

ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ / CASES FROM PRACTICE

УДК: 616.33-003.747.2-053.2
DOI: 10.24061/2413-4260.XI.2.40.2021.9

ТРИХОБЕЗОАРИ У ДІТЕЙ НА ПРИКЛАДІ
КЛІНІЧНИХ ВИПАДКІВ

**В.І. Похилько, Є.М. Гриценко,
Н.М. Адамчук, Ю.І. Чернявська,
О.Ю. Бодулєв**

Полтавський державний медичний університет
(м. Полтава, Україна)

Резюме. *Формування трихобезоарів є рідкісним клінічним станом, який є проявом насамперед психічних захворювань. Дані літератури свідчать, що у дітей найчастіше зустрічаються саме трихобезоари. Наявність безоару може призводити до серйозних ускладнень, таких як ерозія слизової шлунка, виразки і навіть перфорація шлунка або тонкої кишки. Варіанти лікування трихобезоарів шлунка варіюються від ендоскопічного видалення, розчинення та механічного роздроблення гідроструменем невеликих безоарів до хірургічного видалення гігантських безоарів. Наведені клінічні випадки доводять небезпеку, спричинену трихобезоаром. Описані випадки формування трихобезоару з клінікою кишкової непрохідності у дівчинки підліткового віку, та трихобезоару сліпого кінця стравоходу і клінікою дихальної недостатності у дитини раннього віку з вродженою вадою розвитку стравоходу. Отже, дана патологія може зустрічатись у будь-якому віці, мати нетипову клінічну картину і, у випадку несвоєчасного звернення, призвести до трагічних наслідків. Крім того, необхідно застосовувати мультидисциплінарний підхід з обов'язковим наданням психологічної (або навіть психіатричної) допомоги дітям, проводити навчання батьків по догляду за дітьми, схильними до трихотіломанії та трихофагії.*

Ключові слова: *трихобезоар; діти; атрезія стравоходу.*

Вступ

Рідкісною формою патології шлунково-кишкового тракту є безоари – інеродні тіла, що формуються у просвіті шлунку або, значно рідше, у просвіті тонкої кишки. Випадки шлункових трихобезоарів були зареєстровані в літературі вперше Vaughan et al. у 1968 р. [1]. В залежності від походження безоарів розрізняють:

- трихобезоари – безоари, що складаються з волосся та шерсті;
- фітобезоари – безоари, що складаються з рослинної клітковини, найчастіше з хурми;
- піксобезоари – складаються зі смолистих речовин;
- себобезоари – складаються з жиру.

Формування трихобезоарів є рідкісним клінічним станом, який є проявом насамперед психічних захворювань. Дані літератури свідчать, що у дітей найчастіше зустрічаються саме трихобезоари [2]. Вони утворюються внаслідок проковтування власного волосся дітьми, що страждають на трихотіломанію (бажання вищипати собі волосся) та трихофагію (бажання заковтати волосся). Дуже часто причиною розвитку трихотіломанії та трихофагії є розлади у стосунках між батьками та дітьми. За статистикою найчастіше на трихотіломанію страждають дівчата підліткового віку [3]. Після проковтування волосся відкладається у складках слизової оболонки шлунку і поступово заплітається, утворюючи щільний конгломерат. Іноді спостерігається поєднання трихобезоару шлунку з трихобезоаром тонкої кишки – синдром Рапунцель. Трихобезоар при синдромі Рапунцель являє собою клубок волосся у вигляді «довгої коси» і є рідкісним та незвичайним варіантом, при якому з'їдене волосся, проходячи через шлунок та дванадцятипалу кишку, накопичується в тонкій кишці [4]. Швидкість

формування безоару коливається від кількох діб до 15 років [5]. Наявність безоару може призводити до серйозних ускладнень, таких як ерозія слизової шлунка, виразки і навіть перфорація шлунка або тонкої кишки. У клінічній картині спочатку переважають диспепсичні явища, у тяжких випадках – розвивається клініка кишкової непрохідності [6]. Під час огляду дитини з трихобезоаром при пальпації передньої черевної стінки в ділянці проєкції шлунку можна пропальпувати болюче пухлиноподібне утворення. Діагностику проводять за допомогою рентгенологічного дослідження або комп'ютерної томографії органів черевної порожнини, при яких зазвичай виявляють щільний конгломерат, що повністю заповнює шлунок [7].

