

Клинические наблюдения

DOI: 10.15690/pf.v14i4.1759

Е.Ю. Дьяконова, М.М. Лохматов, М.В. Рязанов, А.С. Бекин, А.А. Гусев,
С.Б. Лазуренко, А.С. Буслаева

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей,
Москва, Российская Федерация

Мультидисциплинарный подход к лечению редкого хирургического заболевания — трихобезоара — у ребенка 11 лет: клиническое наблюдение

Контактная информация:

Дьяконова Елена Юрьевна, кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по хирургии, руководитель отделения неотложной и плановой хирургии ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Минздрава России

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2, стр. 1, тел.: +7 (499) 134-02-10, e-mail: dyakonova.nczd@gmail.com

Статья поступила: 01.08.2017 г., принята к печати: 28.08.2017 г.

Безоары — редко встречающиеся инородные тела желудочно-кишечного тракта, лишь в 0,5–1% случаев являются причиной всех механических кишечных непроходимостей. Диагностировать безоар на ранних стадиях весьма затруднительно. В нашем клиническом наблюдении продемонстрированы возможности мультидисциплинарного подхода к диагностике и реабилитации детей, страдающих трихобезоаром. За 2 нед до госпитализации девочка стала предъявлять жалобы на периодические боли в животе, тошноту, эпизоды рвоты сразу после приема пищи. Ребенку было проведено комплексное обследование (в том числе эзофагогастродуоденоскопия), по результатам которого выявлен трихобезоар гигантских размеров, занимающий весь просвет желудка. Выполнена гастротомия с удалением из желудка в виде его «слепка» трихобезоара размером 12×15 см. За время пребывания пациентки в стационаре наряду с хирургической помощью были проведены психологическое обследование и консультирование родителей относительно эмоционального состояния ребенка, причин произошедшего и оптимизации процесса воспитания в семье. В результате совместной работы хирургов, педиатров и специалистов психолого-педагогического профиля удалось определить необходимый объем медико-психолого-педагогической помощи ребенку для предотвращения повторного образования «волосистой опухоли» в будущем.

Ключевые слова: трихобезоар, диагностика, лечение, дети, мультидисциплинарный подход.

(Для цитирования: Дьяконова Е.Ю., Лохматов М.М., Рязанов М.В., Бекин А.С., Гусев А.А., Лазуренко С.Б., Буслаева А.С. Мультидисциплинарный подход к лечению редкого хирургического заболевания — трихобезоара — у ребенка 11 лет: клиническое наблюдение. *Педиатрическая фармакология*. 2017; 14 (4): 283–286. doi: 10.15690/pf.v14i4.1759)

283

Elena Yu. Dyakonova, Maksim M. Lokhmatov, Mikhail V. Ryazanov, Aleksandr S. Bekin,
Aleksey A. Gusev, Svetlana B. Lazurenko, Anna S. Buslaeva

National Medical Research Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation

Multidisciplinary Approach in the Treatment of a Rare Surgical Disease Trichobezoar in an 11-year-old Child: Clinical Case

Bezoars are rarely occurring foreign bodies of the gastrointestinal tract, only 0.5–1% of cases cause the mechanical intestinal obstructions. It is very difficult to diagnose bezoar on early stages. The presented clinical case demonstrates the opportunities of multidisciplinary approach in diagnosis and rehabilitation of children with trichobezoar. Two weeks before hospitalization, the girl began to make complaints about periodic abdominal pain, nausea, episodes of vomiting occurred immediately after ingestion. The child underwent complex examination (including esophagogastroduodenoscopy) which revealed a giant trichobezoar occupying the entire lumen of the stomach. Gastrotomy, removal from the stomach in the form of his «impression» trichobezoar (12×15 cm) was performed. During the in-patient monitoring at hospital, both medical assistance and psychological and pedagogical support was provided to the child and to his parents as well; consultations on emotional state of the child and optimizing the process of education in the family were delivered. The joint work of pediatricians, surgeons, and specialists in the psychological and pedagogical service makes it possible to determine the necessary volume of medical assistance, as well as the psychological reason for the occurrence of neurotic reactions to prevent the «hair tumor» formation in future.

