

ТРИХОБЕЗОАР. СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ ПЕДИАТРА

Г.Р. Сагитова¹, О.А. Мурзова¹, М.Я. Ледяев², Д.М. Фараджова³

¹ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

²ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации;

³МБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 11 им. Г.А. Алиева», Астрахань

В статье представлен редкий клинический случай трихобезоара. Описаны трудности диагностического поиска, когда ребенок на протяжении 4 лет лечился по поводу анемии у гематолога. Диагноз был поставлен уже на фоне развившегося осложнения.

Ключевые слова: трихобезоар, дети, диагностика, «маски».

DOI 10.19163/1994-9480-2021-2(78)-124-127

TRICHOBEZOAR. A CASE FROM A PEDIATRICIAN'S CLINICAL PRACTICE

G. R. Sagitova¹, O. A. Murzova¹, M. I. Ledyayev², D. M. Faradzhova³

¹FSBEI HE «Astrakhan State Medical University» of Public Health Ministry of the Russian Federation;

²FSBEI HE «Volgograd State Medical University» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation;

³MBGEI «Secondary school № 11», Astrakhan

The article presents a rare clinical case of trichobezoar. The article describes the difficulties of diagnostic search when a child was treated for anemia by a hematologist for 4 years. The diagnosis was made already against the background of the developed complication.

Key words: trichobezoar, children, diagnostics, «masks».

Приведенный клинический случай из практики свидетельствует, что описываемая патология редко встречается в детском возрасте, практические врачи разных профилей недостаточно знакомы с причинами возникновения безоаров, клиникой и диагностикой этого заболевания. А между тем безоары часто становятся причиной тяжелых и опасных для жизни осложнений [3, 8]. Они вызывают образование язв желудка, пенетрацию, перфорацию, желудочно-кишечные кровотечения, некроз стенки желудка, острую обтурационную тонко- или толстокишечную непроходимость, анемию, кахексию, аллергический дерматит и другие осложнения [1, 3–5]. Современный мир предъявляет большие требования к детям, зачастую вызывая чувство тревоги, а иногда и сильное психическое потрясение. Именно поэтому врач должен помнить о стадиях потрясения, которые испытывает ребенок, в случаях госпитализаций (общения с медицинским работником) [2, 6].

Безоар – определенный вид инородного тела, формирующийся в пищеварительном тракте, чаще всего в желудке [4, 7]. Механизм его образования заключается в том, что инородные тела различного происхождения, попадая в организм с пищей или в результате вредных привычек, не перевариваются, а накапливаются, и, уплотняясь, со временем превращаются в комки, увеличиваясь в размерах. В отечественной литературе случай трихобезоара впервые описал В.М. Мыш в 1912 г. Согласно классификации

Ш.А. Гулордавы и А.С. Кофкина (1969), безоары желудка и кишечника делятся на следующие группы [4]:

1. Трихобезоары. Образуются вследствие заглатывания волос. Встречаются у девочек и женщин, имеющих привычку жевать волосы. При этом необходимо учитывать, что данную потребность они нередко скрывают.

2. Фитобезоары – это инородные тела в желудке, образованы из различных волокон растительного происхождения (семечки, косточки различных фруктов или ягод) и являются основой для образования камня.

3. Стибо(себо)безоары формируются при уплотнении животных жиров: высокая по сравнению с температурой в полости желудка точка плавления животных жиров (говяжьего, бараньего и козьего) приводит к кристаллизации триглицеридов с формированием жировых камней.

4. Шеллакобезоары вследствие злоупотребления алкоголя и его суррогатов (таких как лак, нитролак, политура), а пиксобоары характерны для любителей жевать смолу.

5. Безоары эмбрионального происхождения формируются из дермоидной кисты желудка.

6. Полибезоары – инородные тела смешанного происхождения.

У детей чаще всего встречаются фитобезоары и трихобезоары [4]. Клинические проявления безоаров разнообразны. Безоары небольших размеров, как

правило, клинически не проявляются, иногда отмечается тяжесть в эпигастральной области после еды. По мере увеличения размеров безоара появляются боли и чувство тяжести в эпигастрии, диспепсические расстройства – тошнота, рвота, снижение аппетита. Все это приводит к потере массы тела. Объективно при пальпации у большинства больных можно обнаружить опухолеподобное образование в эпигастральной области. Все эти проявления чаще всего расценивают как признаки гастродуоденита или функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта [2, 7].

