Л. М. Андреева¹,
Г. М. Урсол²,
С. Є. Немазєнко¹,
В. Р. Бабич¹,
С. І. Сидоренко¹,
О. М. Шевчук¹

¹КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради»

²Харківський національний медичний університет

© Колектив авторів

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТРИХОБЕЗОАРУ ШЛУНКУ У ВАГІТНОЇ, УСКЛАДНЕНОГО ПЕРФОРАТИВНОЮ ВИРАЗКОЮ МАЛОЇ КРИВИЗНИ

Реферат. *Вступ.* У статті описаний випадок успішного лікування трихобезоару шлунку, ускладненого перфоративною виразкою шлунку.

Мета дослідження. Оптимізація діагностики та лікування гострої хірургічної патології ШКТ з урахуванням рідкісного етіологічного фактора.

Матеріали і методи. Клінічний випадок трихобезоару у вагітної жінки, що ускладнився перфорацією шлунка.

Результати та обговорення. Звернено увагу на проблеми діагностики та лікування рідкісних захворювань ШКТ, що можуть призводити до розвитку гострої хірургічної патології. Оцінено інформованість практикуючих лікарів щодо клінічних проявів, методів своєчасної діагностики, профілактики й лікування цього захворювання. Для вирішення поставлених завдань потрібно чітко дотримання мультидисциплінарного підходу із взаємодією психіатрів/психоневрологів, ендоскопістів, рентген-діагностичних служб і оперуючих хірургів.

Висновки. Низька частота випадків безоарів ШКТ обумовлює недостатню обізнаність практичних лікарів з клінічними проявами, ускладненнями й методами лікування.

Несвоєчасна діагностика безоара ШКТ може привести до важких ускладнень, що вимагають серйозного оперативного втручання.

Вірогідність безоарів у психічно неурівноважених пацієнтів, що страждають на різні види нав'язливих станів є статистично вищою, ніж у психічно здорових осіб.

Ключові слова: трихобезоар, перфоративна виразка шлунку, вагітність.

Вступ

Безоар («badzehr» — з араб., «padzhar» — з персид., «pamelus» — з турец.) — чужорідне тіло шлунку, що утворюється з неперетравлених часточок їжі [1]. Походження даного терміну пов'язують з назвою дикого безоарового козла, у шлунку якого люди здавна знаходили подібні «камні», утворені зі злизаного твариною хутра разом із часточками листя чагарників. Прадавні лікарі надавали безоарам цілющі властивості, оскільки відмічали їхню здатність проти діяти отрутам, подібно сучасним сорбентам. Більше трьох тисячоліть безоар був офіційною протиотрутою й цінувався дорожче, ніж золото.

Безоари шлунково-кишкового тракту є патологією, що вкрай рідко зустрічається в практичній діяльності хірурга. У науковій літературі описано лише близько 400 випадків. Згідно із класифікацією Ш. А. Голурдави, О. С. Кофкіна [2], за походженням безоари підрозділяються на наступні групи:

- фітобезоари — безоари, в основі яких лежить рослинна клітковина. Науковці вважають, що утворенню фітобезоарів сприяють оперативні втручання на шлунку;

- стибо (себо) безоари — утворюються із тваринних жирів, що кристалізуються у шлунку з формуванням жирових каменів;
- трихобезоари — формуються в разі потрапляння у шлунково-кишковий тракт волосся, ниток, хутра. Часто зустрічаються у людей (переважно у жінок), що страждають на різні нав'язливі стани, а також в осіб, які працюють з волоссям (перукарі);
- безоари органічного походження — утворюються при заковтуванні смол, лаків, гудрону, а також унаслідок мінералізації кров'яних згустків;
- безоари ембріонального походження — формуються із дермоїдної кісти шлунку. До цієї ж категорії відносять і меконієві камні;
- полібезоари — безоари змішаного походження.

Мета дослідження

Серед усіх перерахованих вище різновидів безоарів найчастіше зустрічаються трихобезоари, про які надалі йтиме мова. Перший випадок опису трихобезоару в медичній літературі нале-

жить Baudamant (1779) [3], який виявив перфوراцію шлунку й перитоніт при аутопсії у пацієнта з чужорідним тілом, що містить волосся, а безсимптомне «носіїство» трихобезоару у людини уперше описане при секційній знахідці Swain в 1854 р. Причиною ретракції в шлунку харчової грудки упереміш з волоссям являється нездатність соляної кислоти перетравити цю субстанцію, а гладка поверхня волосся, що було проковтнуте, не дозволяє активно, пропульсивно переміщувати цей конгломерат в дистальному напрямі, що призводить до його «осідання» в просвіті органу з поступовим збільшенням розмірів впродовж тривалого часу практично безсимптомно для пацієнта.