Key words: trichobezoar, children, multidisciplinary approach.

(For citation: Elena Yu. Dyakonova, Maksim M. Lokhmatov, Mikhail V. Ryazanov, Aleksandr S. Bekin, Aleksey A. Gusev, Svetlana B. Lazurenko, Anna S. Buslaeva. Multidisciplinary Approach in the Treatment of a Rare Surgical Disease Trichobezoar in 11 Years Old child: Clinical Case. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2017; 14 (4): 283–286. doi: 10.15690/pf.v14i4.1759)

ВВЕДЕНИЕ

Безоары — редко встречающиеся инородные тела желудочно-кишечного тракта, которые лишь в 0,5–1% случаев становятся причиной механических кишечных непроходимостей [1]. Преимущественно безоар располагается в желудке, реже — в тонкой кишке [2]. Первое сообщение о трихобезоаре желудка в отечественной литературе принадлежит советскому хирургу В.В. Мыш, описавшему в 1912 г. «волосяную опухоль» [2, 3].

Существуют различные классификации безоаров пищеварительного тракта. Наиболее распространенной (и применяемой в Национальном медицинском исследовательском центре здоровья детей, далее НМИЦЗД) является классификация Ш.А. Голурдавы и А.С. Кофкина (1969). По частоте встречаемости трихобезоары занимают второе место после безоаров растительного происхождения (фитобезоар) [1, 4].

Чаще всего этим заболеванием страдают девочки, имеющие навязчивую привычку жевать и глотать волосы вследствие сильных эмоциональных переживаний, задержки психического развития или психического расстройства (трихотилломания) [5].

При попадании волос в желудок их расщепления не происходит. Смешиваясь со слизью, с частичками пищи, они начинают образовывать плотный, переплетенный между собой, постепенно увеличивающийся конгломерат [6–8].

Диагностировать безоар на ранних стадиях весьма затруднительно. Чаще всего такие дети обращаются к педиатру или гастроэнтерологу с жалобами на плохой аппетит, тошноту, тяжесть в животе. Заподозрить наличие подобного инородного тела помогают правильно собранный анамнез, пальпация живота, при которой определяется безболезненное, плотное объемное образование в проекции желудка.

Из инструментальных методов диагностики неинвазивной и высокоинформативной является трансабдоминальная сонография, во время которой в просвете желудка визуализируется наличие образования. Для установления характера образования желудка проводят эзофагогастродуоденоскопию, в ходе которой точно выявляют расположение и размеры безоара. При небольших размерах образования его извлекают из желудка при помощи гастроскопа. Крупные трихобезоары удаляются только хирургически — путем гастротомии.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Девочка Д., 11 лет, находилась в отделении неотложной и плановой хирургии ФГАУ «НЦЗД» Минздрава России (в настоящее время НМИЦЗД) в июне 2016 г. Ребенок был госпитализирован в плановом порядке для удаления инородного тела желудка.

Из анамнеза известно, что за 2 нед до госпитализации девочка стала предъявлять жалобы на периодические боли в животе, тошноту. Отмечались эпизоды рвоты сразу после приема пищи. Родители ребенка с вышеописанными жалобами обратились к гастроэнтерологу по месту жительства. При пальпации живота врачом определено плотное, опухолевидное образование в эпигастриальной области. Для установления характера образования ребенок направлен на консультацию к детскому онкологу. После проведенного обследования в онкологическом центре (ультразвуковое исследование брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия) у ребенка диагностирован трихобезоар желудка. Для удаления образования желудка ребенок направлен в НМИЦЗД.

