

УДК: 616.34-007.272

DOI: 10.37800/RM.2.2023.76-81

ТРИХОБЕЗОАР ТОНКОГО КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТКИ В СРОКЕ 33 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Б.Б. Ауенов¹, Н.А. Филатова¹, Р.В. Иралина²

¹Коммунальное государственное предприятие «Костанайская областная больница» управления здравоохранения Костанайской области, Костанай, Республика Казахстан;

²НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», Алматы, Республика Казахстан

Аннотация

Актуальность: Трихобезоары, представляющие собой безоары, состоящие из волос, возникают при трихотилломании, навязчивом выдергивании волос, и трихофагии, поедании волос. Они локализуются преимущественно в желудке. В редких случаях волосы полностью проходят через желудок и образуют трихобезоар в тонкой кишке. Данная патология является очень редким заболеванием. Больные с инородными телами желудка типа трихобезоара наблюдаются в клинической практике чрезвычайно редко.

Цель исследования – показать и проанализировать динамику клинического течения острой кишечной непроходимости вследствие трихобезоара в тонком кишечнике у беременной на примере клинического случая.

Материалы и методы: В исследовании использован метод наблюдения за изменением клинического состояния в случае редко встречающегося трихобезоара в тонком кишечнике у беременной.

Результаты: В данной статье представлен редкий клинический случай трихобезоара тонкого кишечника у пациентки в сроке 33 недель беременности с неизвестной историей трихофагии и с предварительным диагнозом острого аппендицита. Следующий пример является первым случаем оперативного лечения подобного заболевания в родильном отделении №2 Костанайской областной больницы. У пациентки 25 лет, которая находилась в отделении патологии беременных, на 4-й день нахождения в стационаре, появилась клиническая картина кишечной непроходимости. Представлены результаты лабораторных и инструментальных методов исследования. После проведения мультидисциплинарного консилиума врачей было принято решение о проведении операции с учетом развития острой кишечной непроходимости. Пациентке выполнено хирургическое вмешательство в объеме: Нижнесрединная лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Устранение кишечной непроходимости. Санация и дренирование брюшной полости. После операции состояние больной улучшилось. Пациентка была выписана домой на 10 суток с рекомендациями.

Заключение: Представленный клинический случай показывает, что формирование трихобезоара требует продолжительного времени. Пагубная привычка к проглатыванию волос является главным фактором формирования трихобезоара. Представленный нами клинический случай интересен для врачей в качестве напоминания о редко

встречающихся патологиях желудочно-кишечного тракта.

Ключевые слова: безоары, трихобезоар, кишечная непроходимость, беременность, трихотилломания, трихофагия.

Введение: Безоары – это редко встречающиеся в практике врача инородные тела желудочно-кишечного тракта, которые имеют особенность постепенно увеличиваться в размерах [1]. Они встречаются у людей с психическими отклонениями, страдающих трихотилломанией (вырывание волос на голове или других частях тела) [2]. Безоары желудка и кишечника делятся на: трихобезоары, которые состоят из клубка волос и образуются в результате их заглатывания;

- шеллакобезоары, состоящие из смолистых и красящих веществ;
- фитобезоары, которые образуются из растительной клетчатки, чаще из косточек плодов и фруктов;
- стигобезоары, которые формируются при уплотнении животных жиров вследствие высокой точки их плавления в сравнении с внутрижелудочной температурой и затвердевания триглицеридов;
- безоары эмбрионального происхождения, которые формируются из дермоидной кисты желудка [3].

Трихобезоары малых размеров клинически протекают бессимптомно. Вследствие увеличения трихобезоара в размерах появляются боли и чувство тяжести в подложечной области, чувство быстрого переполнения желудка, распирание в эпигастрии, тошнота, рвота, отрыжка застойным содержимым [4]. Трихобезоар закупоривает вход в двенадцатиперстную кишку, вследствие чего нарушается моторика. Выход волосяного покрова наружу путем рвоты не представляется возможным ввиду препятствия в виде нижнего пищеводного сфинктера. Вышеуказанные симптомы в большинстве случаев расцениваются как признаки хронического гастродуоденита [5].

Цель исследования – показать и проанализировать динамику клинического течения острой кишечной непроходимости вследствие трихобезоара в тонком кишечнике у беременной на примере клинического случая.

Материалы и методы: В нашем исследовании использован метод наблюдения за изменением клинического состояния в случае редко встречающегося трихобезоара в тонком кишечнике у беременной.

Далее приведено описание клинического случая трихобезоара в тонком кишечнике у беременной.

Информация о пациентке:

Пациентка И, 1997 года рождения, 26 лет, первобеременная, первородящая поступила в приемный покой Костанайской областной больницы с жалобами на отеки нижних конечностей и повышение артериального давления (АД) до 150/100 мм рт. ст.

Анамнез заболевания: Считает себя больной в течение недели, когда появились отеки нижних конечностей. На очередном приеме в поликлинике было зафиксировано повышение АД до 150/110 и 150/100 мм рт. ст. В общем анализе мочи (ОАМ) – белок 0,3 г/л. Введена стартовая доза магния сульфата 20,0 мл – 25% внутривенно медленно, затем подключена система с поддерживающей дозой магния сульфата 80,0 мл – 25% + натрия хлорида 0,9% – 320,0 мл внутривенно капельно. Больная на скорой помощи доставлена в приемный покой.