Варіанти лікування трихобезоарів шлунка варіюються від ендоскопічного видалення, розчинення та механічного роздроблення гідроструменем невеликих безоарів до хірургічного видалення гігантських безоарів. Як правило, достатньо гастротомії з видаленням безоара, але іноді можуть знадобитися множинні ентеротомії, якщо безоар прилягає до стінки кишки [8].

Крім того, є літературні дані щодо видалення гігантського трихобезоару шляхом ендоскопічної фрагментації з попереднім розчиненням безоару за допомогою Кока-Коли. Ще у 2013 році Ladas et al. опублікував огляд випадків для дорослих із застосуванням Кока-Коли та повідомив про повне розчинення фітобезоару у 50% випадків та часткове розчинення та супутнє ендоскопічне видалення у додаткових 41,3% випадків. Проте через різні фактори ризику на етіологію безоарів цей метод не може бути рекомендований для дитячого населення [9].

Та навіть після успішного усунення трихобезоару існує ризик повторних випадків. Є достатньо

літературних даних, коли у однієї і тієї ж дитини мали місце рецидиви трихобезорів через відсутність психологічної та психіатричної допомоги. За статистикою 20% пацієнтів страждають на повторні трихобезоари. Тому важливий мультидисциплінарний підхід до лікування таких дітей, з обов'язковим залученням психологів, враховуванням психосоціального оточення дитини та навчанням батьків щодо профілактики трихотиломанії [10].

Наведені нижче клінічні випадки з нашої практики свідчать, що проблема трихобезоарів має місце у будь-якому віці дитини.

Клінічний випадок №1. Дівчинка М., 12 років, поступила до хірургічного відділення Дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави зі скаргами на болі в животі, багаторазове блювання, затримку випорожнень, слабкість. Перераховані скарги з'явилися близько 5 днів тому. Зі слів батьків з трирічного віку у дитини відмічався патологічний потяг до вживання у їжу гумової мочалки та власного волосся. На час огляду стан дитини середньої тяжкості. Живіт асиметричний за рахунок випинання в епігастральній ділянці, приймає участь в акті дихання, при пальпації м'який, в епігастральній ділянці чітко пальпується пухлино подібне утворення розмірами 25×15 см, щільне, малорухоме, з чіткими нерівними краями. При УЗД в епігастральній ділянці визначається утворення 25×15 см, з високоехогенними контурами без можливості визначення внутрішньої структури. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини горизонтальних рівнів рідини не виявлено, пневматизація кишечника звичайна. При ФГС виявлено, що шлунок обтурований щільним клубком, який складається з волосся. З діагнозом «трихобезоар шлунку» дівчинці призначено оперативне лікування. Під ендотрахеальним наркозом, після обробки операційного поля, виконано серединну лапаротомію. В рану прилежить шлунок. При ревізії на межі голодної та здухвинної кишок виявлено пухлиноподібне утворення конічної форми, 10×5 см, яке обтурує кишку та викликає кишкову непрохідність. Виконано ентоеротомію, через розтин видалено трихобезоар. Рана тонкої кишки ушита. Шлунок різко збільшений в розмірах, обтурований стороннім тілом. Виконана гастротомія по вісі шлунка до 15 см довжиною, трихобезоар видалений, рана шлунка ушита (рис. 1). Післяопераційний період протікав без ускладнень, на 13 добу після операції дівчинка виписана в задовільному стані.

Клінічний випадок №2. Дитина К., віком 2 роки і 9 місяців, була доставлена на приймальне відділення Дитячої міської клінічної лікарні м. Полтави з зі скаргами на задишку, млявість, тотальний ціаноз.

