

УДК 616.33-009.11:089.85:008.13

**В.М. Дудник<sup>1</sup>, Г.М. Руденко<sup>1</sup>, О.О. Калінчук<sup>2</sup>**

## **Безоари шлунково-кишкового тракту у дітей. Клінічний випадок**

<sup>1</sup>Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Україна

<sup>2</sup>Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня, Україна

PERINATOLOGIYA I PEDIATRIYA. 2017.2(70):147-149; doi 10.15574/PP.2017.70.147

У статті описано причини формування, особливості клінічного перебігу і діагностики безоарів шлунково-кишкового тракту в дітей. Наведено клінічний випадок пролікованого гігантського трихобезоару шлунка та дванадцятипалої кишки, виявленого в дівчинки віком 14 років.

**Ключові слова:** безоари, діти, шлунок, лікування.

### **Bezoars of gastrointestinal tract in children: A case report**

*V.M. Dudnyk<sup>1</sup>, H.M. Rudenko<sup>1</sup>, O.O. Kalinchuk<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>National Pyrogov Memorial Medical University, Vinnytsya, Ukraine

<sup>2</sup>Vinnytsia Regional Clinical Children's Hospital, Ukraine

The article describes the causes of formation, features of the clinical course and diagnosis of bezoars of the gastrointestinal tract in children. The treated clinical case of the giant gastroduodenal trichobezoar in a 14-year-old girl is presented in the article.

**Key words:** bezoars, children, stomach, treatment.

### **Безоары желудочно-кишечного тракта у детей. Клинический случай**

*В.М. Дудник<sup>1</sup>, Г.М. Руденко<sup>1</sup>, А.А. Калінчук<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Вінницький національний медичний університет імені Н.І. Пирогова, Україна

<sup>2</sup>Вінницька обласна дитяча клінічна лікарня, Україна

В статті описані причини формування, особливості клінічного течення і діагностики безоарів шлунково-кишкового тракту у дітей. Представлен клінічний випадок пролікованого гігантського трихобезоара шлунка та дванадцятипалої кишки, виявленого у дівчинки 14 років.

**Ключевые слова:** безоары, дети, желудок, лечение.

### **Вступ**

Безоари — це рідкісні сторонні тіла, що утворюються в шлунку з нерозчинних речовин різної природи. Безоари рідко зустрічаються в дитячому віці, у зв'язку з цим лікарі мають недостатньо інформації щодо причин формування, клінічного перебігу та методів діагностики даної патології. Безоари можуть складатися з різноманітних рештків харчових продуктів або іншої природи речовин, що проковтуються у значних кількостях протягом тривалого часу. Відомо багато різних безоарів: фіто-, трихо-, шелако-, себо-, гемато- (зі згустків крові), лактобезоари (складаються з лактози і казеїну в недоношених дітей) [3, 2].

Найчастіше зустрічаються фітобезоари, які становлять близько 75% усіх безоарів. Залежно від часу формування фітобезоари можуть мати м'яку або щільну консистенцію, бути одинарними та множинними, різного кольору, розмірами від декількох міліметрів до десятків сантиметрів і часто з неприємним запахом. Фітобезоари утворюються внаслідок споживання великої кількості рослинної клітковини — насамперед хурми, винограду, цитрусових, кокосових горіхів та інших харчових продуктів. Основними факторами, які зумовлюють утворення фітобезоарів, є зниження секреторної функції шлунка та порушення евакуації, погане переживання, наявність в'язкого слизу в

шлунку внаслідок розвитку атрофічного гастриту. Однак при розвитку безоарів із хурми японської, соляна кислота шлунка, навпаки, є патогенетичним фактором. Під дією соляної кислоти волокна і танін, які містяться в значній кількості в хурмі, полімеризуються та утворюють ядро, з якого в подальшому формується безоар. Також виділяють безоари з харчових мас рослинного походження, до них відносяться себобезоари, складовою яких є грудки неперетравленого тугоплавкого тваринного жиру (баранячого). У літературі згадуються випадки шелакобезоарів, що утворюються при заковтуванні лейкопластиру, цементного пилу тощо. Себобезоари і шелакобезоари в дітей практично не зустрічаються [1].

Останніми роками в літературі описано лактобезоари, які можуть виникати в шлунку і тонкому кишечнику недоношених немовлят, що знаходяться на штучному вигодовуванні молочними сумішами. Неприятливими умовами для утворення лактобезоарів вважається недоношеність і мала вага новонароджених, порушення моторики та парез кишечника. Також існує думка, що на безоарах як поживному середовищі ростуть гриби, які при великому скупченні грибкових колоній стають безоарами [1, 6].