Длительное нахождение безоара в желудочно-кишечном тракте может приводить к различным осложнениям, которые требуют хирургического вмешательства. Редко безоары могут приводить к аллергическим проявлениям (аллергический дерматит, отек Квинке и др.). Большое значение в диагностике безоаров имеют данные анамнеза. У ребенка и его родителей необходимо выяснить, употреблял ли он продукты, способствующие развитию безоаров, имеет ли вредные привычки, такие как: использование жевательной резинки, склонность сосать или грызть волосы, особенно у девочек с длинными волосами, наличие длительной стрессовой ситуации, особенно у подростков.

Основными методами диагностики служат фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФГДС), ультразвуковое исследование, рентгенография и компьютерная томография [4, 5].

При проведении ФГДС трихобезоары выглядят как образование грязно-серого цвета, покрытое волосами, заполняющее полость желудка. Ультразвуковое исследование является скрининг методом в диагностике данного заболевания. В полости желудка определяется объемное образование, часто с неровными контурами, высокой эхогенности с наличием акустической тени; равномерно и незначительно могут быть утолщены стенки желудка. При рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта в полости желудка определяется неомогенный дефект наполнения, не сообщающийся со стенкой желудка. По данным КТГ, в полости желудка и двенадцатиперстной кишки визуализируется неоднородное опухолевидное образование, сложной слоистой структуры, с четкими контурами [3, 4]. Лечение зависит от их размеров и плотности. Удаляют безоары либо хирургическим, либо эндоскопическим путем [4].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Представить клинический случай трихобезоара у девочки, первым признаком которого была длительная анемия.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Родители подростка (девушки 17 лет) обратились за консультацией с жалобами на быструю утомляемость, снижение аппетита, изменения в анализах крови. По поведению родителей видно, что они очень переживают за дочь. Со слов мамы, несмотря на неоднократное обращение к врачам, диагноз ребенку поставить не удалось. Девушка всегда была застенчивой, вела обычный образ жизни. На консультацию к гематологу ребенка направил педиатр с подозрением на заболелание крови. Ранее осматривалась гематологом, выявлена железодефицитная анемия, назначены препараты железа. Был получен кратковременный эффект.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Больная М., 17 лет, с 14 лет находилась на лечении у гематолога по поводу железодефицитной анемии. На одном из приемов стала предъявлять жалобы на наличие плотного образования в эпигастральной области, тяжесть в области эпигастрия и левого подреберья, особенно по утрам, которая купировалась приемом холодной воды на незначительное время; постоянное ощущение давления и переполненности в верхней половине живота; плохой аппетит, затрудненное глотание, тошноту, слабость. Данные жалобы стали беспокоить в течение последних 2 месяцев.

Из анамнеза жизни: ребенок от второй беременности, вторых срочных родов. Масса при рождении 3300 г, длина тела 52 см. Находилась до 9 месяцев на естественном вскармливании. Аллергологический анамнез спокоен. Наследственность не отягощена. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Девочка имеет вредную привычку покусывать и сосать свои длинные волосы.

Объективные данные: физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие. Волосы тусклые. Язык влажный. Живот немного увеличен в размере, особенно в эпигастральной зоне, участвует в акте дыхания, симметричный. При пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области и области левого подреберья. Там же пальпируется плотное умеренно болезненное образование размерами 9 × 15 см. Перистальтика выслушивается, газы отходят. Стул черного цвета (больная связывает с приемом мальтофера). Со стороны других органов патологии не выявлено.

Проведено обследование: по данным гемограммы железодефицитная гипохромная анемия.

