

# СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© ГАВРИЛЕНКО А.А., БРЕГЕЛЬ А.И., ЛИХАНОВ А.А., ПЕТРОВА Н.Л. – 2018  
УДК: 616.33-003.747.81-07-089

## ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ТРИХОБЕЗОАРА ЖЕЛУДКА, ОСЛОЖНЕННОГО ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Гавриленко А.А.<sup>1</sup>, Брегель А.И.<sup>1,2</sup>, Лиханов А.А.<sup>1</sup>, Петрова Н.Л.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Иркутская городская клиническая больница №1;

<sup>2</sup>Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия)

**Резюме.** Представлено редкое клиническое наблюдение диагностики и неоперативного лечения трихобезоара желудка значительных размеров у беременной пациентки 20-ти лет с обтурационной желудочной непроходимостью. Часть трихобезоара извлечена при эндоскопии под внутривенным анестезиологическим сопровождением с ликвидацией желудочной непроходимости. Остатки безоара эвакуировались естественным путем после промывания желудка через назогастральный зонд.

**Ключевые слова:** трихобезоар; удаление трихобезоара; инородные тела; осложнение трихобезоара.

## ENDOSCOPIC REMOVAL OF THE TRICHOBEZOAR OF STOMACH, COMPLICATED BY OBTURATIVE GASTRIC OBSTRUCTION

Gavrilenko A.A.<sup>1</sup>, Bregel A.I.<sup>1,2</sup>, Likhanov A.A.<sup>1</sup>, Petrova N.L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Irkutsk Municipal Clinical Hospital №1;

<sup>2</sup>Irkutsk State Medical University, Irkutsk, Russia)

**Summary.** A rare clinical case of diagnosis and nonoperative treatment of big trichobezoar in the pregnant patient of 20 years old with obstructive gastric obstruction has been presented. A part of trichobezoar was extracted during endoscopic investigation under intravenous anesthesia with the elimination of gastric obstruction. The remains of the bezoar were evacuated naturally after washing the stomach through a nasogastric tube.

**Key words:** trichobezoar; foreign body; complication of bezoar; removal of trichobezoar.

Безоар – это инородное тело, образующееся в желудке и кишечнике из непереваренных веществ [6].

Количество и размеры безоаров различны в зависимости от количества, характера употребляемой пищи, а также состояния моторной и секреторной функции пищеварительной системы. Время формирования безоаров может составлять от нескольких дней до нескольких лет.

В зависимости от состава основного вещества, существуют различные виды безоаров. Наиболее часто встречаются фитобезоары – непереваренная пища растительного происхождения и трихобезоары – проглоченные волосы у лиц, имеющих привычку покусывать и глотать кончики волос. Трихобезоары чаще встречаются у женщин. В литературе описаны и другие виды безоаров, состоящие из разных веществ [2;3;4;5;8;9].

Выраженность клинической картины заболевания зависит от размеров трихобезоара. Редко безоары желудка протекают бессимптомно [1].

Распознавание безоара основано на анамнезе и наличии плотного объемного образования в проекции желудка. Окончательный диагноз устанавливается ультразвуковым, рентгенологическим и эндоскопическим методами исследования.

В литературе описано удаление трихобезоара желудка без хирургического вмешательства [7], однако в подавляющем большинстве случаев бывает необходимо оперативное лечение.

В связи с редкостью наблюдаемой патологии и успешным извлечением трихобезоара при эндоскопии приводим наше клиническое наблюдение.

Больная Л., 20 лет, самостоятельно обратилась в приёмное отделение 17.11.2017 г. с жалобами на боли в верхних отделах живота, тошноту и рвоту.

Из анамнеза: пациентка беременна на 9-10-й неделе. Ограничено количество принимаемой пищи в течение 2-х месяцев, имеет привычку грызть и глотать собственные волосы и ногти.

При объективном осмотре астенический тип телосложения. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Мышечная система развита слабо. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области.

Отмечается анемия лёгкой степени (Hb – 97,6 г/л). Ультразвуковое исследование (УЗИ) от 17.11.2017: в полости матки живой плод. Со стороны других органов и систем без патологии.

Предварительный диагноз: «Опухоль желудка?»

