

УДК 616.381. – 003.6.

## КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНЫЙ СЛУЧАЙ БЕЗОАРА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Лаврукова О.С., Антропова Е.С., Зигинова Т.М.

*¹ФГБОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»,  
Петрозаводск, e-mail: rectorat@psu.karelia.ru*

С учетом литературных данных и собственных наблюдений авторы приводят причины формирования, особенности клиники и диагностики безоаров пищеварительного тракта. Безоар – это особый вид инородного тела, который формируется чаще всего в желудке из различных проглоченных веществ, которые не перевариваются в нем. В зависимости от состава различают следующие виды безоаров: фитобезоары, трихобезоары, стибо(себо)безоары, безоары органического происхождения, безоары эмбрионального происхождения, полибезоары. Данный вид патологии является достаточно редким, поэтому практические врачи недостаточно знакомы с клиническими проявлениями, осложнениями и методами лечения данного заболевания. В статье представлен клинико-экспертный случай недиагностированного гигантского безоара желудочно-кишечного тракта, осложненного перфорацией тонкой кишки и перитонитом у пациентки дома-интерната, страдающей болезнью Дауна. Смерть больной наступила в результате асфиксии содержимым желудка в машине скорой помощи при транспортировке ее в стационар по поводу болей в животе. При исследовании трупа в желудочно-кишечном тракте был обнаружен гигантский трихофитобезоар, начинающийся в нижнем отделе пищевода, занимающий весь желудок, двенадцатиперстную кишку и часть тощей кишки. Таким образом, безоары желудочно-кишечного тракта являются достаточно редкой патологией, чем обусловлено отсутствие диагностической настороженности у практических врачей по поводу данного заболевания. Больные с нарушением психики требуют большего внимания со стороны медицинского персонала, особенно при обнаружении у них склонности к заглатыванию инородных предметов.

**Ключевые слова:** безоар, редкий вид хирургической патологии, клиника, диагностика, осложнения безоара

## KLINIKO-EKSPERTNYY BEZOAR'S CASE OF THE DIGESTIVE TRACT

Lavrukova O.S., Antropova E.S., Ziginova T.M.

*FGBOU VPO «Petrozavodsk state university», Petrozavodsk, e-mail: rectorat@psu.karelia.ru*

Taking into account literary data and own supervision authors give the reasons of formation, feature of clinic and diagnostics of bezoar of a digestive tract. Bezoar is a special type of a foreign matter which is formed most often in a stomach, of various swallowed substances which aren't digested in it. Depending on structure distinguish the following types of bezoar: fitobezoara, trikhobezoara, стибо (Sebha) bezoara, bezoara of an organic origin, bezoara of an embryonic origin, polibezoara. This type of pathology is rather rare therefore practical doctors are insufficiently familiar with clinical manifestations, complications and methods of treatment of this disease. The kliniko-expert case of not diagnosed huge bezoar of the digestive tract complicated by perforation of a small intestine and peritonitis at the patient of the house boarding school having a Down syndrome is presented in article. The death of the patient was caused by asphyxia stomach contents in an ambulance car, at its transportation in a hospital concerning belly-aches. At research of a corpse in a digestive tract it was found huge trikho-fitobezoar, all stomach beginning in the lower department a gullet, borrowing, a duodenum and part of a lean gut. Thus, bezoara of a digestive tract are rather rare pathology, than lack of diagnostic vigilance at practical doctors concerning this disease is caused. Patients with violation of mentality demand bigger attention from the medical personnel, especially at detection at them of tendency to swallowing alien subjects.

**Keywords:** bezoar, rare species of surgical pathology, clinic, diagnostics, complications of a bezoar

В медицинской литературе при описании инородных тел желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) встречается понятие «безоар». Безоар – это определенный вид инородного тела, которое формируется в пищеварительном тракте, чаще всего в желудке. Считается, что механизм его образования таков: при попадании в организм с пищей или в результате вредных привычек инородные тела различного происхождения не перевариваются, а накапливаются и, уплотняясь, со временем увеличиваются в размерах, превращаясь в комки. Основой безоара может быть любое инородное тело.

### Классификация

По различным классификациям выделяют до 11 видов безоаров пищеварительного тракта. Однако наиболее распространенной является классификация Ш.А. Голурдавы, А.С. Кофкина (1969) [4], по которой безоары ЖКТ подразделяют на следующие группы:

1. Трихобезоар (или волосяной шар) – это свалывшийся, войлокообразный комок волос, ниток или шерсти, как правило, с примесью слизи и пищи. Трихобезоары часто встречаются у людей с неуравновешенной психикой, особенно страдающих

трихотилломанией, а также у лиц, работающих с волосом (работники щеточного производства, парикмахеры) [6].