Згідно із оглядом М. DeBakey і А. Ochsner до 80,0 % усіх пацієнтів з трихобезоарами це особи молодше 30 років, причому близько 90,0 % складають молоді жінки [4]. Найчастіше трихобезоари асоціюються з трихофагією, що становить близько 18,0 % пацієнтів з трихотиломанією, яка представляє нині серйозну психіатричну проблему. Також трихобезоари спостерігаються у випадку залізодефіцитної анемії.

Це зумовлено тим, що одним із симптомів даної форми анемії є своєрідне спотворення смаку, при якому хворі приймають в їжу непридатні до неї речі, у тому числі й волосся. Лише у третини пацієнтів з трихофагією визначаються безоари ШКТ і лише 1,0 % підлягає оперативному лікуванню. Серед усіх варіантів клінічного перебігу найбільш запущеним і небезпечним є так званий синдром Rapunzel [5]: надзвичайна форма скупчення волосся, в якій «хвіст» цього конгломерату опускається в дистальному напрямі в дванадцятипалу й тонку кишку, призводячи до механічної обструкції просвіту кишківника та розвитку ілеусу або його перфорації.

Одним з варіантів маніфестації захворювання є формування гострих ерозій і виразок шлунку, як правило, в області пілоричного каналу або антрального відділу за рахунок компресії слизової з порушенням мікроциркуляції й ульцерогенезом [6], а також казуїстичний початок у вигляді алергічних проявів (алергічний дерматит, набряк Квінке, еозинофілія). Сьогодні діагностичне завдання повністю реалізується методами рентгенологічної візуалізації й внутрішньопросвітної ендоскопії, що дозволяє у тому числі й витягання безоару при його мобільності й достатній крихкості [7]. При цьому допустиме етапне лікування з фрагментацією чужорідного тіла та його екстракцією як одночасно, так і впродовж декількох сесій в короткий проміжок часу [8]. Класична рентгенологічна діагностика, особливо мультиспіральна комп'ютерна томографія, також дуже ефективна як на ранніх стадіях виявлення малих роз-

мірів чужорідних тіл, так і на етапі планування операції при синдромі Rapunzel або тонкокишкової локалізації трихобезоару.

В останні роки перевагу віддають методам комп'ютерної томографії, які дозволяють визначити стратегію лікувального процесу, а також діагностувати інтеркурентну патологію, здатну ускладнити хірургічне лікування. Як правило, до 1,0 % усіх безоарів ШКТ підлягають оперативній екстракції, при цьому лівова частка малих безоарів видалається за допомогою внутрішньопросвітної ендоскопії. Оперативне лікування в об'ємі гастро- або ентеротомії (при тонкокишкової локалізації трихобезоару) можливо як традиційним лапаротомним шляхом, так і з використанням відеолапароскопічних технологій [9, 10].

Як правило, після видалення трихобезоару досягається клінічне одужання, проте ряд спостережень описує не лише повторення формування безоару зважаючи на збереження трихофагії у пацієнта, але й ускладнення у вигляді повторних проявів синдрому Rapunzel з розвитком обтураційної непрохідності й необхідністю оперативного втручання лапароскопічним або лапаротомним доступом. У іншому прогноз після видалення чужорідного тіла сприятливий, хоча пацієнти, залежно від причин трихофагії, мають бути під контролем психоневрологів і психіатрів, а також проходити ендоскопічний моніторинг для попередження формування великих трихобезоарів проксимальних відділів ШКТ.

Матеріали і методи досліджень

Клінічний приклад. Хвора О., 29 років, звернулася 2019 р. у плановому порядку в перинатальний центр з діагнозом: вагітність І, 35 тижнів; цукровий діабет, тип 1, важка форма; ангіопатія сітківки обох очей; легка розумова відсталість.