З анамнезу життя: дитина народилась з вродженою вадою розвитку – атрезію стравоходу з трахеостравохідною норницею та синдромом Дауна. На другу добу після народження дитину прооперовано з приводу корекції вади. Проте через значний діастаз між кінцями стравоходу пластику виконати було технічно неможливо. Тому була проведена гастростомія для можливості годування, а кінці стравоходу ушиті. Дитина у післяопераційному періоді виходжувалась у ВАІТ, у відділенні патології новонароджених і у місячному віці виписана додому в задовільному стані під нагляд сімейного лікаря.



Рис. 1. Трихобезоар шлунку, видалений шляхом гастрономії

При поступленні загальний стан дитини розцінювався як тяжкий за рахунок вираженої дихальної недостатності. Мали місце тахіпноє до 50/хв., десатурація до 82%, участь допоміжної мускулатури під час акту дихання. Аускультативно – над легенями вислуховувалось жорстке дихання, провідні хрипи. Під час огляду дитини відчувався виражений гнілісний запах з роти. Ентеральне харчування дитина отримує через гастростому. Дитину відразу було госпіталізовано до ВАІТ, заінтубовано та розпочато респіраторну підтримку у режимі нормовентиляції, при цьому кисневої залежності у дитини не відмічалось. Сатурація після початку респіраторної підтримки відразу вирівнялась до 94-96% при FiO2 0,3. У ході обстеження дитині проведено рентгенологічне дослідження органів грудної клітини. На рентгенограмі ОГК виявлено ознаки аспіраційної пневмонії та розширений сліпий кінець оральної частини стравоходу, що містив численну кількість сторонніх тіл і (ймовірно) тиснув на трахею, формуючи механічну асфіксію (рис. 2).



Рис. 2. Рентгенограма органів грудної клітини (червоним виділено розширений сліпий кінець оральної частини стравоходу з множинними сторонніми тілами)

До дитини викликано хірурга-ендоскопіста та за допомогою гастроскопу видалено велику кількість волосся та шерсті з сліпого кінця стравоходу. Крім того, видалено металеві артефакти неясного походження, що були вкриті іржею та частково вросли у слизову оболонку стравоходу (рис. 3).



Рис. 3. Трихобезоар з металевими артефактами, що був видалений ендоскопічно із розширеного сліпого кінця стравоходу

Після видалення трихобезоару проведена контрольна рентгенографія органів грудної клітини, на якій зберігались ознаки аспіраційної пневмонії та визначався порожній розширений сліпий кінець стравоходу (рис. 4). Клінічно стан дитини значно покращився за рахунок зменшення проявів дихальної недостатності – дитина на другу добу після ендоскопії була екстубована та переведена на неінвазивну респіраторну підтримку. Надалі, після лікування аспіраційної пневмонії, дитина виписана додому.

Після видалення трихобезоару проведена бесіда з матір'ю дитини, в ході якої мати зізналась, що дитина має звичку збирати волосся і шерсть домашніх тварин з підлого та тягнути до рота. Рік тому мати зверталась до лікарів м. Києва за скаргами на постійний кашель у дитини та гнилісний запах з рота. Тоді було вперше діагностовано трихобезоар сліпого кінця стравоходу, проте без ди-

хальної недостатності. Трихобезоар було видалено ендоскопічно і дитину виписано додому з рекомендаціями для батьків щодо догляду за дитиною. На жаль, недотримання рекомендацій призвело до повторного випадку, що ускладнився дихальною недостатністю і міг призвести до трагічних наслідків



Рис. 4. Рентгенограма органів грудної клітини. Червоним виділено спорожнений сліпий кінець стравоходу

у разі несвоєчасного звернення.

