BY-NC-SA

https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-211-3-182-186

Безоар в желудочно-кишечном тракте: редкий случай диагностики в практике гинеколога и хирурга*

Гатагажева З. М.[1], Хутиева М. С.[2], Богатырев И. А.[2], Барахоева Т. С.[3], Барахоева Д. С.[3]

[1] Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования Ингушский государственный университет, проспект И. Б. Зязикова, (д. 7, г. Магас, 386001, Республика Ингушетия, Россия)

[2] Государственное бюджетное учреждение «Республиканский Клинический Перинатальный Центр», (ул. Бакинская, 79, г. Назрань, 386102 Республика Ингушетия, Россия)

[3] Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), (ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, г. Москва, 119991, Россия)

Для цитирования: Гатагажева З. М., Хутиева М. С., Богатырев И. А., Барахоева Т. С., Барахоева Д. С. Безоар в желудочно-кишечном тракте: редкий случай диагностики в практике гинеколога и хирурга. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2023;211(3): 182–186. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-211-3-182-186

✉ *Для переписки:*
Гатагажева Зарета Магомедовна
ing_gu@mail.ru
zareta1@list.ru

Гатагажева Зарета Магомедовна, д.м.н., заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, медицинский факультет
Хутиева Мадина Саварбековна, к.м.н., главный врач
Богатырев Ибрагим Алиханович, врач детский хирург отделения патологии новорожденных и недоношенных детей
Барахоева Тамара Сафарбековна, студентка 4 курса, лечебного факультета
Барахоева Диана Сафарбековна, студентка 2 курса, стоматологического факультета

* Иллюстрации к статье – на цветной вклейке в журнал (стр. III).

Резюме

Цель. Представить клинический случай безоара у девочки 13 лет, с дифференциальной диагностикой инфекционной, хирургической и гинекологической патологии.

Материалы и методы. Мать девочки 13 лет обратились 26.10.2022 г. за консультацией с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, жидкий стул. Со слов мамы, несмотря на неоднократное обращение к врачам, диагноз ребенку поставить не удавалось. Из-за это изначально была госпитализация в инфекционное отделение, перегоспитализация в хирургическое отделение и далее в гинекологическое отделение. 29.10.2022 г. девочка была прооперирована в гинекологическом стационаре, совместно с детским хирургом.

Результаты: В ходе хирургического вмешательства в брюшной полости было обнаружено около 400,0 серозного выпота. При ревизии органов женской репродуктивной системы были обнаружены две параоварильные кисты до 1 см. с обеих сторон, удалены. При ревизии аппендикулярного отростка патологии выявлено не было. При ревизии кишечника был обнаружен плотной консистенции безоар размерами 8 × 6 см. Стенка тонкой кишки была вскрыта над безоаром, эвакуация инородного тела, послойное ушивание. В послеоперационном периоде пациентка получала антибактериальную, инфузионную и симптоматическую терапию. Послеоперационная рана зажила первично, без признаков воспаления. После выписки рекомендована консультация психолога.

Заключение. Безоары — это редкий вид патологии. Диагностика их затруднена в связи с отсутствием ранних специфических клинических симптомов. Этот случай из практики указывает на то, что безоар может симулировать различную патологию брюшной полости. Особое внимание надо обращать и на патологические поведенческие реакции, консультировать детей и подростков у психолога и невропатолога. К сожалению, диагноз ставится тогда, когда пациенты поступают в стационар с явлениями «острого» живота, для хирургического вмешательства.

EDN: OIOUML

Ключевые слова: безоар, хирургическая патология, дифференциальная диагностика, гинекология

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

BY-NC-SA

https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-211-3-182-186

Bezoar in the gastrointestinal tract: a rare case of diagnosis in the practice of a gynecologist and surgeon*

Z. M. Gatagazheva[1], M. S. Khutieva[2], I. A. Bogatyrev[2], T. S. Barakhoeva[3], D. S. Barakhoeva[3]

[1] Ingush State University, (7, avenue I. B. Zyazikova, Magas, 386001, Republic of Ingushetia, Russia)

[2] Republican Clinical Perinatal Center, (79, Bakinskaya street, Nazran, 386102, Republic of Ingushetia, Russia)

[3] Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of Russian Federation, (8, bld. 2, Trubetskaya street, Moscow, 119991, Russia)

For citation: Gatagazheva Z. M., Khutieva M. S., Bogatyrev I. A., Barakhoeva T. S., Barakhoeva D. S. Bezoar in the gastrointestinal tract: a rare case of diagnosis in the practice of a gynecologist and surgeon. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2023;211(3): 182–186. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-211-3-182-186