При сборе анамнеза выяснилось, что девочка в раннем и дошкольном возрасте наблюдалась у невролога

в связи с нарушениями сна, нервной возбудимостью, беспричинными истериками. В силу излишней эмоциональной привязанности к матери, повышенной впечатлительности и тревожности долго привыкала к дошкольному образовательному учреждению. Воспитатели высказывали жалобы на то, что ребенок часто плачет, избегает контактов с детьми, без интереса включается в совместную деятельность, отличается низкой самостоятельностью. Социальная незрелость ребенка, отсутствие психологической готовности к обучению стали причиной того, что при поступлении в школу количество страхов увеличилось, и появилась боязнь оставаться в помещении без близких взрослых: девочка тяготилась пребыванием в классе и старалась избегать контакта с учительницей, т.к. очень опасалась ее. Примерно в середине учебного года у девочки сформировалась патологическая привычка грызть ногти (онихофагия). В 2016 г. — после рождения в семье второго ребенка — родители обратили внимание на новую особенность поведения девочки — привычку жевать кончики волос, в том числе перед сном. Нарастание эмоциональных и поведенческих проблем у ребенка не заставило родителей обратиться за медицинской или психологической помощью. Обследования у невролога, психиатра или психолога с началом обучения в школе девочка также не проходила. Результаты анализа содержания беседы психолога с родителями указывают на то, что началом образования инородного тела в желудке можно считать возраст 10 лет, когда произошло изменение семейной структуры (рождение второго ребенка). Однако впервые навязчивые действия появились у девочки в возрасте 7 лет — в период адаптации к обучению в школе, повышения нагрузки и уровня требований к ребенку, на фоне которых произошло ухудшение ее эмоционального и неврологического состояния.

В рамках предоперационной подготовки девочке проведено общеклиническое обследование крови и мочи, в которых не выявлено патологических изменений. При ультразвуковом исследовании брюшной полости визуализировано гипозоногенное образование, занимающее практически всю полость желудка.

В условиях операционной ребенку была проведена эзофагогастродуоденоскопия (рис. 1), в ходе которой

Рис. 1. Эндоскопическая картина трихобезоара

Fig. 1. Endoscopic view of trichobezoar



выявлен трихобезоар гигантских размеров, занимающий весь просвет и протяженность желудка. Попытка эндоскопической дефрагментации безоара в течение 2 ч не привела к желаемому результату из-за выраженной плотности инородного тела. В результате коллективного обсуждения было принято решение о переходе к лапаротомии, гастротомии, извлечению трихобезоара единым блоком.

Выполнены гастротомия (рис. 2), удаление из желудка в виде его «слепка» трихобезоара размером 12×15 см (рис. 3). Осмотрена слизистая оболочка желудка — эрозивно-язвенных изменений не выявлено.

Течение послеоперационного периода протекало гладко.

Анализ истории развития ребенка показал, что на всем протяжении детства, начиная с раннего возраста, в силу отсутствия своевременной медикаментозной поддержки и несоответствия социальных условий среды индивидуальным физиологическим и психологическим потребностям ребенка эмоциональные трудности и невротические проявления нарастали и стали причиной образования инородного тела в желудке, т.е. привели к возникновению жизнеугрожающего состояния. Для выяснения этиологии и степени тяжести психологических проблем, определения тактики лечения девочка была консультирована детским психиатром. По результатам психиатрического осмотра был установлен диагноз

Рис. 2. Гастротомия: вид трихобезоара в желудке

Fig. 2. Gastrotomy: a view of trichobezoar in the stomach

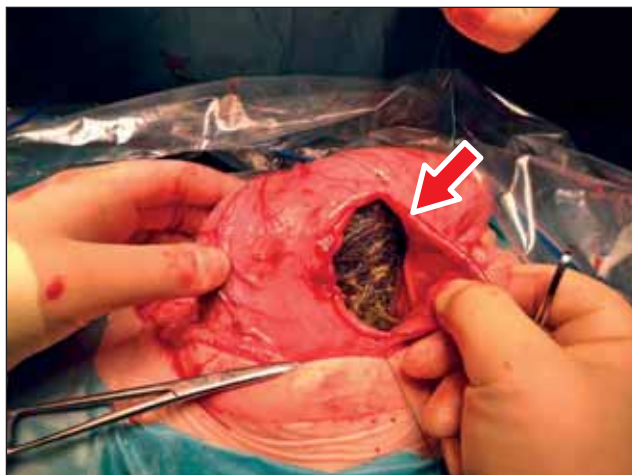


Рис. 3. Удаленный трихобезоар имеет вид «слепка» желудка

Fig. 3. The excised trichobezoar has a form of the stomach «cast»



«Невроз навязчивых состояний, трихофагия», а также определена необходимость диспансерного наблюдения и медикаментозной коррекции.