В якості висновку можна сказати про те, що наведені клінічні випадки доводять небезпеку, спричинену трихобезоаром. Дана патологія може зустрічатись у будь-якому віці, мати нетипову клінічну картину і, у випадку несвоєчасного звернення, призвести до трагічних наслідків. Крім того, необхідно застосовувати мультидисциплінарний підхід з обов'язковим наданням психологічної (або навіть психіатричної) допомоги дітям, проводити навчання батьків по догляду за дітьми, схильними до трихотіломанії та трихофагії.

Джерела фінансування. Стаття опублікована без будь-якої фінансової підтримки.

Конфлікт інтересів. Автори декларують відсутність конфлікту інтересів.

Література

- Iwamuro M, Okada H, Matsueda K, Inaba T, Kusumoto C, Imagawa A, et al. Review of the diagnosis and management of gastrointestinal bezoars. *World J Gastrointest Endosc.* 2015;7(4):336-45. doi: 10.4253/wjge.v7.i4.336
- Zimová J, Zimová P. Trichotillomania: Bizzare Pattern of Hair Loss at 11-Year-old Girl. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2016;24(2):150-3. PMID: 27477178.
- Гриценко ЄМ, Гриценко МІ, Нор ЮМ, Шаткун АВ. Ускладнення сторонніх тіл шлунково-кишкового тракту у дітей (клінічні спостереження). *Art of Medicine.* 2018;4(8):210-3.
- Bargas Ochoa M, Xacur Hernández M, Espadas Torres M, Quintana Gamboa A, Tappan Lavadores I, Méndez Domínguez N. Rapunzel syndrome with double simultaneous trichobezoar in a teenager: Clinical Case Report. *Rev Chil Pediatr.* 2018;89(1):98-102. English, Spanish. doi: 10.4067/S0370-41062018000100098
- Sharma NL, Sharma RC, Mahajan VK, Sharma RC, Chauhan D, Sharma AK. Trichotillomania and trichophagia leading to trichobezoar. *J Dermatol.* 2000;27(1):24-6. doi: 10.1111/j.1346-8138.2000.tb02112.x
- Castrillón Peña EL, Espinosa Moreno MF, Barrios Torres JC, Forero Niño EE. Gastroduodenal Trichobezoar in school age: Case report. *Arch Argent Pediatr [Internet].* 2019[cited 2021 May 18];117(3):e284-7. Available from: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2019/v117n3a25.pdf> doi: 10.5546/aap.2019.e284
- Gorter RR, Kneepkens CM, Mattens EC, Aronson DC, Heij HA. Management of trichobezoar: Case report and literature review. *Pediatr Surg Int.* 2010;26(5):457-63. doi: 10.1007/s00383-010-2570-0
- Gupta A, Mittal D, Srinivas M. Gastric Trichobezoars in Children: Surgical Overview. *Int J Trichology.* 2017;9(2):50-5. doi: 10.4103/ijtr.ijtr_38_17
- Azevedo S, Lopes J, Marques A, Mourato P, Freitas L, Lopes AI. Successful endoscopic resolution of a large gastric bezoar in a child. *World J Gastrointest Endosc.* 2011;3(6):129-32. doi: 10.4253/wjge.v3.i6.129
- Gülerman F, Güven B, Demir S, Özmen İ. How should trichobezoar be treated in children? *Turk J Gastroenterol.* 2019;30(7):660-1. doi: 10.5152/tjg.2018.18423

ТРИХОБЕЗОАРЫ У ДЕТЕЙ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ

*В.И. Похилько, Е.Н. Гриценко, Н.Н. Адамчук,
Ю.И. Чернявская, А.Ю. Бодулев*

Полтавский государственный
медицинский университет
(г. Полтава, Украина)