✉ *Corresponding author:*
Zareta M. Gatagazheva
ing_gu@mail.ru
zareta1@list.ru

Zareta M. Gatagazheva, MD, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine; *ORCID: 0000–0001–8067–378X*
Madina S. Khutieva, Candidate of Medical Sciences, The head of Regional Clinical Perinatal Center
Ibragim A. Bogatyrev, pediatric surgeon of the Department of Pathology of Newborns and Premature Infants
Tamara S. Barakhoeva, 4th year student, medical faculty; *ORCID: 0000–0002–2672–6454*
Diana S. Barakhoeva, 2nd year student, dental faculty; *ORCID: 0000–0001–7793–6382*

* Illustrations to the article are on the colored inset of the Journal (p. III).

Summary

Purpose. To present a clinical case of bezoar in a girl of 13 years old, with differential diagnosis of infectious, surgical and gynecological pathology.

Materials and methods. The mother of a 13-year-old girl turned 26. On 10.2022, for consultation with complaints of abdominal pain, nausea, vomiting, loose stools. According to the mother, despite repeated visits to doctors, the child could not be diagnosed. Because of this, initially there was hospitalization in the infectious diseases department, re-hospitalization in the surgical department and then in the gynecological department. On 29.10.2022, the girl was operated on in a gynecological hospital, together with a pediatric surgeon.

Results: During the surgical intervention, about 400.0 serous effusion was found in the abdominal cavity. During the revision of the organs of the female reproductive system, two paraovaril cysts up to 1 cm were found on both sides, removed. When revising the appendicular process, no pathology was revealed. When revising the intestine, a dense consistency of bezoar was found measuring 8 × 6 cm. The wall of the small intestine was opened over the bezoar, evacuation of a foreign body, layer-by-layer suturing. In the postoperative period, the patient received antibacterial, infusion and symptomatic therapy. The postoperative wound healed initially, without signs of inflammation. After discharge, a psychologist's consultation is recommended.

Conclusion. Bezoars are a rare type of pathology. Their diagnosis is difficult due to the absence of early specific clinical symptoms. This case from practice indicates that bezoar can simulate various pathologies of the abdominal cavity. Particular attention should be paid to pathological behavioral reactions, to consult children and adolescents with a psychologist and a neurologist. Unfortunately, the diagnosis is made when patients are admitted to the hospital with the phenomena of an "acute" abdomen, for surgical intervention.

Keywords: bezoar, surgical pathology, differential diagnostics, gynecology

Conflict of interest. Authors declare no conflict of interest.

Введение

Безоар – это определенный вид инородного тела, формирующийся в пищеварительном тракте, чаще всего в желудке. Механизм его образования заключается в том, что инородные тела различного происхождения, попадая в организм с пищей или в результате вредных привычек, не переваривают-ся, а накапливаются, и, уплотняясь, со временем превращаются в комки, увеличиваясь в размерах. Известно много различных безоаров: фито-, трихо-, шеллако-, пиксо-, собо (стибо)-, псевдо-,

полибезоары [1]. Чаще других встречаются фитобезоары, которые, по данным разных авторов, составляют 70–75% всех безоаров. Формируются они из растительной клетчатки дикой хурмы, диких слив, винограда, инжира, черемухи и др. Скорость образования фитобезоаров зависит от их органической природы и колеблется от 1–5 суток до 25 лет. Размеры фитобезоаров колеблются от нескольких миллиметров до 20 см и более [2]. Трихобезоары образуются при попадании в желудок волос и встречаются чаще у лиц с нарушенной психикой, которые страдают непреодолимым желанием кусать волосы, а также у лиц, работающих с волосами. Этим заболеванием нередко страдают дети с неустойчивой психикой. Трихобезоары желудка иногда достигают 3,5 кг и более. Шеллачные камни (шеллакобезоары) образуются в результате систематического употребления спиртового лака, нитролака и политуры алкоголиками. Эти образования формируются в конгломерат и превращаются в камень. Они буровато-белого цвета, с гладкой или слегка шероховатой поверхностью, на разрезе имеют черно-коричневый цвет, слоистое строение, горят, режутся ножом. Масса их достигает 500 г и более [2]. Пиксобезоары образуются у лиц, имеющих привычку жевать смолу, вар. Себобезоары (стибобезоары) образуются при уплотнении животных жиров. Образование их связано с тем, что точка плавления жиров (козье, баранье и говяжье сало) выше внутрижелудочной температуры, в результате чего происходит кристаллизация триглицеридов с образованием жировых камней [2]. Гемобезоары в желудке встречаются очень редко и образуются при длительном заглатывании крови у больных портальной гипертензией, системной красной волчанкой и др. Лактобезоары формируются у недоношенных детей, находящихся на высококалорийной искусственной диете, содержащей лактозу и казеин. Образуются эти безоары в течение первых 2 недель жизни. Гемолактобезоары самостоятельно распадаются после промывания желудка, коррекции диеты и применения грудного молока.