Эндоскопическая гнастродуоденоскопия (ЭГДС) от 18.11.2017: визуализировано инородное тело желудка (трихобезоар) мягкой, местами плотной консистенции, занимает просвет от верхней трети тела до привратника (около 16,0 см в длину и 8,0 см в ширину). Просвет привратника полностью обтурирован инородным телом. Произведена попытка удаления инородного тела полиэктомической петлей. Незначительная часть инородного тела была фрагментирована и извлечена. В связи с тем, что размеры инородного тела превышали диаметр просвета пищевода, поведение пациентки оставалось беспокойным, было решено прекратить исследование. Заключение: «Инородное тело желудка (трихобезоар), осложненное обтурацией привратника, частично удалено при исследовании».

Было принято решение повторить попытку эндоскопического удаления инородного тела под в/в анестезиологическим сопровождением.

Пациентка госпитализирована в хирургическое отделение.

ЭГДС 18.11.2017 в 8:50, под внутривенным анестезиологическим сопровождением. Инородное тело желудка (трихобезоар), мягкой, местами плотной консистенции, занимавшее просвет от в/3 тела до привратника (около 16,0 см в длину и 8,0 см в ширину). Просвет привратника полностью обтурирован инородным телом. Произведена частичная фрагментация и извлечение 1/2 инородного тела полиэктомической петлей (рис. 1).



Рис. 1. Удаленная при эндоскопии часть трихобезоара желудка.

После фрагментации и частичного удаления инородное тело значительно уменьшилось в размерах и при повторном введении эндоскопа занимало субкардиальный отдел, верхней и частично средней третьей тела желудка в длину, и одну треть просвета в ширину (около 8,0 см в длину и 4,0 см в ширину), аппарат свободно проходил в двенадцатиперстную кишку (ДПК). Но, так как размеры оставшейся в желудке части инородного тела превышали диаметр пищевода имелся высокий риск вклинения оставшегося инородного тела в просвет пищевода и разрыва его стенок, было решено не форсировать удаление безоара и прекратить исследование. В антральном отделе желудка, ближе к его углу по малой кривизне, имелся дефект слизистой, размером до 0,5 см в диаметре с невыраженным валом воспаления, дно покрыто фибрином. В препилорическом отделе по малой кривизне дефект слизистой, полигональной формы, размерами до 0,8 см в диаметре с невыраженным валом воспаления, дно покрыто фибрином. В верхне-горизонтальной

и нисходящей частях ДПК по верхней и задней стенке два дефекта слизистой, полигональной формы, размерами около 1,7 см в диаметре, с невыраженным валом воспаления, покрытые фибрином. В просвете ДПК желчь, инородное тело не обнаружено. Заключение: «Инородное тело желудка (трихобезоар), удаление половины инородного тела с восстановлением проходимости в луковицу ДПК. Острые язвы (пролежни?) антрального, препилорического отделов желудка, верхне-горизонтального и нисходящего отделов ДПК».

После ЭГДС, пациентке установлен назо-гастральный зонд для промывания желудка водой с целью размягчения трихобезоара и его повторного эндоскопического удаления под анестезиологическим сопровождением.

Консультация гинеколога от 20.11.2017: прогрессирующая беременность – 9 недель.

ЭГДС от 21.11.2017. Инородное тело в желудке и ДПК не обнаружено. Острые язвы (пролежни?) антрального, препилорического отделов желудка, верхне-горизонтального и нисходящего отделов ДПК.

В этой связи выполнена обзорная рентгенография брюшной полости от 21.11.2017: патологии не выявлено. Пациентка оставлена под наблюдение в хирургическом отделении. За время наблюдения симптомов кишечной непроходимости у пациентки не было.

22.11.2017 в 9:00. Трихобезоар эвакуировался естественным путём через прямую кишку.

Пациентка выписана из стационара. Рекомендовано лечение у терапевта по месту жительства. Наблюдение гинеколога в женской консультации. Соблюдение диеты.

Диагноз при выписке. Основной: «Инородное тело желудка (трихобезоар). Беременность 9 недель».

Осложнение: «Обтурационная желудочная непроходимость, острые язвы желудка, ДПК».

Сопутствующий: «Анемия легкой степени тяжести неуточненного генеза».

