

## Клінічний випадок хірургічного лікування трихобезоару шлунка

A. D. BEDENYK, YU. M. FUTUYMA, O. M. HUSAK, I. V. SHEPIL, A. YE. BURAK, O. H. NETSIUK, L. V. BALABAN

SHEI “Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky”

### A CLINICAL CASE OF SURGERY TRICHOBEZOAR TREATMENT OF STOMACH

Представлено власне спостереження, особливості клініки, діагностики та хірургічного лікування трихобезоару в пацієнтки віком 18 років.

The article presents our own clinical observations, peculiarities of clinical process, diagnosis and surgical treatment of stomach trichobezoar in a 18-year old patient.

Безоари (від франц. bezoard) – це сторонні тіла порожнини шлунка, що утворюються з неперетравлених речовин після їх заковтування.

Різноманітність безоарів широка. Бувають фіто-, трихо-, антрако-, гемо-, лакто-, псевдо-, полібезоари. Найбільше зустрічаються фітобезоари – близько 75 % всіх випадків, трихобезоари – близько 24 %, решта – інші. Разом з тим фітобезоаром більшою мірою уражаються люди віком від 30 до 60 років та у майже 75 % зустрічаються в чоловіків; від трихобезоару у більш ніж 91 % страждають жінки у віці до 30 років.

Трихобезоар – це великий скручений клубок з волосся, слизу, залишків їжі в порожнині шлунка. Утворюється поступово протягом кількох місяців і навіть років внаслідок того, що пучки волосся, які заковтує пацієнт, не можуть пройти пілорус. За таких умов з часом трихобезоар виповнює всю порожнину шлунка, спричиняючи його непрохідність, з клінічною картиною якої пацієнти й звертаються за медичною допомогою.

Причиною такого стану вважають психоемоційні порушення пацієнтів після перенесеного стресу на ґрунті сімейних, любовних проблем, нерідко – шизофренії.

Представляємо свій власний досвід у лікуванні даної патології.

У клініку хірургії № 1 КЗ ТОР “Тернопільська університетська лікарня” в супроводі батьків звернулася дівчина Т. віком 18 років із скаргами на важкість в епігастрії, нудоту, блювання через 3–4 год після споживання їжі, відрижку з неприємним запахом, зниження апетиту, “страх споживання їжі”, схуднення, загальну слабкість.

З анамнезу пацієнтки відмічала, що дані симптоми турбують її вже кілька місяців, однак останній тиждень появилось блювання після їди, що спонукало батьків “бити на сполох” та доставити доньку в стаціонар. Зі слів батьків також відомо, що для полегшення вищеписаних симптомів пацієнтки промивала шлунок розчином перманганату калію. На час первинного огляду дані анамнезу не давали нам більше ніякої чіткої інформації.

При огляді в положенні на спині на око видиме пухлиноподібне випинання в епігастральній ділянці. В проекції шлунка пальпується пухлиноподібний утвір великих розмірів, щільної консистенції, малорухомий, не болючий. Дані симптоми більшою мірою вказували на об’ємний пухлинний процес шлунка чи підшлункової залози.

Для проведення диференційної діагностики було розроблено діагностичну програму для даної пацієнтки, яка включала УЗД черевної порожнини, ЕГДС, рентгенографію шлунка, загальноклінічні обстеження.

При УЗ-дослідженні встановлено, що печінка, жовчний міхур, нирки, селезінка, органи малого таза без патологічних змін. Огляд підшлункової залози неможливий через пневматизацію кишечника. В проекції печінкового кута та епігастральній ділянці візуалізується конгломерат щільної структури великих розмірів, що дає виражену дорзальну ехотінь.

На ЕГДС виявлено в кардіальному відділі шлунка щільний клубок волосся зі слизом та залишками їжі, який виповнює всю верхню частину шлунка. Спроби пройти у середню третину та антральний відділ були безуспішні у зв’язку з відсутністю поля зору. Висновок: трихобезоар порожнини шлунка (рис. 1).

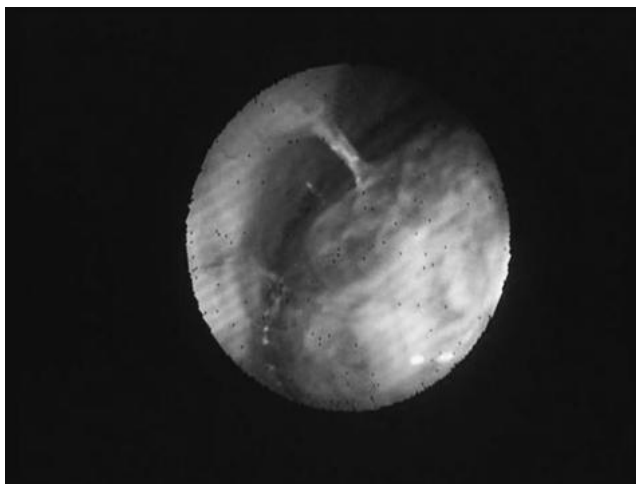


Рис. 1. ЕФГДС – трихобезоар.

Рентгенобстеження шлунка не проводили через відсутність потреби, оскільки діагноз остаточно підтверджений ендоскопічно.