Хвора консультована ендокринологом, терапевтом, окулістом, невропатологом, ЛОР-лікарем. У клінічному аналізі крові були ознаки гіпохромної анемії легкого ступеня (Hb крові — 111 г/л, RBC — $3,2 \times 10^{12}/л$, колірний показник — 0,78), тромбоцитоз ($553 \times 10^9/л$), помірний лейкоцитоз (лейк — $10 \times 10^9/л$, еоз. — 1 %, п. яд. — 5 %, с. яд. — 71 %, лімф. — 18 %, мон. — 4 %, ШОЕ — 6 мм/годину, Ht — 0,32).

Загальний аналіз сечі: питома вага — 1024, реакція кисла, білок — 0,180 г, глюкоза — позитивна, лейкоц. — 1-2 в п/з, еритроц. — одиничні, епітелій перехідний — 0-1 в п/з, циліндри зернисті — 0-1 в п/з, солі оксалату. Біохімія крові: сечовина — 4,8 ммоль/л, креатинін — 0,055 ммоль/л, загальний білок — 63 г/л, глюкоза крові — 16,2 ммоль/л, білірубін заг. — 4 мкмоль/л, пр. — 2, непр. — 2, АСТ- 12,7 ОД/л,

АЛТ — 8 ОД/л, калій — 4,84 ммоль/л, натрій — 138,3 ммоль/л, хлор — 95 ммоль/л. Коагулограма: АЧТЧ — 37 сек, ПІ — 84 %, фібриноген — 3552 мг/л. 24.07.19 р. стан хворої різко погіршився. Турбував біль в епігастральній ділянці.

Консультувана абдомінальним хірургом, поставлений діагноз: перфорація порожнистого органу, перитоніт, вагітність 35-36 тижнів, цукровий діабет, тип 1, важка форма. Госпіталізована в ургентному порядку. Виконана операція. Діагноз після операції: виразкова хвороба шлунку, ускладнена перфорацією виразки, розлитий фібринозно-гнійний перитоніт, чужорідне тіло шлунку (трихобезоар), вагітність 35-36 тижнів, цукровий діабет, тип 1, важка форма. В ургентному порядку проведено кесарів розтин.

Народився живий недоношений хлопчик масою 3800 г, 49 см, за шкалою Апгар 3-5 балів. Після проведеного лікування хвора виписалася у задовільному стані. Під час оперативного втручання видалено чужорідне тіло шлунку розмірами 10,0х7,0х3,5 см, що складається із безлічі волосся різної довжини, яке переплітається (рис. 1). Мікроскопічну картину трихобезоару шлунку в зрізі представлено на рис. 2.

Результати досліджень та їх обговорення

Клінічні прояви трихобезоару ШКТ неспецифічні. Зазвичай, це скарги на тупий біль і відчуття важкості в епігастральній області, зниження апетиту й втрату маси тіла, нудоту й блювоту після їжі, відрижку. Окрім того трихотиломанія, трихофагія і, як наслідок, формування безоарів шлунку є актуальною проблемою сучасної абдомінальної ургентної хірургії.

У зв'язку з рідкістю даної патології практикуючі лікарі малоінформовані щодо клініки, методів своєчасної діагностики, профілактики й лікування цього захворювання. Між іншим, при тривалому знаходженні безоару у ШКТ можуть виникати різноманітні досить тяжкі ускладнення, а саме: кровотеча з виразкуванням слизової оболонки шлунку, міграція безоару в кишківник з обтурацією просвіту тонкої кишки й розвитком гострої кишкової непрохідності, некроз і перфорація стінки шлунку або кишки з розвитком перитоніту [11, 12].

Тому для вирішення поставлених завдань потрібно чітко дотримання мультидисциплінарного підходу із взаємодією психіатрів/психоневрологів, ендоскопістів, рентген-діагностичних служб і оперуючих хірургів для найбільш оптимального результату непростой патології — трихобезоарів шлунково-кишкового тракту.

Висновки

1. Безоар — це рідкісний вид патології ШКТ, з яким пов'язана недостатня обізнаність практичних лікарів з клінічними проявами, ускладненнями й методами лікування цього захворювання.

2. Несвоечасна діагностика безоара ШКТ може привести до важких ускладнень, що вимагають серйозного оперативного втручання.

3. Особливу настороженість з приводу цього захворювання слід проявляти співробітникам медичних установ по відношенню до психічно неурівноважених пацієнтів, що страждають на різні види нав'язливих станів. Ці пацієнти повинні знаходитися під особливим контролем з боку персоналу для профілактики виникнення цієї патології.