Резюме. Формирование трихобезоаров является редким клиническим состоянием, развивающимся прежде всего в следствии психических заболеваний. Данные литературы свидетельствуют, что у детей чаще всего встречаются именно трихобезоары. Наличие безоара может приводить к серьезным осложнениям, таким как эрозия слизистой желудка, язвенной болезни и даже перфорации желудка или тонкой кишки. Варианты лечения трихобезоаров желудка варьируются от эндоскопического удаления, растворения и механического раздробления гидроструей небольших безоаров, к хирургическому удалению гигантских безоаров. Приведенные клинические случаи доказывают опасность, вызванную трихобезоаром. Описаны случаи формирования трихобезоара с клиникой кишечной непроходимости у девочки подросткового возраста, и трихобезоара слепого конца пищевода и клиникой дыхательной недостаточности у ребенка раннего возраста с врожденным пороком развития пищевода. Соответственно, данная патология может встречаться в любом возрасте, иметь нетипичную клиническую картину и, в случае несвоевременного обращения, привести к трагическим последствиям. Кроме того, необходимо применять мультидисциплинарный подход с обязательным предоставлением психологической (или даже психиатрической) помощи детям, проводить обучение родителей по уходу за детьми, склонными к трихотиломании и трихофагии.

Ключевые слова: трихобезоар; дети; атрезия пищевода.

Контактна інформація:

Похилько Валерій Іванович – д.мед.н., професор, проректор з науково-педагогічної та виховної роботи, професор кафедри педіатрії №1 з пропедевтикою та неонатологією Полтавського державного медичного університету, м. Полтава, Україна.
e-mail: v.i.pokhylko@gmail.com
ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-1848-0490>
Researcher ID: <http://www.researcherid.com/rid/H-6284-2017>
Scopus (Author) ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorid=36621271200>

Контактная информация:

Похилько Валерий Иванович – д.м.н., профессор, проректор по научно-педагогической и воспитательной работе, профессор кафедры педиатрии №1 с пропедевтикой и неонатологией Полтавского государственного университета, г. Полтава, Украина.
e-mail: v.i.pokhylko@gmail.com
ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-1848-0490>
Researcher ID: <http://www.researcherid.com/rid/H-6284-2017>
Scopus (Author) ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorid=36621271200>

© В.І. Похилько, Е.М. Гриценко, Н.М. Адамчук, Ю.І. Чернявська, О.Ю. Бодулев, 2021

TRICHOBEZOARS IN CHILDREN ON THE EXAMPLE OF CLINICAL CASES

*V. Pokhylko, E. Grytsenko, N. Adamchuk,
Yu. Cherniavska, O. Boduliev*

Poltava State
Medical University
(Poltava, Ukraine)

Summary. The formation of trichobezoars is a rare clinical condition that develops primarily as a result of mental illness. Literature data indicate that trichobezoars are most often found in children. The presence of a bezoar can lead to serious complications such as erosion of the stomach lining, peptic ulcer disease, and even perforation of the stomach or small intestine. Treatment options for gastric trichobezoars range from endoscopic removal, dissolution, and mechanical hydrojet crushing of small bezoars to surgical removal of giant bezoars. The presented clinical cases prove the danger caused by trichobezoar. Cases of the formation of a trichobezoar with a clinic of intestinal obstruction in an adolescent girl, and a trichobezoar of the blind end of the esophagus and a clinic of respiratory failure in a small child with a congenital malformation of the esophagus are described. This pathology can occur at any age, have an atypical clinical picture and, in case of untimely treatment, lead to tragic consequences. In addition, it is necessary to use a multidisciplinary approach to the mandatory provision of psychological (or psychiatric) care for children, to teach parents to take care of a child who is prone to trihotilomania and trichophagia.

Key words: Trichobezoar; Children; Esophageal Atresia.

Contact Information:

Valeriy Pokhylko – MD, Professor, Vice-rector in scientific-pedagogical and educational work, Professor of Pediatrics Department №1 with Propaedeutics and Neonatology, Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine.
e-mail: v.i.pokhylko@gmail.com
ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-1848-0490>
Researcher ID: <http://www.researcherid.com/rid/H-6284-2017>
Scopus (Author) ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorid=36621271200>

© V. Pokhylko, E. Grytsenko, N. Adamchuk, Yu. Cherniavska, O. Boduliev, 2021

Надійшло до редакції 27.05.2021 р.
Підписано до друку 17.06.2021 р.