Таким образом, благодаря мягкой консистенции обнаруженного при гастроскопии трихобезоара, осложненного обтурационной желудочной непроходимостью, нам удалось, не прибегая к хирургическому вмешательству, удалить часть трихобезоара во время эндоскопии, ликвидировав желудочную непроходимость. Последующее промывание желудка через назогастральный зонд позволило эвакуироваться недостаточно сформированному трихобезоару желудка естественным путем.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Прозрачность исследования.** Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

**Декларация о финансовых и иных взаимодействиях.** Авторы разработали концепцию и дизайн исследования, написали рукопись. Окончательная версия рукописи была им одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

**Работа поступила в редакцию:** 18.02.2018 г.

## ЛИТЕРАТУРА

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: Волжский ГМУ, 2007.
2. Базимов У.А., Дусмуратов А.М., Аджибаев А.А. Шеллакобезоар желудка // Хирургия. 1990. №12. С.134.
3. Волобуев Н.Н., Мошко Ю.А., Воробец И.М. и др. Безоары желудочно-кишечного тракта // Крымский терапевтический журнал. 2011. №1. С.46-54.
4. Юсупов И.А., Романовский Е.М. Осложненные безоары желудка и кишечника // Астраханский медицинский журнал. 2012. Т. 7. №1. С.144-148.
5. Cremin B.J., Fisher R.M., Stokes N.J., Rabkin J. Four cases of lactobezoar in neonates // Pediatric Radiology. 1974. Vol. 2. №2. P.107-109.
6. Ho T.W., Koh D.C. Small-bowel obstruction secondary to bezoar impaction: a diagnostic dilemma // World Journal of Surgery. 2007. Vol. 31. №5. P.1073-1079.
7. Kadian R.S., Rose J.F., Mann N.S. Gastric Bezoars-Spontaneous Resolution // American Journal of Gastroenterology. 1978. Vol. 70. №1. P.79-82.
8. Mehta H.M., Mehta M.N. Pharmacobezoars: A Rare Entity // American Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics. 2016. Vol. 3. №3. URL: <http://www.imedpub.com/articles/pharmacobezoars-a-rare-entity.php?aid=18104>

9. Shigekawa Y., Kobayashi Y., Higashiguchi T., et al. Rectal obstruction by a giant pharmacobezoar composed of magnesium

oxide: report of a case // Surgery today. 2010. Vol. 40. №10. P.972-974. DOI: 10.1007/s00595-009-4158-7

## REFERENCES

1. Beburishvili A.G., Mandrikov V.V., Akinchits A.N. Foreign bodies of the gastrointestinal tract: A teaching aid for interns, clinical residents, surgeons and endoscopists. Volgograd: Volzhsky State Medical University, 2007. (in Russian)
2. Begimov U.A., Dusmuratov A.M., Adzhibayev A.A. Shellakobezoar stomach // Khirurgia. 1990. №12. P.134. (in Russian)
3. Volobuev N.N., Moshko Y.A., Vorobets I.M., et al. Bezoars of the gastrointestinal tract // Krymskij Terapevticheskij Zhurnal. 2011. №1. P.46-54. (in Russian)
4. Yusupov I.A., Romanovsky E.M. Complicated bezoars of the stomach and intestines // Astrakhanskiy Meditsinskij Zhurnal. 2012. Vol. 7. №1. P.144-148. (in Russian)
5. Cremin B.J., Fisher R.M., Stokes N.J., Rabkin J. Four cases of lactobezoar in neonates // Pediatric Radiology. 1974. Vol. 2. №2. P.107-109.