Клинические проявления безоаров в желудке зависят от их природы, размера, локализации и давности образования, а также от осложнений, связанных с ними.

В диагностике имеют значение анамнестические данные об операциях, вредных привычках. Заболевание характеризуется многообразием жалоб на тошноту, ноющие боли в подложечной области, отрыжку с дурным запахом, понижение аппетита, рвоту, общую слабость, похудание. Заболевание может протекать волнообразно, периодически обостряясь по мере накопления безоаров в желудке и затихая после эвакуации их в двенадцатиперстную кишку или с рвотными массами наружу. Формируясь в крупные камни и перемещаясь в тонкую кишку, безоары могут стать причиной рецидивирующей кишечной непроходимости, а иногда наступает полная закупорка кишки. Так, Z. Malazgirt и соавт. [3] из 375 случаев механической тонкокишечной непроходимости у 17 (4,5%) больных причиной заболевания установили фитобезоары. У некоторых больных периодичность обострения заболевания принимается за пищевое отравление, при этом назначают обильное питье минеральной воды, промывание желудка, которые неизменно приносят облегчение в результате удаления безоарных масс из желудка. При достаточной величине плотного безоара можно пропальпировать в эпигастральной области опухолевидное образование, а при исследовании крови обнаруживается анемия. Из других осложнений безоаров желудка, кроме кишечной непроходимости, следует отметить перфорацию желудка, кровотечение и изъязвление слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки [2].

В диагностике безоаров желудка большое место отводится рентгенологическому методу исследования. При этом исследовании обнаруживается центрально расположенный дефект наполнения овальной формы с четкими контурами, на поверхности которого может просматриваться неравномерное скопление контрастирующей массы. Иногда дефект наполнения в ходе исследования удается сместить из области синуса желудка до кардиальной части. Этот признак свидетельствует об отсутствии связи образования со стенкой желудка. Неподвижный безоар иногда ошибочно принимают за опухоль.

Фитобезоары желудка очень часто всплывают и располагаются в верхней его части, создавая дефект наполнения аморфного ячеистого характера. В отличие от опухоли нарушение эвакуации из желудка при безоарах носит преходящий характер в течение даже короткого времени. При безоарах большой величины газовый пузырь уменьшен в размерах, а бариевая взвесь длительно задерживается в области свода желудка. Возникает картина слепка желудка. Слизистая оболочка не прослеживается или вместо нее выявляется картина точечной импрегнации и отдельных помарок контрастирующей массой стенки желудка. Во всех случаях при безоарах желудка полезно эндоскопическое исследование.

Материалы и методы

Мама с девочкой 13 лет обратились 26.10.2022 г. за консультацией с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, жидкий стул. Со слов мамы, несмотря на неоднократное обращение к врачам, диагноз ребенку поставить не удавалось. Из-за это изначально была госпитализация в инфекционное отделение, перегоспитализация в хирургическое отделение и далее в гинекологическое отделение. 29.10.2022 г. девочка была прооперирована в гинекологическом стационаре, совместно с детским хирургом. Острая гинекологическая патология была исключена. Операционной находкой стало инородное тело в просвете тонкой кишки, переразтые петли кишечника, признаки кишечной непроходимости. Из просвета тонкой кишки был эвакуирован безоар размерами 8*6 см, плотной консистенции.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка П., 13 лет, поступила в инфекционное отделение с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, жидкий стул. Данные жалобы появились накануне госпитализации. Из анамнеза жизни: ребенок от первой беременности, двойня. Зачатие произошло методом ЭКО+ИКСИ (мужской фактор бесплодия). Родоразрешение путем операции кесарево сечение, в сроке гестации 30 недель. Масса тела обеих девочек при рождении 2650 г, длина тела 48 см. Профилактические прививки: по возрасту. Перенесенные заболевания: ветряная оспа. Находилась на искусственном вскармливании, каши с исключением лактозы. Аллергологический анамнез: с детства непереносимость лактозы. Наследственность не отягощена. Менструации с 11 лет, регулярные, по 5–6 дней, через 28 дней. Последние менструации 14.10.2022 г. Материально-бытовые условия удовлетворительные. До трех лет девочка не имела никаких вредных привычек. Была смышленой, опережая в развитии вторую девочку из двойни. Мама отмечала повышенную гибкость девочки. После трех лет начали отмечать, что девочка начала грызть ногти на руках. Благодаря своей гибкости через несколько месяцев начала грызть ногти на ногах (*рис. 1 а, б – на цветной вклейке в журнал*). Через определенное время девочка активно начала грызть кнопки на телевизионном пульте, дермантиновое покрытие на стульях и диване. Периодически выдергивала клочками свои волосы. Неоднократно мама консультировала девочку у психолога, психиатра, отклонений не выявлено. Успеваемость в школе хорошая. Объективные данные при поступлении в стационар: физическое и нервно-психическое развитие соответствует возрасту. Питание мама отмечала всегда всухомятку, от жидкой пищи отказывалась в категоричной форме. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Волосы тусклые. Язык влажный, покрыт белым налетом. Увеличение подчелюстных лимфатических узлов до 1,0 см, безболезненные, подвижные. Зев гиперемирован. Частота дыхательных движений 24 в мин. Частота сердечных сокращений 98 в мин. Аускультативно в легких ослабленное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот несколько увеличен в размере, при пальпации болезненный в околопупочной области. Стул жидкий, мочеиспускание в норме. Со стороны других органов патологии не выявлено.