Результаты показателей крови

Тромбоциты $450 \times 10^9/\text{л}$ (N = 150–400 $\times 10^9/\text{л}$)
 Эритроциты $3,04 \times 10^{12}/\text{л}$ (N = 4–5 $\times 10^{12}/\text{л}$)
 Гемоглобин 70 г/л (N = 120–160 г/л)
 Le $6,01 \times 10^9/\text{л}$ (N = 4–9)
 Время свертывания (по Сухареву):
 начало – 2 мин 58 с,
 конец – 3 мин 18 с (N = 3–5 мин)
 Длительность кровотечения (по Дюке) 2 мин (N = 2–4 мин)
 ЦП = 0,75 (N = 0,85–1,05)
 Средний объем эритроцитов (MCV) 65 фл (N = 75–95 фл)
 Гематокрит 30,04 % (N = 33–41 %)
 Распределение эритроцитов по объему (RWc) 9 %
 (N = 12–14,5 %)
 Среднее содержание гемоглобина (MCH) 19,7 пг (N = 25–31 пг)
 Средняя концентрация гемоглобина (MCHC) 29,6 г/дл
 (N = 32–37 г/дл)
 Тромбокрит (PCT) 0,24 % (N = 0,15–0,32 %)
 Средний объем тромбоцитов (MPV) 9,1 фл (N = 6,2–10 фл)
 Сывороточное железо 5,9 мкмоль/л (N = 12,5–33 мкмоль/л)
 Скорость оседания эритроцитов 16 мм/ч
Коагулограмма
 Активированное частичное тромбиновое время 32,2 с
 (N = 21–36,5 с)
 АЧТВ/АПТ отношение – 0,74 (N = 0,6–0,84)
 Протромбиновый индекс 72 % (N = 70–100 %)
 Протромбиновое время 14,2 с (N = 12–18)
 Протромбиновое отношение 1,09 (N = 0,9–1,3)
 МНО – 1,11 (N = 0,8–1,35)
 Протромбин по Квику 92,1 % (N = 70–130 %)
 Тромбиновое время 11,6 с (N = 10–13 с)
 Тромбиновое отношение 0,95 (N = 0,83–1,08)
 Антитромбин III 22 % (N = 95–134 %)
 Фибриноген 2,36 г/л (N = 1,25–3)
 XIIa-зависимый фибринолиз 7,3 мин (N = 5–12 мин)

ФГДС заключение: Пищевод без особенностей. Объемный безоар, состоящий из волос, заполняющий просвет желудка. Привратник подтянут вверх, в связи с чем вход несколько затруднен. Видимая слизистая желудка без особенностей. В двенадцатиперстной кишке без признаков воспаления.

УЗИ органов брюшной полости: в брюшной полости слева визуализируется нечеткое гиперэхогенное образование с ультразвуковой тенью размерами 73 × 45 мм.

Компьютерная томография брюшной полости и забрюшинного пространства проводилась по стандартной программе без и с контрастированием желудка

и проксимальных петель тонкой кишки. На исследованных уровнях обращало внимание некоторое объемное увеличение желудка, стенки были несколько истончены, в просвете гетерогенное содержимое, субтотально заполняющее просвет, размерами 40 × 130 × 45 мм с «обтеканием» раствором контрастного препарата. По другим органам без патологии. Заключение: КТ – признаки гастрэктазии, патологическое образование в просвете желудка – безоар.

Учитывая большие размеры безоара, эндоскопическую фрагментацию выполнить не представлялось возможным. Было рекомендовано провести гастротомию и удаление безоара в плановом порядке после проведенного лечения по поводу анемии. Спустя 4 месяца, когда показатели гемограммы нормализовались (эритроциты достигли уровня $4,34 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 119 г/л) было решено провести плановую операцию.

В ходе оперативного вмешательства в увеличенном в объеме желудке было обнаружено образование больших размеров, 2/3 его полости занимало образование, покрытое волосами и остатками пищи. Удален безоар размерами 18 × 12 см, представляющий собой слепок полости желудка (рис).



Рис. Безоар размерами 18 × 12 см, представляющий собой слепок полости желудка

В послеоперационном периоде девушка получала антибактериальную, инфузионную и симптоматическую терапию.

После проведенного лечения состояние улучшилось. Жалоб нет. Послеоперационная рана зажила первично, без признаков воспаления. В удовлетворительном состоянии выписана из хирургического отделения на амбулаторное наблюдение. Рекомендовано: ограничение физической нагрузки, ношение бандажа 3 месяца, консультация психолога.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Безоары – это редкий вид патологии. Диагностика их затруднена в связи с отсутствием ранних специфических клинических симптомов. Практическим врачам