6. Ho T.W., Koh D.C. Small-bowel obstruction secondary to bezoar impaction: a diagnostic dilemma // World Journal of Surgery. 2007. Vol. 31. №5. P.1073-1079.
7. Kadian R.S., Rose J.F., Mann N.S. Gastric Bezoars-Spontaneous Resolution // American Journal of Gastroenterology. 1978. Vol. 70. №1. P.79-82.
8. Mehta H.M., Mehta M.N. Pharmacobezoars: A Rare Entity // American Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics. 2016. Vol. 3. №3. URL: <http://www.imedpub.com/articles/pharmacobezoars-a-rare-entity.php?aid=18104>
9. Shigekawa Y., Kobayashi Y., Higashiguchi T., et al. Rectal obstruction by a giant pharmacobezoar composed of magnesium oxide: report of a case // Surgery today. 2010. Vol. 40. №10. P.972-974. DOI: 10.1007/s00595-009-4158-7

### Информация об авторах:

Гавриленко Андрей Анатольевич – врач-эндоскопист отделения эндоскопии, e-mail: [deran2@mail.ru](mailto:deran2@mail.ru);  
Брегель Александр Иванович – д.м.н., профессор кафедры факультетской хирургии, заведующих эндоскопическим отделением, e-mail: [bregel-ai@mail.ru](mailto:bregel-ai@mail.ru); Лиханов Алексей Алексеевич – хирург 2-го хирургического отделения;  
Петрова Наталья Леонидовна – врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реаниматологии №2, e-mail: [nataliapetrova7@mail.ru](mailto:nataliapetrova7@mail.ru).

### Information About the Authors:

Gavrilenko Andrey – endoscopist of the Department of Endoscopy, e-mail: [deran2@mail.ru](mailto:deran2@mail.ru); Bregel Alexander – MD, PhD, DSc (Medicine), professor of the department of faculty surgery, heads of the endoscopic department, e-mail: [bregel-ai@mail.ru](mailto:bregel-ai@mail.ru);  
Likhanov Aleksey – surgeon of the 2nd surgical department; Petrova Natalia Leonidovna – anesthesiologist-resuscitator of the Department of Anesthesiology and Resuscitation No. 2, e-mail: [nataliapetrova7@mail.ru](mailto:nataliapetrova7@mail.ru).

© МАШАРИПОВ А.С. – 2018

УДК: 616-036.82/.85

## СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ТАНАТОГЕНЕЗА ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Машарипов А.С.

(Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан)

**Резюме.** В данной работе описаны непосредственные причины смерти 42 лиц (23 мужчины и 19 женщин) в возрасте от 15 до 72 лет в динамике после получения тяжелой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ). Сроки смерти наблюдаемых колебались в промежутке от 12 часов до 1 месяца после получения травмы. Выявлена смена танатогенеза с мозгового на лёгочный и в более поздние сроки на гнойно-септический. Показано значение как мозговых осложнений с развитием вторичных кровоизлияний и дислокации мозга, так и респираторного дистресс-синдрома с последующим развитием очаговой бронхопневмонии в виде ацинарной, доле – субсегментарной, сегментарной и, наконец, сливной с абсцедированием лёгочной ткани.

**Ключевые слова:** тяжелая черепно-мозговая травма; танатогенез; пневмония.

## FORENSIC AND MEDICAL EVALUATION OF TANATOGENESIS IN SEVERE CRANIOCEREBRAL TRAUMA

Masharipov A.S.

(Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan)

**Summary.** In this study, the immediate causes of death of 42 individuals (23 men and 19 women) aged 15 to 72 years in dynamics after receiving severe craniocerebral trauma (TSHMT) are described. The terms of death observed varied between 12 hours and 1 month after the injury. The change of tanatogenesis from cerebral to pulmonary and, at a later date, purulent-septic was revealed. The significance of both cerebral complications with the development of secondary hemorrhages and dislocations of the brain and respiratory distress syndrome with the subsequent development of focal bronchopneumonia in the form of acinar, longer – subsegmental, segmental and, finally, draining with abscessing of the pulmonary tissue is shown.

**Key words:** severe craniocerebral injury; tanatogenesis; pneumonia.

Проблема изучения механизма возникновения и патологии тяжелой черепно-мозговой травмы (ТЧМТ) остается весьма актуальной как для судебных медиков, так и для специалистов клинической медицины [2]. ТЧМТ составляет в среднем 35,6% от всех травм, а в общей структуре черепно-мозговой травмы составляет 42,8% [1,5]. Большая частота и высокая смерт-

ность при ТЧМТ определяет несомненную социально-медицинскую значимость [1,9].

Для судебной медицинской экспертизы оценка различных сторон механических повреждений головного мозга представляет большой практический и теоретический интерес [4]. При описании танатогенеза необходимо учитывать установление характера повреждений,