Рис. 1. Макроскопічна картина трихобезоару шлунку: розмір у ширину і довжину

Рис. 2. Мікроскопічна картина трихобезоару шлунку в зрізі

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Волобуев НН, Мошко ЮА, Воробец ИМ, Гусаров ВГ, Керимов ЭЯ, Мочарь НА, Шупта ЮБ. Беоары же-лудочно-кишечного тракта. Крымский терапевтиче-ский журнал. 2011;1:46-54.
2. Гулордава ША, Кофкин АС. Инородные тела желу-дочно-кишечного тракта. Таллин: Валгус; 1969.
3. Еловой ММ, Борозна ВГ, Кухтарёв АА, Разумова ТЕ. Трихобеоары желудка и тонкой кишки у детей. Ново-сти хирургии. 2012;20(2):96-100.
4. Carr JR, Sholevar EH, Baron DA. Trichotillomania and Trikhobezoar: A Clinical Practice Insight With Report of illustrative Case. Clinical practice.2006;11: 647-562.
5. Kadian RS, Rose JF, Mann NS. Gastric Bezoars-Spon-taneous Resolution. American Journal of Gastroenterol-ogy.1978;70(1):79-82.
6. Иоффе ИВ, Ковешников АВ, Алексеев АВ, Пицул СД, Карлов ДИ. Гигантский трихобеоар желудка, ос-ложненный множественными хроническими язвами желудка. Клінічна хірургія.2012;5:62–63.
7. Федотов ИЛ, Гущина ЛИ, Федотов ОИ. Принципы диагностики и лечения при беоаре желудка. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2010;169(3):97-98.
8. Иванов ВВ. Клиника и лечение трихобеоаров желудка. Вестник хирургии им. И.И. Грекова.1977;6:103.
9. Mehta HM, Mehta MN. Pharmacobezoars: A Rare En-tity. American Journal of Pharmacology and Pharmaco-therapeutics.2016;3(3). URL: <http://www.imedpub.com/articles/pharmacobezoars-a-rareentity.php?aid=18104>.
10. Hamidi H, Muhammadi M, Saberi B, Sarwari MA. Ara-reclinical entity: Hugetrichobezoar. Int J Surg Case Rep. 2016;28:127-130. <https://doi.org/10.1016/j.iscr.2016.09.039>.
11. Юсупов ИА, Романовский ЕМ. Осложненные беоары желудка и кишечника. Астраханский медицинский журнал. 2012;7(1):144-8.
12. Горленко ОМ, и др. Випадок трихобеоару шлунку у дитини. Сучасна гастроентерологія. 2003;4(14):38-39.

REFERENCES

1. Volobuev NN, Moshko YUA, Vorobec IM, Gusarov VG, Kerimov EYA, Mocar' NA, SHupta YUB. Bezoary zhe-ludochno-kishechnogo trakta. Krymskij terapevticheskij zhurnal. 2011;1:46-54.
2. Gulordava SHA, Kofkin AC. Inorodnye tela zheludochno-kishechnogo trakta. Tallin: Valgus; 1969.
3. Elovoj MM, Borozna VG, Kuhtaryov AA, Razumova TE. Trihobezoary zheludka i tonkoj kishki u detej. Novosti hirurgii. 2012;20(2):96-100.
4. Carr JR, Sholevar EN, Baron DA. Trichotillomania and Trikhobezoar: A Clinical Practice Insight With Report of illustrative Case. Clinical practice.2006;11: 647-562.
5. Kadian RS, Rose JF, Mann NS. Gastric Bezoars-Spon-taneous Resolution. American Journal of Gastroenterol-ogy.1978;70(1):79-82.
6. Ioffe IV, Koveshnikov AV, Alekseev AV, Picul SD, Karlov DI. Gigantskij trihobezoar zheludka, oslozhnennyj mnozhestvennymi hronicheskimi yazvami zheludka. Klinichna hirurgiya.2012;5:62–63.
7. Fedotov IL, Gushchina LI, Fedotov OI. Principy diagnos-tiki i lecheniya pri bezoare zheludka. Vestnik hirurgii im. I.I. Grekova. 2010;169(3):97-98.
8. Ivanov VV. Klinika i lechenie trihobezoarov zheludka. Vestnik hirurgii im. I.I. Grekova.1977;6:103.
9. Mehta HM, Mehta MN. Pharmacobezoars: A Rare En-tity. American Journal of Pharmacology and Pharmaco-therapeutics. 2016;3(3). URL:<http://www.imedpub.com/articles/pharmacobezoars-a-rareentity.php?aid=18104>.
10. Hamidi H, Muhammadi M, Saberi B, Sarwari MA. Ara-reclinical entity: Hugetrichobezoar. Int J Surg Case Rep. 2016;28:127-130. <https://doi.org/10.1016/j.iscr.2016.09.039>.
11. YUsupov IA, Romanovskij EM. Oslozhnennye bezoary zheludka i kishechnika. Astrahanskij medicinskij zhurnal. 2012;7(1):144-8.
12. Gorlenko OM, i dr. Vipadok trihobezoaru shlunku u ditini. Suchasna gastroenterologiya. 2003;4(14):38-39.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ
ТРИХОБЕЗОАРА ЖЕЛУДКА
У БЕРЕМЕННОЙ,
ОСЛОЖНЕННОГО
ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ
МАЛОЙ КРИВИЗНЫ