Проведено клинико-лабораторное обследование (*табл. 1*).

Таблица 1. Лабораторные показатели пациентки в динамике

Показатели	26.10.22	28.10.22	30.10.22	31.10.22
Гемоглобин, г/л	134	124	111	111
Эритроциты, 10^{12}/л	4,31	4,50	3,79	3,86
Лейкоциты, 10^{9}/л	9,6	8,15	6,28	8,14
Тромбоциты, 10^{9}/л	-	342	284	289
АЛТ Ед/л	11,5	15,0	12,5	11,8
АСТ Ед/л	20,5	8,4	9,5	8,8
Билирубин общий, мкмоль/л	8,8	15,14	11,59	5,35
Билирубин прямой, мкмоль/л	–	8,83	7,85	3,42
Мочевина ммоль/л	4,2	3,35	4,85	3,55
Креатинин ммоль/л	-	64,34	70,62	74,19
Глюкоза, ммоль/л	4,75	4,19	4,42	
Холестерин ммоль/л	-	3,01	2,09	4,05
Общий белок, г/л	71,2	66,0	54,5	57,2
АЧТВ, сек	-	25,9	23,3	22,3
ПТИ,%	-	77,7	78,7	79,7
Фибриноген, г/л	-	4,9	5,1	5,2
МНО	-	1,27	1,23	1,25

При анализе лабораторных данных в динамике не было убедительных данных за аппендицит (не нарастало количество лейкоцитов) или за апоплексию яичника, так как гемоглобин и форменные элементы не снижалась.

ФГДС от 27.10.2022 г. Заключение: Очаговый гастрит. Эрозивный бульбит.

УЗИ органов брюшной полости от 28.10.22 г. Заключение: свободная жидкость в левом боковом канале и в области малого таза. Острый аппендицит? Апоплексия яичника?

R-снимок брюшной полости от 28.10.2022 г. Заключение: на обзорной рентгенограмме ОБП газораспределение по кишечнику снижено, горизонтальных уровней жидкости (чаши Клойбера) нет. В проекции левой подреберной области визуализируется тень овальной формы, с четкими контурами, ячеистыми включениями внутри.

Несмотря на дообследование, убедительных данных за аппендицит у хирургов не было. Учитывая середину менструального цикла и наличие в большом количестве свободной жидкости в малом тазу,

не исключалась апоплексия яичника. 29.10.2022 г., по витальным показаниям, акушером-гинекологом и хирургом совместно была проведена операция. В ходе хирургического вмешательства в брюшной полости было обнаружено около 400,0 серозного выпота. При ревизии органов женской репродуктивной системы были обнаружены две параовариальные кисты до 1 см с обеих сторон, с тонкой капсулой, серозным содержимым. Кистозные образования поэтапно были удалены. При ревизии аппендикулярного отростка патологии не было выявлено. При ревизии кишечника, отступя на один метр от илеоцекального угла, в просвете тонкой кишки, было пропальпировано плотной консистенции образование (безоар), неподвижное, размерами 8×6 см (*рис. 3 а, б*). Выполнена продольная энтеротомия над центром образования (безоаром), эвакуация инородного тела. Произведена поперечная энтеропластика. В послеоперационном периоде пациентка получала антибактериальную, инфузионную и симптоматическую терапию. После проведенного лечения состояние улучшилось. Послеоперационная рана зажила без признаков воспаления. В удовлетворительном состоянии выписана из стационара на амбулаторное наблюдение. После выписки рекомендована консультация психолога, ограничение физической нагрузки, ношение бандажа в течение трех месяцев.