Трихобезоари в дитячому віці зустрічаються досить рідко і утворюються внаслідок потра-

пляння в шлунок волосся або шерсті. Переважно трихобезоари можуть формуватись у дівчаток на фоні психічних розладів, розумової відсталості або трихотиломанії (звичка жувати волосся), в результаті чого в шлунку утворюється клубок переплетеного та склеєнного волосся різної щільності та розмірів [4].

У діагностиці безоарів велике значення має ретельний збір скарг та анамнезу. Потрібно чітко з'ясувати в дитини та її батьків, чи вживала вона безоарогенні продукти, чи має схильність до жування волосся, провести загальний огляд, особливо волоссяного покриву голови. Клінічні прояви безоарів різноманітні і залежать від локалізації та їх розмірів. На етапі формування безоару клінічний перебіг може бути безсимптомним чи малосимптомним і виявлятися випадково при ендоскопічному обстеженні. У міру збільшення безоару в пацієнтів з'являються скарги на біль і тяжкість в епігастрії, зниження апетиту, відчуття переповнення, нудоту і блювання, неприємний запах із ротової порожнини, втрату ваги тощо. Безоари великих розмірів можна пропальпувати в епігастральній ділянці у вигляді рухомих, пухлиноподібних утворень щільної консистенції. Крім того, великі безоари можуть викликати тяжкі ускладнення: кишкову непрохідність, виразкування, перфорації, кровотечі, провокувати запальні процеси жовчного міхура та підшлункової залози [3, 2, 7].

Основними напрямками діагностики безоарів є інструментальні методи дослідження. Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини дає змогу локалізувати в шлунку чи інших відділах шлунково-кишкового тракту гіперехогенне утворення, що дає позаду себе тінь. Інформативним методом є фіброгастроуденоскопія (ФГДС), при якій можна чітко виявити місце, розміри, характер безоару. Так, фітобезоари мають вигляд жовто-зелених утворень, при інструментальній пальпації вони мають щільну консистенцію. Трихобезоари виявляються у вигляді темно-сірого утворення, покритого волоссям, яке може заповнювати всю порожнину шлунка і проходити в просвіт дванадцятипалої кишки. При рентгенологічному дослідженні шлунково-кишкового виявляється негомогенний дефект наповнення, що не дає інформації про характер утворення, тому даний метод дослідження доцільно використовувати для виявлення кишкової непрохідності [2, 5].

Оскільки фітобезоари складаються з харчових залишок, є перспективи до використання

консервативного лікування. В літературі описуються методи використання N-ацетилцистеїну, ензимів — папаїну, целюлози, ананасового соку в комбінації з прокінетиками. Видалення нещільних і невеликих безоарів можна проводити ендоскопічним шляхом, інколи в декілька етапів. Дефрагментація безоарів здійснюється різним ендоскопічним інструментарієм — механічна фрагментація поліпектомічними петлями, літотрипторами, щипцями, диссекція монополярними голковими ножами тощо. Якщо безоар невеликих розмірів і зможе пройти зону пілоричного сфінктера й дванадцятипалої кишки, то може бути видалений без оперативного втручання. Однак великі, щільні, особливо трихобезоари потребують оперативного видалення [3].

**Клінічний випадок.** *Дитина П.* (дівчинка), 14 років, звернулась до обласної дитячої клінічної лікарні 26.01.2017 р. зі скаргами на швидке насичення та періодичні болі в епігастрії переважно після їжі, які самостійно зникали. Вищеперераховані скарги турбували дитину протягом останніх двох тижнів. З анамнезу визначено, дитина понад 6 місяців відриває власне волосся та з'їдає його. При об'єктивному обстеженні виявлено: загальний стан дитини близький до задовільного, на огляд реагує адекватно; шкіра та слизові оболонки тілесного кольору, тургор і еластичність збережені, волоссяний покрив голови збережений; з боку серцево-судинної та легеневої системи патології не виявлено; живіт симетричний, не здутий, бере участь у диханні, пальпаторно м'який, болучий в епігастрії; в епігастральній ділянці зліва пальпується пухлиноподібне утворення розміром до 8 см, щільне, нерівномірне, при пальпації дитина відмічає больові відчуття; фізіологічні випорожнення не порушені. Проведено УЗД (27.01.2017 р.) органів черевної порожнини: у проекції шлунка локалізується щільне утворення, яке не пропускає ультразвук і займає всю порожнину (ультразвукова картина не включає безоар). Проведено ФГДС (30.01.2017 р.): вхід у стравохід вільний, слизова рожевого кольору, кардіальний сфінктер змикає, прохідний; у просвіті шлунка — трихобезоар, який займає весь його об'єм і проходить у дванадцятипалу кишку.

