишки), в результате нарушения эвакуации из желудка [1,7].

Клиническая картина безоаров разнообразна. Обычно на начальных этапах безоары малосимптомны. По мере увеличения безоара появляются боли и чувство тяжести в эпигастрии, тошнота, рвота, снижение аппетита, приводящие к похуданию. Пальпаторно у большинства пациентов удается определить опухолеподобное образование в эпигастрии и мезогастррии. Самое частое осложнение безоаров — изъязвление слизистой желудка с развитием кровоточивости. Большие и плотные безоары могут вызывать перфорацию стенки желудка, с развитием перитонита. Редко безоары могут при-



Рис. 4. Сравнительный размер трихобезоара

водить к аллергическим проявлениям (аллергический дерматит, отек Квинке и др.) [1].

В диагностике безоаров большое значение имеют данные анамнеза. Следует выяснить у ребенка и его родителей, употреблял ли он безоарогенные продукты, имеет ли склонность к жеванию резинки, проглатыванию волос или шерсти [9]. У девочек следует осмотреть волосистую часть головы. Специальные методы диагностики позволяют установить истинную патологию. Ультразвуковое исследование (УЗИ) лоцирует в желудке гиперэхогенное образование, дающее позади себя акустическую тень, индифферентное к стенке желудка. При эндоскопическом исследовании (фиброгастродуоденоскопия — ФГДС) фитобезоары желудка имеют вид желто-зеленоватого образования, с шероховатой поверхностью, плотной консистенции при «инструментальной пальпации» [5]. Трихобезоары выглядят как опухоль грязно-серого цвета, покрытая волосами, заполняющая всю полость желудка. При рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта в полости желудка определяется негетерогенный дефект

наполнения, не сообщающийся со стенкой желудка.

Лечение плотных, больших безоаров — хирургическое (рис.4). Менее плотные и небольшие безоары (фито-, пиксо-, себобезоары) можно удалить эндоскопически, иногда в несколько этапов.

Клинический случай

Ребенок Я., 5 лет (история болезни № 12238), поступил в хирургическое отделение ОДКБ г. Николаева 05.10.17 с жалобами на спастические боли в области живота, рвоту, беспокойство, отказ от пищи. Болеет с 02.10.17, когда впервые появились боли в животе, рвота. С 02.10 по 05.10 ребенок находился в ЦРБ, где получал инфузионно-детоксикационную терапию, А/Б терапию, очистительные клизмы. 5.10.17 в условиях ЦРБ на УЗИ обнаружены признаки кишечной непроходимости. Санитарным транспортом ребенок доставлен в ОДКБ в сопровождении бабушки. Сбор анамнеза перед операцией ограничен ввиду отсутствия родителей. Впоследствии, при общении с матерью, было выяснено, что ребенок неоднократно обкусывал кончики волос и съедал пучки волос с расчесок.

Объективно при поступлении: состояние средней степени тяжести. Живот умеренно вздут, участия в акте дыхания не принимает. При пальпации резко болезненный в верхних отделах живота. В околопупочной области, больше слева, пальпируется цилиндрическое образование, умеренно подвижное, болезненное. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости от 5.10.17 – признаки кишечной непроходимости.

Исследование было выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской Декларации. Протокол исследования был одобрен Локальным этическим комитетом (ЛЭК) учреждения. На проведение исследований было получено информированное согласие законных представителей.

После предоперационной подготовки под ЭТН произведена верхне-средне-срединная лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости в тощей кишке, в 15 см от связки Трейтца, пальпируется объемное образование цилиндрической формы, мало смещаемое, тяжом фиксированное к вышележащим отделам ЖКТ. Желудок несколько увеличен в размерах, плотный, по всей протяженности и всему объему заполнен инородным телом (рис. 1). Про-

ведена гастротомия, удален трихобезоар (рис. 2). Последний полностью повторял форму и конфигурацию желудка и двенадцатиперстной кишки (рис. 3). В тощей кишке в месте нахождения части безоара два предперфорационных отверстия – ушиты.

В послеоперационном периоде ребенок получал цефтриаксон, донперидон (суспензия), раствор альбумина донорского 10%, инфузионную и симптоматическую терапию. Консультирован штатным психологом.

Учитывая низкий уровень общего белка крови (36,5 г/л при поступлении), швы сняты отсрочено. Ребенок 19.10.2017 года в удовлетворительном состоянии и с нормализовавшимися показателями выписан из отделения. Рекомендовано диспансерное наблюдение детского психиатра по месту жительства.

Выводы

1. Трихобезоары формируются у детей, страдающих трихотилломанией. Эти дети должны находиться под диспансерным наблюдением у психиатра.

2. Причиной образования фитобезоаров желудка у детей является бесконтрольный прием безоарогенных растительных продуктов. Цитрусовые должны употребляться детьми под строгим контролем взрослых и в ограниченном количестве.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Грона ВН, Литовка ВК, Журило ИП, Гунькин АЮ и др. (2010). Безоары желудка у детей. Здоровье ребенка. 6:27.
2. Давидов МИ. (1998). Безоары. Пермь: ПГМА.
3. Питкевич АЭ, Шмаков НН и др. (2001). Трихобезоар желудка и тонкой кишки у ребенка. Детская хирургия. 2:48-49.
4. Портнов АН, Зайченко ИГ, Кривенко СГ. (1999). Наблюдение трихобезоара желудка у ребенка. Клінічна хірургія. 6:49.
5. Сапожников ВГ, Куликов ВА, Шабалин ВА и др. (2001). Возможности диагностики безоаров у детей. Рос пед журн. 4:51-53.
6. Сидоров ПИ, Михеева ВВ. (2000). Трихобезоар желудочно-кишечного тракта в клинике невроза. Журнал неврологии и психиатрии. 2:59-60.
7. Соколов ЮЮ, Давидов МИ. (2010). Безоары желудочно-кишечного тракта у детей. Педиатрия. 2:60-65.
8. Цуман ВГ, Щербина ВИ, Семилов ЭА и др. (2000). Трихобезоары желудочно-кишечного тракта у детей. Детская хирургия. 4:52-54.
9. Шамсиев АМ, Атакулов ДО, Одилов АХ и др. (2004). Безоар желудка у ребенка. Детская хирургия. 3:51-52.

Відомості про авторів:

Пилипчук Олександр Володимирович – лікар-хірург дитячий Обласної дитячої клінічної лікарні м. Николаева. Адреса: м. Николаїв, вул. Николаївська, 21.

Чеканов Дмитро Юрійович – зав. хірургічного відділення Обласної дитячої клінічної лікарні м. Николаева Адреса: м. Николаїв, вул. Николаївська, 21.

Недавні Григорій Васильович – зав. операційного блоку Обласної дитячої клінічної лікарні м. Николаева. Адреса: м. Николаїв, вул. Николаївська, 21.

Потоцький Андрій Віталійович – лікар-хірург Николаївської центральної районної лікарні. Адреса: м. Николаїв, вул. Поштова, 118.

Стаття надійшла до редакції 12.01.2018 р.