За время пребывания пациентки в стационаре наряду с медицинской помощью осуществлялось психолого-педагогическое сопровождение семьи. Целью психологического обследования стало выявление индивидуально-личностных характеристик ребенка, причин, способствующих нарастанию эмоционального напряжения у девочки, социальных факторов невротизации личности и нереализованных потребностей в существующей семейной структуре.

Особое внимание в процессе психологической диагностики было уделено исследованию отношения родителей к лечению дочери, особенностей детско-родительских отношений, родительских воспитательных установок и способов реагирования родителей на проблемную ситуацию.

Результаты психологического обследования показали, что у девочки наблюдаются выраженное эмоциональное напряжение и негативные переживания, вызванные изменением структуры семьи (рождение второго ребенка), а также дефицит внимания и эмоционального принятия со стороны родителей. Уровень родительской компетентности в вопросах психического здоровья ребенка недостаточный, родители нуждаются в подробном разъяснении необходимости психиатрического лечения ребенка и достижения его результатов, а также в обучении способам распознавания и реализации возрастных и личностных психологических потребностей ребенка.

В послеоперационном периоде с ребенком и его родителями была проведена серия психологических занятий с целью гармонизации внутрисемейного взаимодействия, обучения родителей навыкам установления более доверительного контакта с ребенком, умению конструктивным образом разрешать конфликтные ситуации, а также расширению видов совместной деятельности родителей и ребенка, способствующих реализации возрастных и личностных психологических потребностей девочки. Для достижения устойчивых положительных результатов было рекомендовано продолжить психологическое сопровождение по месту жительства с целью мониторинга эмоционального состояния девочки, обучения ее навыкам эмоциональной саморегуляции и социальным способам выражения негативных переживаний, а также повышения уровня родительской компетентности в вопросах обучения и воспитания дочери.

ОБСУЖДЕНИЕ

Представленное клиническое наблюдение показывает, что формирование трихобезоаров происходит не сразу, а в течение длительного времени. Основным фактором образования трихобезоара является устойчивая привычка жевать и проглатывать волосы. К профилактическим мерам, препятствующим возникновению трихобезоара у детей, можно отнести комплексные диспансерные осмотры детского населения на амбулаторном участке, своевременное направление ребенка с навязчивыми действиями на консультацию к психиатру с целью коррекции психического нарушения, а также систематическое повышение уровня родительской компетентности в вопросах сохранения здоровья детей.

Своевременное выявление и удаление трихобезоара желудка позволяет избежать таких грозных осложнений, как острая кишечная непроходимость, формирование пролежней стенки желудка с развитием перитонита, что

приводит к более длительным и обширным оперативным вмешательствам со сложным течением послеоперационного периода.

Результаты обследования ребенка и беседа с родителями показали, что причиной возникновения трихобезоара является психическое нарушение, усугубляемое негативными переживаниями из-за изменения семейной структуры и привычных взаимоотношений с родителями. Невозможность выражать собственные негативные переживания и получать достаточное внимание со стороны матери вызывали нарастание эмоционального напряжения у девочки, способствовали снижению фона настроения, возрастанию невротических реакций и появлению навязчивых действий в виде откусывания и проглатывания волос.