Виконано оперативне втручання (01.02.2017 р.): верхньосерединну лапаротомію; гемостаз; ревізію органів черевної порожнини, гастротомію, шлунок був заповнений безоаром, який складався з волосся (рис. 1).

Видалено трихобезоар, який повторював форму шлунка, цибулини та низхідного відділу



Рис. 1. Видалення трихобезоару

дванадцятипалої кишки (рис. 2). Ушивання шлунка проведено дворядним швом, виконано пошарове закриття черевної порожнини.

Після видалення безоару проведено контрольну ФГДС: вхід у стравохід вільний, слизова рожевого кольору, кардіальний сфінктер змикає, прохідний; у шлунку — прозорий секрет, на передній стінці — післяопераційний шов; слизова шлунка гіперемійована, ближче до антрального відділу по великій кривині спостерігається виразковий дефект діаметром



Рис. 2. Трихобезоар

0,5–0,6 см, вкритий фібрином; пілоричний сфінктер округлий, прохідний; слизова дванадцятипалої кишки гіперемійована, складки циркулярні.

У післяопераційному періоді дитина отримувала антибактеріальну та симптоматичну терапію, 15.02.2017 р. була виписана зі стаціонару в задовільному стані, клініко-лабораторні показники стабільні, отримала рекомендації психолога та психіатра.

### Висновки

Безоари — це сторонні тіла шлунково-кишкового тракту, які досить рідко трапляються в дитячому віці. Найчастіше зустрічаються фітобезоари, що утворюються при бесконтрольному вживанні рослинних продуктів (хурми, інжиру, винограду та ін.).

Трихобезоари можуть формуватись у дітей, що мають звичку гризти волосся, — трихотиломанія, тому ці діти мають бути консультовані та спостерігатись психологом і психіатром.

Основними діагностичними критеріями безоарів є ретельний анамнез, об'єктивне дослідження та додаткові методи дослідження (УЗД, ФГДС, рентгенологічне дослідження), які дають змогу чітко встановити діагноз.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Безоари травного каналу: ендоскопічні аспекти — огляд літератури та власний досвід / В.Й. Кімакович, Я.М. Савицький, І.М. Тумак [та ін.] // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. — 2009. — № 3 (13). — С. 27–29.
2. Безоари желудка у детей / В.Н. Грона, В.К. Литовка, И.П. Журило [и др.] // Здоровье ребенка. — 2010. — № 6 (27). — С. 1–4.
3. Гижя Л.Ю. Безоар шлунка та кишечника у дівчинки з олігофренією / Л.Ю. Гижя, Б.В. Цюпка, Б.І. Гижя // Современная педиатрия. — 2016. — № 1 (73). — С. 146–147.
4. A Rare Cause of Gastric Outlet Obstruction in Children / G. Alghamdi, Y. Alalayet, A. Al-Hussaini [et al.] // J. Gastroint. Dig. Syst. — 2013. — № 3. — P. 1–2.
5. Azevedo S. Successful endoscopic resolution of a large gastric bezoar in a child / S. Azevedo, J. Lopes, A. Marques // World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. — 2011. — № 3 (6). — P. 129–132.
6. Chen T.-Y. Bezoars In children: Report of four Cases / T.-Y. Chen, M.-M. Tiao, J.-H. Chuang // J. Formos Med. Assoc. — 2000. — № 9 (99). — P. 726–729.
7. Hon K.L.E. Complications of Bezoar in Children: What Is New? / K.L.E. Hon, J. Cheng, ChungMo Chow // Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Pediatrics. — 2013. — Article ID 523569. — P. 1–4.

### Сведения об авторах:

**Дудник Вероника Михайловна** — д.мед.н., проф., зав. каф. педиатрии №2 Винницкого НМУ имени Н.И. Пирогова. Адрес: г. Винница, ул. Пирогова, 56.  
**Руденко Геннадий Николаевич** — к.мед.н., ассистент каф. педиатрии №2 Винницкого НМУ имени Н.И. Пирогова. Адрес: г. Винница, ул. Пирогова, 56.  
**Калинчук Александр Александрович** — зав. онкогематологическим отделением Винницкой областной детской клинической больницы. Адрес: г. Винница, ул. Хмельницкое шоссе, 108.

Статья поступила в редакцию 6.03.2017 г.