Після встановлення діагнозу повторно зібрано анамнез як у пацієнтки, так і в батьків. Виявилось, що 2 роки тому на ґрунті розриву шлюбу між батьками донька перенесла психоемоційний стрес, що супроводжувався випаданням волосся (на той час донька мала пишне довге волосся). Зі слів дівчинки вона ковтала волосся вночі, щоб не бачили батьки, і робила це підсвідомо. Батьки ж дійсно не вловили цей момент, тому діагноз для них був до певної міри приголомшливим.

Хвору було госпіталізовано в КЗ ТОР “Тернопільська університетська лікарня”, де після проведення запланованих обстежень відповідно до алгоритму для даної патології їй було здійснено планове операційне втручання.

11.03.15. виконано операцію (лапаротомію, гастротомію, видалення трихобезоару, ДЧП). Проведено верхньо-серединну лапаротомію довжиною близько 12 см до пупка. Здійснено ревізію органів черевної порожнини – на весь шлунок аж до дванадцятипалої кишки пальпується щільної консистенції утвір. Шлунок збільшений у розмірах, велика кривина на рівні лінії, що умовно з’єднує передні верхні ості клубових кісток. Печінка, жовчний міхур, підшлункова залоза, селезінка, органи малого таза без патологічних змін. Шлунок взято на тримачі, виконано гастротомію до 8 см, отвір розтягнуто та видалено одним блоком трихобезоар зі шлунка та початкового відділу дванадцятипалої кишки розміром 31×12×8 см та масою 1100 г, що складався з волосся, шлункового соку, слизу, залишків їжі (рис. 2, 3). Ділянку трихобезоару взято та віддано для патогістологічного дослідження (ПГД).

Порожнину шлунка промито декасаном, оглянуто – ерозій, виразок не виявлено. Разом з тим констатовано розширення діаметра просвіту пілоричного

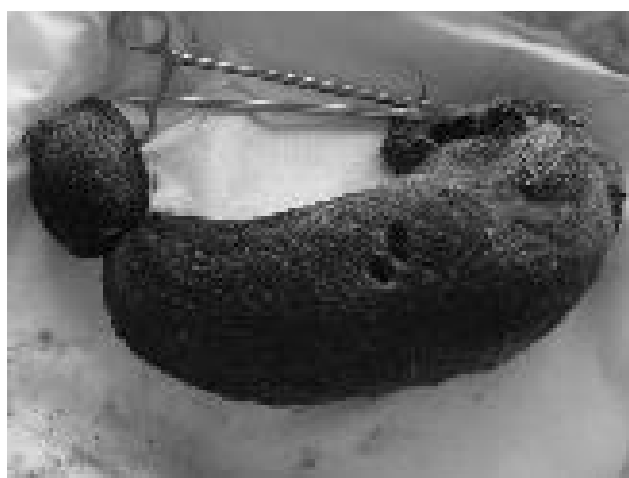


Рис. 2,3. Інтраопераційне фото – трихобезоар.

відділу до 5 см у діаметрі. Цілісність стінки шлунка відновлено двошаровими вузловими швами. Проревізовано весь тонкий та товстий кишечник на предмет наявності ймовірних “малих безоарів” – чисто. Виконано дренування черевної порожнини. Накладено пошарові шви на лапаротомну рану.

За даними ПГД № 2653-8 ан від 19.03.15, гістологічно знайдено фрагмент волосся та кристали марганцевокислого калію.

У післяопераційному періоді проведено антибіотикопрофілактику левофлоксацином, для зниження секреції шлункового соку – разол 40 мг × 2 рази на добу протягом 5 днів з переходом на таблетовані форми, церукал, пробіотики, інфузійна терапія. У цілому післяопераційний період перебігав без ускладнень. В одиничному випадку на 4-ту добу після вживання більшої дози їжі мало місце одноразове блювання, на що було вказано хворій та розширено частоту вживання їжі із зменшенням дози. Шви знято на 6-ту добу; на 7-му добу хвору виписано із стаціонару. Рекомендовано консультацію психотерапевта, про що наголошено батькам.

## ПОВІДОМЛЕННЯ

*Висновки 1.* Виникнення даної патології як за даними літератури, так і в даному випадку, відбувається на ґрунті психоемоційної травми в осіб жіночої статі.

2. Дотримання чіткого алгоритму діагностичної програми дозволяє швидко встановити даний діагноз.

3. Операцією вибору при трихобезоарах таких розмірів є виключно гастротомія.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Мосийчук Л. Н. Клинический случай безоара желудка и тонкой кишки / Л. Н. Мосийчук Т. В. Бондаренко, И. А. Васильева // Сучасна гастроентерологія. – 2012. – № 1 (63). – С. 133–137.

2. Плеханов А. Р. Редкий клинический случай трихобезоара подвздошной кишки у ребенка / А. Р. Плеханов, Б. Д. Доржиев, С. В. Куликов // Бюллетень Восточно-Сибирского центра СО РАМН. – № 4 (86). – С. 71–73.

3. Соколов Ю. Ю. Безоары желудочно-кишечного тракта у детей / Ю. Ю. Соколов, М. И. Давидов // Педиатрия. – 2010. – № 2. – С. 60–65.

4. Трихобезоар желудка больших размеров у ребенка 7 лет / В. М. Чекмарев, В. Т. Кривихин, А. Я. Волков [и др.] // Детская хирургия. – 2004. – № 4. – С. 47–48.

5. Безоар желудка у ребенка / А. М. Шамсиев, Д. О. Атакулов, А. Х. Одилов [и др.] // Детская хирургия. – 2004. – № 3. – С. 51–52.

Отримано 09.04.15