ВЫВОДЫ

1. Наибольшую эффективность обеспечивает мультидисциплинарный подход к диагностике и реабилитации детей, страдающих трихобезоаром. Совместная работа врачей и специалистов психолого-педагогического профиля позволяет определить необходимый объем медико-социальной помощи ребенку для предотвращения повторного образования «волосяной опухоли» в будущем.
2. При обращении ребенка к врачу с жалобами и клинической картиной гастроэнтерологического заболевания или с синдромом пальпируемой опухоли в верхних отделах желудочно-кишечного тракта стоит помнить о таком редком заболевании, как трихобезоар.
3. Стартовым методом диагностики при подозрении на трихобезоар является трансабдоминальная сонография с обязательным последующим проведением фиброгастроуденоскопии.
4. При диагностировании «волосяной опухоли» больших размеров, занимающей более 2/3 объема желудка, методом выбора оперативного пособия является гастротомия с тщательной оценкой состояния стенки желудка.
5. С целью предотвращения повторного образования трихобезоара ребенку необходима консультация психиатра с дальнейшим наблюдением.
6. На послеоперационном этапе лечения дети с обнаруженным и удаленным из желудка трихобезоаром нуждаются в психологическом сопровождении, в ходе которого необходимо установить их психологические потребности, осуществить гармонизацию социальной ситуации развития, а также провести работу по повышению уровня приверженности родителей лечению.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Не указан

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов.

ORCID

Е.Ю. Дьяконова

<http://orcid.org/0000-0002-8563-6002>

М.М. Лохматов

<http://orcid.org/0000-0002-8305-7592>

А.С. Бекин

<http://orcid.org/0000-0002-5900-1812>

А.А. Гусев

<http://orcid.org/0000-0002-2029-7820>

А.С. Буслаева

<http://orcid.org/0000-0003-0940-669>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Соколов Ю.Ю., Давидов М.И. Безоары желудочно-кишечного тракта у детей // *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. — 2010. — Т.89. — №2 — С. 60–64. [Sokolov YuYu, Davidov MI. Bezoary zheludochno-kishechnogo trakta u detei. *Pediatriia*. 2010;89(2):60–64. (In Russ).]
2. Zameer M, Kanojia RP, Thapa BR, Rao KL. Foreign body oesophagus in a neonate: a common occurrence at an uncommon age. *Afr J Paediatr Surg*. 2010;7(2):114–116. doi: 10.4103/0189-6725.62853.
3. Маховский В.З., Ворушин В.А., Печенкин Е.В. Фитобезоар как причина острой тонкокишечной непроходимости // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. — 2005. — №7 — С. 54–55. [Makhovskii VZ, Vorushilin VA, Pechenkin EV. Fitobezoar kak причина ostroi tonkokishechnoi neprokhodimosti. *Khirurgiia (Mosk)*. 2005;(7):54–55. (In Russ).]
4. Еловой М.М., Борозна В.Г., Кухтарёв А.А., Разумова Т.Е. Трихобезоар желудка и тонкой кишки у детей // *Новости хирургии*. — 2012. — Т.20. — №2 — С. 96–100. [Yelovoy MM, Borozna VG, Kukhtarev AA, Razumova TE. Stomach and small intestine trichobezoars in children. *Novosti khirurgii*. 2012;20(2):96–100. (In Russ).]
5. Wong HH, Phillips BA. Opposites attract: a case of magnet ingestion. *CJEM*. 2009;11(5):493–495. doi: 10.1017/s1481803500011696.
6. Антропов Ю.А., Антропов А.Ю., Незнанов Н.Г. *Основы диагностики психических расстройств. Руководство для врачей*. — М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010. — 384 с. [Antropov YuA, Antropov AYu, Neznanov NG. *Osnovy diagnostiki psikhicheskikh rasstroistv. Rukovodstvo dlya vrachei*. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. 384 p. (In Russ).]
7. Щербатых Ю.В. *Психология стресса и методы коррекции*. — СПб.: Питер; 2006. — 256 с. [Shcherbatykh YuV. *Psikhologiya stressa i metody korrektsii*. St. Petersburg: Piter; 2006. 256 p. (In Russ).]
8. Park JM, Lee CS, Kim MS, et al. Penetration of the descending colon by a migrating intrauterine contraceptive device. *J Korean Soc Coloproctol*. 2010;26(6):433–436. doi: 10.3393/jksc.2010.26.6.433.