2. Фитобезоар – безоар, основой которого чаще всего является растительная клетчатка. Формирование фитобезоара в желудке происходит в результате употребления в пищу больших количеств кедровых орехов, дикой груши, винограда [1]. Среди фитобезоаров описываются диспиробезоары, которые формируются из хурмы, так как в данном фрукте высокое содержание смолистых и вязущих веществ, претерпевающих коагуляцию под действием желудочного сока и способствующих слипанию частей хурмы в плотную массу [2, 3]. Есть мнение, что образованию фитобезоаров в желудке способствуют операции на желудке [5].

3. Стибо(себо)безоары – безоары животного происхождения, образующиеся из животных жиров (баранье, говяжье, козье сало), которые в желудке кристаллизуются с образованием жировых камней [5].

4. Безоары органического происхождения – образуются в желудке при заглатывании столярной политуры: лаков, смол, гудрона, при минерализации сгустков крови в просвете желудка [1], при длительном заглатывании крови у больных гипертонией, системной красной волчанкой и др. [5]. Эти виды безоаров встречаются довольно редко.

5. Безоары эмбрионального происхождения – формируются из дермоидной кисты желудка. К этой же категории по данным литературы относят и мекониевые камни [1].

6. Полибезоары – безоары смешанного происхождения.

Клинические проявления безоара ЖКТ зависят от многих факторов: природы безоара, его величины, локализации, давности нахождения в желудке. Больные жалуются на периодически возникающие тупые боли и чувство тяжести в эпигастриальной области, быстрое насыщение, тошноту и рвоту после еды, отрыжку. Наличие крупного безоара приводит к снижению аппетита и потере массы тела.

Самое частое осложнение безоаров – это изъязвление слизистой желудка (гастрит) с развитием кровотечения. Редким осложнением является образование пролежня и последующей перфорации стенки желудка или кишки с развитием перитонита. В связи с редкостью данной патологии возможны диагностические ошибки при осмотре и дальнейшем ведении таких больных.

#### **Клинико-экспертный случай осложненного безоара ЖКТ**

Гр-ка Р., 1996 г.р., находилась в домостроительном интернате с диагнозом: «Болезнь Дауна.

Грубая задержка психоречевого развития. Дистрофия по типу гипотрофии центрального генеза. Сходящееся косоглазие. Двухсторонняя паховая грыжа». В карте имеются следующие записи, касающиеся данного клинического случая: «9.00. Со вчерашнего вечера отмечалась дважды рвота съеденной пищей. Не лихорадит. Сегодня перед завтраком, по пути упала на пол. Имеется выраженная слабость в конечностях. Кожные покровы бледные. Состояние средней тяжести. В сознании. На осмотр реагирует криком... Живот умеренно напряженный. Пропальпировать не удается... Диагноз: Функциональное раздражение желудка? Коллаптоидное состояние. 11.00. Температура 37,3°C. Пациентка беспокоится, держится за живот, стонет. Кожные покровы прохладные на ощупь. Отмечается субфебрилитет. Состояние тяжелое. Рвоты и стула сегодня не было. Язык гипертрофирован, суховат, слегка обложен коричневым налетом у корня... Живот подвздут, напряжен, болезненный при пальпации во всех отделах (девочка кричит и отталкивает руки). Симптомы раздражения брюшины проверить невозможно. Диагноз: острый аппендицит?».

Больная была доставлена в стационар бригадой скорой помощи, из сопроводительного листа которой следует: «... Пациентка беспокоится, стонет, держится за живот. Из анамнеза: вчера рвота 2 раза; один раз желудочным содержимым, второй – темным содержимым. Живот напряженный, закрывает руками при попытке пропальпировать. При транспортировке в машине скорой помощи остановка дыхания. Артериальное давление не определяется, начата сердечно-легочная реанимация, при реанимации темное отделяемое из желудка, единичные травинки. Доставлена в стационар с диагнозом: Острый аппендицит. Гастро-дуоденальное кровотечение?». В истории болезни запись реаниматолога: «Осмотр в машине скорой помощи... При осмотре сознание отсутствует, пульсация на сонных артериях и спонтанное дыхание отсутствуют. С техническими сложностями (в ротовой полости большое количество желудочного содержимого) выполнена интубация трахеи, начата искусственная вентиляция мешком Амбу. Вероятна аспирация желудочного содержимого... Пациентка транспортирована в палату ИТАР, где продолжены реанимационные мероприятия... Произведена санация трахеобронхиального дерева, эвакуировано умеренное количество желудочного содержимого. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта... Констатирована смерть пациентки». Запись дежурного хирурга: «Вызван