*Л. М. Андреева, Г. М. Урсол,
С. Е. Немазенко, В. Р. Бабич,
С. И. Сидоренко,
О. М. Шевчук*

Реферат. В статье описан случай успешного лечения трихобезоара желудка, осложненного перфоративной язвой желудка.

Цель исследования. Оптимизация диагностики и лечения острой хирургической патологии ЖКТ с учетом редкого этиологического фактора

Материалы и методы. Клинический случай трихобезоара у беременной женщины, осложнившийся перфорацией желудка.

Результаты и обсуждение. Обращено внимание на проблемы диагностики и лечения редких заболеваний ЖКТ, которые могут приводить к развитию острой хирургической патологии. Оценена информированность практикующих врачей относительно клинических проявлений, методов своевременной диагностики, профилактики и лечения этого заболевания. Для решения поставленных задач требуется четкое соблюдение мультидисциплинарного подхода с взаимодействием психиатров/психоневрологов, эндоскопистов, рентген-диагностических служб и оперирующих хирургов.

Выводы. Низкая частота случаев безоаров ЖКТ обуславливает недостаточную осведомленность практических врачей с клиническими проявлениями, осложнениями и методами лечения.

Несвоевременная диагностика безоара ЖКТ может привести к тяжелым осложнениям, требующим серьезного оперативного вмешательства.

Вероятность безоаров у психически неуравновешенных пациентов, страдающих различными видами навязчивых состояний статистически выше, чем у психически здоровых лиц.

Ключевые слова: *трихобезоар, перфоративная язва желудка, беременность.*

CLINICAL CASE OF
TRICHOBEZOAR OF THE
STOMACH IN A PREGNANT
WOMAN COMPLICATED
BY A SMALL CURVATURE
PERFORATIVE ULCER

*L. M. Andreeva, G. M. Ursol,
S. E. Nemazenko, V. R. Babich,
S. I. Sidorenko, O. M. Shevchuk*

Summary. The article describes a case of successful treatment of stomach trichobezoar complicated by a perforated stomach ulcer.

Purpose of research. Optimization of diagnostics and treatment of acute surgical pathology of the gastrointestinal tract taking into account a rare etiological factor

Materials and methods. A clinical case of trichobezoar in a pregnant woman, complicated by stomach perforation.

Results and discussion. Attention is drawn to the problems of diagnosis and treatment of rare gastrointestinal diseases that can lead to the development of acute surgical pathology. The awareness of practitioners about the clinic, methods of timely diagnosis, prevention and treatment of this disease was assessed. To solve these tasks, a multidisciplinary approach is required, with the interaction of psychiatrists / psychoneurologists, endoscopists, x-ray diagnostic services and operating surgeons.

Conclusions. The low frequency of cases of gastrointestinal bezoars causes a lack of awareness of practitioners with clinical manifestations, complications and treatment methods.

Untimely diagnosis of GI bezoar can lead to severe complications that require serious surgical intervention.

The probability of bezoars in mentally unbalanced patients suffering from various types of obsessive States is statistically higher than in mentally healthy individuals.

Key words: *trichobezoar, perforated stomach ulcer, pregnancy.*