



КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.33–008.85–002–06

ГИГАНТСКИЙ ТРИХОБЕЗОАР ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННЫЙ МНОЖЕСТВЕННЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ ЖЕЛУДКА

И. В. Иоффе, А. В. Ковешников, А. В. Алексеев, С. Д. Пицул, Д. И. Карлов

Кафедра хирургии с основами торакальной, кардиоваскулярной и пластической хирургии Луганского государственного медицинского университета

GIANT GASTRIC TRICHOBESOAR, COMPLICATED BY MULTIPLE CHRONIC GASTRIC ULCERS

I. V. Joffe, A. V. Koveshnikov, A. V. Alekseyev, S. D. Pitsul, D. I. Karlov

Безоар — инородное тело, образующееся в полости желудка вследствие попадания компонентов пищи, которые не перевариваются, а, накапливаясь, формируют инородное тело. У человека безоары возникают редко, в мировой литературе до 1991 г. описано около 400 наблюдений [1–5].

Трихобезоары (пилобезоары) были описаны раньше других. В отечественной литературе В. М. Мыш (1912) впервые описал "волосную опухоль" массой 2800 г. Трихобезоар — это плотно свалывшийся войлокоподобный комок волос, иногда шерсти, с примесью слизи и пищи. Трихобезоары образуются при попадании в желудок волос, чаще их выявляют у людей с неуравновешенной психикой, часто у женщин, которые страдают непреодолимым желанием кусать волосы, а также у лиц, работающих с волосом. Заболевание нередко диагностируют у детей, больных шизофренией, у которых наблюдают навязчивое выдергивание волос на голове, бровей и ресниц — трихотилломанию [3, 5].

Практические хирурги недостаточно знакомы с клиникой и диагностикой этого заболевания. Между тем, безоары часто являются причиной тяжелых и опасных для жизни осложнений. Они обуславливают образование язв желудка, желудочно—кишечное кровотечение, пенетрацию, перфорацию, некроз стенки желудка, острую непроходимость кишечника, аллергический дерматит, анемию, кахексию и другие осложнения [1–5]. Представляем собственное клиническое наблюдение.

В хирургическое отделение Областной клинической больницы 02.11.09 госпитализирована пациентка П., 19 лет, с диагнозом: трихобезоар желудка, острое желудочно—кишечное кровотечение II—III степе-

ни, рецидивное. Состояние тяжелое, жалобы на боль в животе, рвоту в виде "кофейной гущи", слабость.

Из анамнеза: заболела около 1,5 мес назад, периодически отмечала боль в животе; в последние 2 нед обнаружила опухолеподобное образование в брюшной полости, в связи с ухудшением состояния обратилась за медицинской помощью. Находится на учете у психиатра по поводу шизофрении, инвалид II группы с детства.

Большая астенического телосложения. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, тургор и эластичность снижены. Алопеция отсутствует. Пульс 100 в 1 мин, АД 13,3/8,0 кПа (100/60 мм рт. ст.). В легких и сердце патологические изменения не выявлены. Живот асимметричный из—за опухолеподобного образования в верхней половине живота, не вздут, ограниченно участвует в дыхании. При пальпации в верхних отделах живота обнаружено опухолеподобное образование больших размеров, плотное, малоподвижное, занимающее практически весь верхний этаж брюшной полости, умеренно болезненное. Печень не увеличена, почки, селезенка не пальпируются. Стул регулярный, в последнюю неделю отмечала появление черного кала. Мочиспускание не нарушено. При пальцевом исследовании прямой кишки ампула заполнена каловыми массами обычной окраски.

По данным эзофагогастродуоденофиброскопии обнаружен гигантский трихобезоар желудка, занимающий практически весь его объем. Попытки эндоскопического удаления технически невозможны.

Анализ крови: эр. $2,5 \times 10^{12}$ в 1 л, Hb 57 г/л, л. $14,5 \times 10^9$ в 1 л, СОЭ 51 мм/ч. Другие общеклинические и биохимические анализы без патологических изменений.

После кратковременной предоперационной подготовки больная оперирована: верхняя срединная лапаротомия. Гемостаз. В брюшной полости выпота нет. В рану предлежит желудок, резко увеличенный, смещенный кпереди, стенка его гипертрофирована, гигантский трихобезоар заполняет весь желудок. В большом и малом сальнике множество увеличенных лимфатических узлов диаметром до 2 см мягкоэластической консистенции. Произведена продольная гастротомия (длина разреза 10 см), с техническими трудностями удален трихобезоар размерами 32 × 14 см в виде слепка волос, имеющий форму желудка в виде "валенка", зловонный. На передней и задней стенках тела желудка множество кратерообразных язвенных дефектов диаметром 1–2 см, хрящевидной плотности, не кровоточат. Признаков острого желудочно–кишечного кровотечения нет. Произведена резекция 2/3 желудка по Бильрот–I. Диагноз: гигантский трихобезоар желудка; множественные хронические язвы желудка; анемия III степени.

Заключение гистологического исследования: в препаратах края хронических язв, в стенке желудка и краях резекции — дистрофические изменения, полнокровные сосудов.

Во время и после операции проводили трансфузию эритроцитной массы и плазмы. Введены растворы кристаллоидов, терцеф, метрогил, церукал, омез,

проведены стимуляция кишечника, инфузионная терапия, раннее энтеральное питание (берламин). Течение послеоперационного периода без осложнений, рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 8–е сутки. Пациентка выписана по выздоровлению.

Таким образом, анемия у больных при наличии безоара желудка, как правило, смешанного генеза (алиментарный фактор, В₁₂–, фолиевоедефицитная недостаточность. Наиболее частым осложнением являются хронические язвы желудка. Операция выбора — резекция желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безоары желудка у детей / В. Н. Грона, В. К. Литовка, И. П. Журило, А. Ю. Гунькин // Питання дитячої хірургії, інтенсивної терапії і реанімації у практиці педіатра. — 2010. — № 6(27). — С. 67–69.
2. Деденков О. А. Редкая причина кишечной непроходимости / О. А. Деденков, Д. И. Узакбаева, Н. В. Смирнов // Анн. хирургии. — 2005. — № 4. — С. 71–72.
3. Мкртычева Т. Э. Трихобезоар подвздошной кишки / Т. Э. Мкртычева, А. П. Саламаха, А. А. Шахзадьянц // Дет. хирургия. — 2004. — № 4. — С. 48–49.
4. Сидоров П. И. Трихобезоар желудочно–кишечного тракта в клинике детского невроза / П. И. Сидоров, В. В. Михеева // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2000. — № 2. — С. 59–60.
5. Соколов Ю. Ю. Безоары желудочно–кишечного тракта у детей / Ю. Ю. Соколов, М. И. Давидов // Педиатрия. — 2010. — № 2. — С. 60–65.