в палату ИТАР. Проводятся реанимационные мероприятия. Полноценный осмотр больной выполнить не представляется возможным. Реанимационные мероприятия без эффекта, констатирована смерть пациентки». Заключительный клинический диагноз: «Гастро-дуоденальное кровотечение? Аспирация рвотными массами. Асфиксия». Труп направлен на судебно-медицинское исследование.

Экспертом изучена история болезни детского дома-интерната на имя гр-ки Р., 1996 г.р. При судебно-медицинском исследовании трупа установлено: «...На секционном столе труп женщины правильного телосложения, удовлетворительного питания, нормостенического конституционального типа. Длина тела 130 см... В полости рта следы буроватого содержимого... Петли кишечника в брюшной полости лежат свободно. На поверхности петель кишечника наложение фибрина желтого цвета... Брюшина тускловатая с расширенными сосудами с наложениями фибрина желтого цвета. В брюшной полости около 700 мл мутного содержимого желто-зеленого цвета с хлопьями фибрина желтого цвета... В просвете пищевода буроватая жидкость. В нижнем отделе пищевода просвет

его плотно забит содержимым, в котором различимы травинки, веточки в виде плотного конгломерата цилиндрической формы... В просвете трахеи и бронхов буроватое кашцеобразное содержимое с различными травинками, напоминающее по виду содержимое пищеварительного тракта... На разрезах ткань легких синюшно-красная, неоднородная, с чередующимися участками светло-красного и буровато-красного цвета. В просветах пересеченных бронхов буроватые массы... Желудок переполнен содержимым темно-коричневого цвета, которое образует плотный конгломерат размерами 16×10×5 см, как слепок, повторяющий форму желудка (рис. 1).

В составе конгломерата различимы кусочки пищи (моркови, макаронных изделий), травинки, стебли, множество ниток разного цвета. Слизистая оболочка желудка бледная серо-розовая, гладкая. В просвете двенадцатиперстной кишки также большое количество содержимого в виде конгломерата цилиндрической формы, полностью заполняющего просвет кишки, в составе которого различимы кусочки пищи и множество ниток, травинок (рис. 1).



Рис. 1. Иностранное тело (безоар) в желудке и двенадцатиперстной кишке

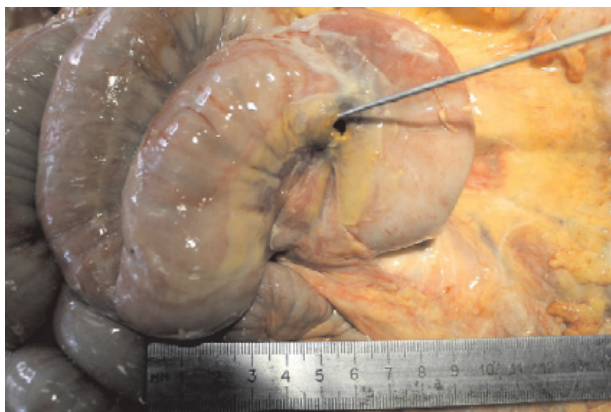


Рис. 2. Пролежень и перфорация тощей кишки

На задней стенке тощей кишки у брыжеечного края в 5 см от ее начала сквозной дефект стенки овальной формы размерами 0,6×0,4 см, края дефекта относительно ровные, гладкие, не утолщены (рис. 2).

По наружной поверхности в окружности дефекта наложения фибрина желтого цвета. По внутренней поверхности слизистая оболочка в окружности дефекта стенки на участке диаметром 3 см, истончена, темно-серого цвета, с буроватыми наложениями. В просвете кишки на этом уровне и еще на протяжении 35 см аналогичное вышеописанному содержимое, состоящее из множества спутанных между собой ниток и пищевых масс. На остальном протяжении в тонкой кишке жидковатое желто-зеленое содержимое...