Заключение

Безоары – это редкий вид патологии. Диагностика их затруднена в связи с отсутствием ранних специфических клинических симптомов. Этот случай из практики указывает на то, что безоар может симулировать различную патологию брюшной полости. Необходимо иметь в виду, что у детей, обращающихся к врачам по поводу болей в животе, могут быть явления безоара. Особое внимание надо обращать и на патологические поведенческие реакции, консультировать детей и подростков у психолога, невропатолога. К сожалению, диагноз ставится тогда, когда пациенты поступают в стационар с явлениями «острого» живота, для хирургического вмешательства.

Вклад авторов:

З. М. Гатагажева – разработка дизайна и организация исследования, получение данных для анализа, подготовка базы данных, написание текста рукописи, корректировка рукописи после рецензирования

М. С. Хутиева, И. А. Богатырев – разработка концепции исследования, анализ полученных результатов, написание части текста рукописи, корректировка рукописи после рецензирования.

Т. С. Барахоева, Д. С. Барахоева – обзор публикаций по теме статьи, написание части текста рукописи.

Литература | References

1. Gulordava Sh.A., Kofkin A.S. Foreign bodies of the gastrointestinal tract: monograph. Tallinn: Valgus, 1969. 168 P. (in Russ.)

   Гулордава Ш. А., Кофкин А. С. Инородные тела желудочно-кишечного тракта: монография. Таллинн: Валгус, 1969. 168 с.

2. Kurygina A., Stoyko Y., Bagnenko S. Bezoary gastric and their complications. (in Russ.) Available at: http://www.medactiv.ru/ysurg/gastro-060009.shtml (accessed 16.01.2015)

   Курыгина, А. Безоары желудка и их осложнения / Курыгина А., Стойко Ю., Багненко С. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www. medactiv.ru/ysurg/gastro-060009.shtml (дата обращения 16.01.2015)

3. Erzurumlu K., Malazgirt Z., Bektas A., Dervisoglu A., Polat C., Senyurek G., Yetim I., Ozkan K. Gastrointestinal bezoars: a retrospective analysis of 34 cases. *World J Gastroenterol*. 2005 Mar 28;11(12):1813–7. doi: 10.3748/wjg.v11.i12.1813.

К статье

Безоар в желудочно-кишечном тракте: редкий случай диагностики в практике гинеколога и хирурга (стр. 182–186)

To article

Bezoar in the gastrointestinal tract: a rare case of diagnosis in the practice of a gynecologist and surgeon (p. 182–186)

Рисунок 1 а, б. Конечности пациентки П., 13 лет

Рисунок 2. Обзорный R-снимок брюшной полости

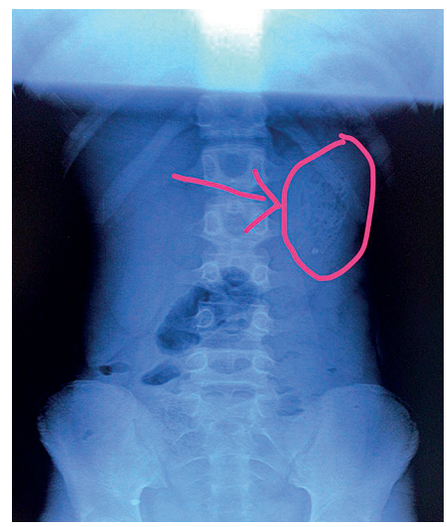
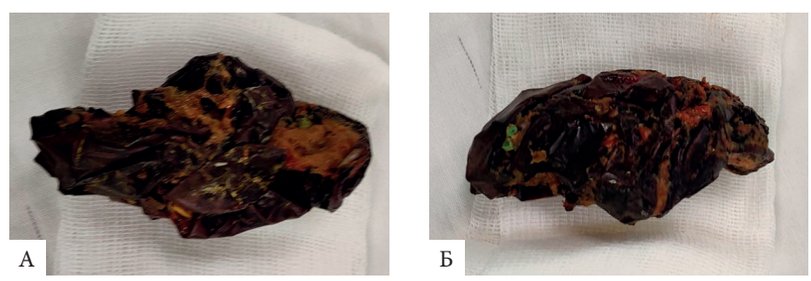
Рисунок 3 а, б. Безоар пациентки П., 13 лет