

## Обтураційна кишкова непрохідність, викликана фітобезоарами шлунка

Козань І.В., Бойченко О.З., Лізанець М.М.

**Резюме.** Гостра обтураційна кишкова непрохідність, обумовлена безоаром, – рідкісне захворювання. Частота його коливається в межах 0,5-1 % випадків механічної кишкової непрохідності. Наведено власне клінічне спостереження. Хвора П. 39 років поступила в клініку з ознаками часткової кишкової непрохідності. В анамнезі апендектомія і лапароскопічна фундоплікація за Ніссеном з приводу ГЕРХ. Незважаючи на консервативну терапію, у хворої стала наростати клініка кишкової непрохідності, в зв'язку з чим вона була прооперована. Під час операції на відстані 60 см від ілеоцекального кута у просвіті тонкої кишки був виявлений фітобезоар щільно-еластичної консистенції довжиною 8 см і діаметром 4 см, який обтуравав просвіт кишки, три подібні утворення розмірами від 8 до 4 см у діаметрі виявлені в шлунку. Проведена гастротомія, вказані камені видалено. Камінь із тонкого кишечника фрагментований і переміщений у товстий кишечник. Діагноз після операції – гостра обтураційна тонкокишкова непрохідність (фітобезоар), серозний перитоніт.

**Ключові слова:** кишкова непрохідність, безоар, гастротомія.

**Актуальність проблеми.** Безоар – це камінь, який формується у шлунково-кишковому тракті. Причини розвитку безоарів різноманітні, але найчастіше вони виникають унаслідок потрапляння в шлунок волосся (тріхобезоари) або формуються при вживанні великої кількості хурми, кедрових горіхів та інших продуктів рослинного походження, які вміщують багато клітковини (фітобезоари). Іноді вони можуть мати змішане походження. Іншими причинами можуть бути вживання у великій кількості баранячого або яловичого жиру і одночасно холодної води.

Час формування безоарів може тривати від кількох днів до невизначеного проміжку. Факторами, які сприяють утворенню безоарів, є порушення моторики шлунка, в тому числі після ваготомії.

Безоари можуть досягати дуже великих розмірів. Клінічні прояви залежать від величини і кількості безоарів. Як правило, виникають тупі болі постійного характеру в епігастральній ділянці, які посилюються після їди, відчуття важкості, швидке насичення, відрижку з неприємним запахом, блювоту. Безоари великих розмірів можуть сприяти розвитку виразок шлунка, що супроводжуються кровотечами, в рідкісних випадках

виникають пролежні стінки шлунка і перфорація. Гастроскопія і рентгенографія шлунка є основними способами діагностики безоарів шлунка.

При евакуації безоарів у тонкий кишечник виникає гостра обтураційна кишкова непрохідність.

Наводимо спостереження. Хвора П. 39 років поступила в клініку 27.05.2012 р. з ознаками часткової кишкової непрохідності. Скаржилась на помірні приступоподібні болі в животі, нудоту, затримку стулу протягом двох днів. В анамнезі апендектомія і лапароскопічна фундоплікація за Ніссеном із приводу ГЕРХ.

При огляді: загальний стан хворої задовільний. Язик сухий. Живіт злегка піддутий, симетричний. При пальпації – м'який, помірно болючий у верхніх відділах. Перитонеальні симптоми негативні. Перистальтика кишечника періодично підсилена. У лабораторних даних без суттєвих відхилень від норми. При оглядовій рентгеноскопії органів черевної порожнини відмічається пневматизація кишечника. Від гастроскопії хвора відмовилась. За даними УЗД непрямі ознаки кишкової непрохідності.

Протягом 27-28.05.2012 р. проводилась загальноприйнята консервативна терапія, яка

дала значне покращення стану хворої. Однак, 29.05.2012 р. знову стала наростати клініка кишкової непрохідності у зв'язку з чим хвора була прооперована. На операції: петлі тонкої кишки роздуті, гіперемовані, з рідким вмістом. У черевній порожнині є близько 300 мл серозного випоту без запаху. На відстані 60 см від ілеоцекального кута в просвіті тонкої кишки пальпується рухоме утворення щільно-еластичної консистенції довжиною 8 см і діаметром 4 см, яке обтурує просвіт кишки і є причиною непрохідності. Вказане утворення переміщене в сліпу кишку, після

чого сюди вільно став поступати тонкокишковий вміст.

При подальшій ревізії у шлунку виявлено ще три подібні утворення розмірами 8x8 см і 4x4 см. Проведена гастротомія, вказані камені видалено. При макроскопічному огляді камені мають темно-коричневий колір з фрагментами волосся і харчовими домішками (фітотрихобезоари). Післяопераційний період відбувався без ускладнень, хвора виписана на п'ятий день. При огляді через 6 місяців пацієнтка скарг не має, вважає себе здоровою.

## **Обтурационная кишечная непроходимость, вызванная фитобезоарами желудка**

Козань І.В., Бойченко О.З., Лізанець М.М.

**Резюме.** *Острая обтурационная кишечная непроходимость, обусловленная безоаром, – редкое заболевание. Частота его колеблется в пределах 0,5-1 % случаев механической кишечной непроходимости. Приведено собственное клиническое наблюдение. Больная П. 39 лет поступила в клинику с признаками частичной кишечной непроходимости. В анамнезе аппендэктомия и лапароскопическая фундопликация по Ниссену по поводу ГЭРБ. Несмотря на консервативную терапию, у больной стала нарастать клиника кишечной непроходимости, в связи с чем она была оперирована. Во время операции на расстоянии 60 см от илеоцекального угла в просвете тонкой кишки был обнаружен фитобезоар плотно-эластической консистенции длиной 8 см и диаметром 4 см, который обтурировал просвет кишки, три подобные образования размерами от 8 до 4 см в диаметре обнаружены в желудке. Проведена гастротомия, указанные камни удалены. Камень из тонкого кишечника фрагментирован и перемещен в толстый кишечник. Диагноз после операции – острая обтурационная тонкокишкова непроходимость (фитобезоар), серозный перитонит.*

*Ключевые слова:* кишечная непроходимость, безоар, гастротомия.

## **Obstructive ileus caused by food ball stomach**

Kozan' I., Boychenko O., Lizanets M.

**Summary.** *Intestinal obstruction (ileus) due to bezoar is a rare condition. Its combined prevalence among all cases of intestinal obstruction varies from 0.5 to 1%. An observed case is reported. Sick P. 39 years old, was admitted to the hospital with signs of partial intestinal obstruction. History appendectomy and laparoscopic fundoplication on Niessen for GERD. Despite conservative therapy, the patient began to increase clinic of intestinal obstruction in connection with which she was operated. During the operation, at a distance of 60 cm from the ileocecal corner in the lumen of the small intestine was detected phytobezoar solid elastic consistence length of 8 cm and diameter 4 see that abdurosoul the bowel lumen, three such education sizes from 8 to 4 cm in diameter found in the stomach. Conducted gastronomia, these stones are removed. Stone from the small intestine is fragmented and moved into the large intestine. Final diagnosis: «Intestinal obstruction (phytobezoar), non-infected peritonitis».*

**Keywords:** *intestinal obstruction, bezoar, gastrotomy.*