следует не забывать, что одной из причин анемии, диспепсии, задержки физического и нервно-психического развития, абдоминалгии может быть и безоар. Особое внимание надо обращать и на патологические поведенческие реакции, консультировать детей и подростков у психолога и невропатолога. К сожалению, диагноз ставится тогда, когда пациенты поступают в стационар уже с тяжелыми осложнениями, требующими хирургического вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антропова Е.С., Лаврукова О.С., Зигинова Т.М. Редкий случай осложнения безоара желудочно-кишечного тракта // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2 (1). – С. 290–293.
2. Акишкин В.Г., Сагитова Г.Р., Афанасьева Е.В., Абдрашитова А.В. Сравнительный анализ состояния здоровья детей в специализированных домах ребенка Астраханской области // Астраханский медицинский журнал. – 2009. – № 4. – С. 41–45.
3. Большаков Д.В., Валиуллин Н.З., Бурганов Р.Р. Редкий случай обтурационной тонкокишечной непроходимости, обусловленный фитобезоаром // Казанский медицинский журнал. – 2013. – № 94 (1). – С. 134–135.
4. Волобуев Н.Н., Гнездилова Н.А., Килесса А.В. и др. Диагностика и лечение безоарной болезни желудка // Актуальные вопросы неотложной и восстановительной хирургии. – 2011. – № 3. – С. 96–97.
5. Петлах В.И., Сергеев А.В., Виноградов А.Я. Трихобезоары желудка у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2013. – № 2. – С. 70–73.
6. Сагитова Г.Р., Мирошников В.М. Клинический этикет. Учебное пособие / Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию; Астраханская гос. мед. акад. – Астрахань, 2008. – 78 с.
7. Castle S.L., Zmora O., Papillon S., et al. Management of complicated gastric bezoars in children and adolescents // *Isr Med Assoc J.* – 2015. – Vol. 17 (9). – P. 541–544.
8. Middleton E., Macksey L.F., Phillips J.D. Rapunzel syndrome in a pediatric patient: a case report // *AANA J.* – 2012. – Vol. 80 (2). – P. 115–119.

REFERENCES

1. Antropova E.S., Lavrukova O.S., Ziginova T.M. Redkij sluchaj oslozhneniya bezoara zheludochno-kishechnogo trakta [Rare case of complications bezoars of the gastrointestinal tract]. *Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education], 2015, no. 2 (1), pp. 290–293. (In Russ.; abstr. in Engl).
2. Akishkin V.G., Sagitova G.R., Afanasyeva E.V., Abdrashitova A.V. Sravnitel'ny'j analiz sostoyaniya zdorov'ya detej v specializirovanny'x domax rebenka Astraxanskoj oblasti [Comparative analysis of the state of children's health in specialized children's homes in the Astrakhan region]. *Astraxanskij medicinskij zhurnal* [Astrakhan Medical Journal], 2009, no. 4, pp. 41–45. (In Russ.; abstr. in Engl).
3. Bolshakov D.V., Valiullin N.Z., Burganov R.R. Redkij sluchaj obturacii tonkokishechnoj neproxodimosti, obuslovlenny'j fitobezoarom [A rare case of obstructive small bowel obstruction caused by phytobezoar]. *Kazanskij meditsinskij zhurnal* [Kazan Medical Journal], 2013, no. 94 (1), pp. 134–135. (In Russ.; abstr. in Engl).
4. Volobuev N.N., Gnezdilova N.A., Kilessa A.V., et al. Diagnostika i lechenie bezoarnoj bolezni zheludka [Diagnosis and treatment of bezoar stomach disease]. *Aktualnyye voprosy neotlozhnoj i vosstanovitel'noj khirurgii* [Topical issues of emergency and reconstructive surgery], 2011, no. 3, pp. 96–97. (In Russ.; abstr. in Engl).
5. Petlakh V.I., Sergeev A.V., Vinogradov A.Ya. Trixobezoary zheludka u detej [Trichobezoars of the stomach in children]. *Rossiyskij vestnik perinatologii i pediatrii* [Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics], 2013, no. 2, pp. 70–73. (In Russ.; abstr. in Engl).
6. Sagitova G.R., Miroshnikov V.M. Klinicheskij etiket. Uchebnoe posobie [Clinical etiquette. Textbook]. *Federal'noe agentstvo po zdravoohraneniyu i social'nomu razvitiyu. Astrahanskaya gosudarstvennaya medicinskaya akademiya. Astrakhan*, 2008. 156 p. (In Russ.; abstr. in Engl).
7. Castle S.L., Zmora O., Papillon S., et al. Management of complicated gastric bezoars in children and adolescents. *Isr Med Assoc J*, 2015, vol. 17 (9), pp. 541–544.
8. Middleton E., Macksey L.F., Phillips J.D. Rapunzel syndrome in a pediatric patient: a case report. *AANA J.*, 2012, vol. 80 (2), pp. 115–119.

Контактная информация

Сагитова Гульнара Рафиковна – д. м. н., профессор, зав. кафедрой госпитальной педиатрии с курсом последипломного образования, Астраханский государственный медицинский университет, e-mail: sagitova-gulnara04@yandex.ru