При гистологическом исследовании установлено: Наличие инородного содержимого в просвете одного из бронхов. Явления бронхоспазма. Очаговый слабо выраженный внутриальвеолярный отек легких. Единичные мелкие кровоизлияния периваскулярного характера в ткани легкого, без явлений перифокальной воспалительной клеточной реакции (вероятнее всего могли развиваться в терминальном периоде). Признаки слабо выраженного банального энтерита и фибринозного перитонита. Умеренно выраженная миелоидная (токсическая) гиперплазия красной пульпы селезенки. Признаки слабо выраженного хронического бронхита...».



Рис. 3. Гигантский фитотрихобезоар после извлечения его из ЖКТ

Таким образом, у больной имел место длительно существующий, не диагностированный гигантский фитотрихобезоар ЖКТ

(рис. 3), осложненный пролежнем и перфорацией тощей кишки с развитием перитонита. Фрагменты безоара при рвоте стали причиной механической асфиксии и дальнейшей смерти больной еще на догоспитальном этапе.

### Выводы

1. Безоары ЖКТ и их осложнения являются редким видом хирургической патологии, что приводит к диагностическим ошибкам и неправильному ведению больных как на догоспитальном, так и на госпитальном этапах.

2. Пациенты с нарушением психики должны находиться под тщательным наблюдением медперсонала, особенно при обнаружении у них склонности к заглатыванию инородных предметов.

### Список литературы

1. Бебуришвили А.Г., Мандриков В.В., Акинчиц А.Н. Инородные тела желудочно-кишечного тракта: учебно-методическое пособие для врачей интернов, клинических ординаторов, хирургов и эндоскопистов. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2007. – 33 с.
2. Безоар желудка у ребенка / А.М. Шамсиев, Д.О. Атакулов, А.Х. Одилов, Ш.А. Юсупов, Р.Ф. Разыков, С.С. Малаев // Детская хирургия. – 2004. – № 3. – С. 51–52.
3. Возможности диагностики безоаров у детей / В.Г. Сапожников, В.А. Куликов, В.А. Шабалин, В.П. Белоzerov // Рос. пед. журнал. – 2001. – № 4. – С. 51–53.
4. Гулордава Ш.А., Кофкин А.С. Инородные тела желудочно-кишечного тракта: монография. – Таллин: Валгус, 1969. – 168 с.
5. Курыгина А., Стойко Ю., Багненко С. Безоары желудка и их осложнения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medactiv.ru/ysurg/gastro-060009.shtml> (дата обращения 16.01.2015).
6. Шубин В.Н. Редкие хирургические болезни. – Казань: Изд-во Казанского университета, 1969. – 294 с.

### References

1. Beburishvili A.G., Mandrikov V.V., Akinchits A.N. *Inorodnye tela zheludochno-kishechnogo trakta: uchebno-metodicheskoe posobie dlja vrachej internov, klinicheskikh ordinatov, hirurogov i jendoskopistov* [Foreign matters of a digestive tract: an educational and methodical grant for doctors of interns, clinical interns, surgeons and endoscopists]. Volgograd, Publishing house of VOLGMU, 2007. 33 p.
2. Shamsiev A.M., Atakulov D.O., Odilov A.H., Jusupov Sh.A., Razykov R.F., Mallaev S.S. *Detskaja hirurgija – Children's surgery*, 2004, no.3, pp. 51–52.
3. Sapozhnikov V.G., Kulikov V.A., Shabalin V.A., Belozarov V.P. *Ros. ped. zhurnal – I Grew. Ped. Magazine*, 2001, no.4, pp. 51–53.
4. Gulordava Sh.A., Kofkin A.S. *Inorodnye tela zheludochno-kishechnogo trakta: monografija* [Foreign matters of a digestive tract: monograph]. Tallinn, Valgus, 1969. 168 p.
5. Kurygina A., Stojko Ju., Bagненко S. *Bezoary zheludka i ih oslozhenija* (Bezoara of a stomach and their complication) Available at: <http://www.medactiv.ru/ysurg/gastro-060009.shtml> (accessed 16 January 2015).
6. Choubin V.N. *Redkie hirurgicheskie bolezni* [Rare surgical diseases]. Kazan, Publishing house of the Kazan university, 1969. 294 p.

### Рецензенты:

Попов В.Л., д.м.н., профессор кафедры судебной медицины, Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург;

Лобаков А.И., д.м.н., профессор, заведующий отделением абдоминальной хирургии, ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт им. М.Ф. Владимирского», г. Москва.

Работа поступила в редакцию 02.03.2015.