В приемном покое: АД 140/90 мм рт. ст., анализ мочи на белок cito – 0,03 г/л. Госпитализирована в отделение патологии беременных.

Анамнез жизни: Туберкулез, гепатит, венерические, онкологические заболевания отрицает. Среди хронических заболеваний имеется хронический гастрит в стадии ремиссии. Операций, травм, гемотрансфузий не было. Наследственность не отягощена. Аллергоанамнез не отягощен. Росла и развивалась по возрасту.

Акушерско-гинекологический анамнез: Менструации начались с 13 лет, продолжительностью по 4-5 дней, регулярные, умеренные, безболезненные. Половая жизнь – с 19 лет. Гинекологических заболеваний не было. Пациентка состоит в зарегистрированном браке. Супругу 30 лет, здоров. Первый день последней менструации – 01.01.2022г. Данная беременность – первая, желанная. Стоит на «Д» учете по беременности с 12 недель гестации. Первая половина беременности протекала на фоне рвоты беременных легкой степени тяжести. Вторая половина беременности протекала на фоне анемии легкой степени, угрозы прерывания беременности.

Клинические данные:

Объективные данные: пациентка нормостенического типа телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Состояние удовлетворительное. Рост – 161 см, вес – 67 кг. АД – 140/90 и 140/90 мм рт. ст. Зрение ясное. Головной боли нет. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧСС – 76 ударов в минуту. Печень – по краю реберной дуги. Симптом поколачивания – отрицательный. Отеков нет. Стул в норме.

Акушерский статус: живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки. Окружность живота – 100 см. Высота стояния дна матки – 36 см. Положение плода – продольное, предлежит головка, над входом в малый таз. Матка не возбудима. Сердцебиение плода – ритмичное, до 140 ударов в минуту. Предполагаемая масса плода по Жордания –3600,0+/-200,0 г. Допустимая кровопотеря – 400,0 мл.

Генитальный статус: Молочные железы – мягкие, безболезненные. Соски – чистые, МД=МС. Наружные половые органы развиты правильно. Вход во влагалище

свободен. Влагалище не рожавшей, узкое. Выделения из влагалища – слизистые. Слизистая оболочка влагалища обычного цвета. Шейка матки чистая, расположена по продольной оси таза, размягчена по периферии. Длина влагалищной части – 2,0 см, наружный зев пропускает купол пальца. Выступов и экзостозов в малом тазу нет. Мыс не достижим. Емкость таза удовлетворительная.

Диагностика:

Данные лабораторных исследований: в общем анализе крови (ОАК) – снижение гемоглобина до 87г/л, гематокрита – до 28,8%. В ОАМ – протеинурия (белок в моче – 0,03 г/л). Суточная протеинурия в моче составила 0,19 г/л. Биохимический анализ крови (БАК), коагулограмма в пределах нормы.

Данные инструментальных исследований: УЗИ почек не выявило структурной патологии. Согласно УЗДГ сосудов плода, фетоплацентарный кровоток соответствовал сроку беременности. Кардиотокография плода показала нормальный тип КТГ. УЗИ плода: Беременность по фетометрии 34-35 недель.

Консультации специалистов: Терапевт: Анемия беременных средней степени тяжести. Хронический гастрит в стадии ремиссии. Офтальмолог: Ангиопатия сетчатки обоих глаз степени Ia.

На основании жалоб, анамнеза заболевания жизни, объективного статуса, данных лабораторного и инструментальных методов исследования, консультации специалистов был выставлен диагноз: Беременность 33 недели. Гестационная гипертензия. Анемия средней степени тяжести. Хронический гастрит, ремиссия.

Лечение:

Пациентка И. находилась в отделении патологии беременности. Проводилась гипотензивная (Допегит по 250 мг 3 раза в день), антиагрегантная (ТромбоАСС 75 мг на ночь), антианемическая терапия (Ферровит 320 мг 2 раза в день), профилактика респираторного дистресса плода дексаметазоном по схеме 6 мг каждые 12 часов №4 внутримышечно.

На 4-й день нахождения в стационаре у неё появились жалобы на тошноту, 4-х кратную рвоту, связанную с приемом препарата железа. В анализе мочи: кетоновые тела – 8 ммоль/л, ацетон++++.

БАК: креатинин – 87 мкмоль/л, мочевины – 6,4 ммоль/л, общий белок – 59 г/л, глюкоза – 5,8 ммоль/л, АлАТ – 20 МЕ/л, прямой билирубин - 0,8 мкмоль/л, общий билирубин - 9 мкмоль/л, АсАТ – 24 МЕ/л, общая α-амилаза – 20 МЕ/л.

В таблице 1 представлена динамика показателей развернутого общего анализа крови.

Таблица 1 – Результаты клинико-лабораторного обследования в динамике

ОАК+ лейкоформула	1-й день	4-й день	5-й день	6-й день
Лейкоциты	10,2*10 ⁹ /л	18,9*10 ⁹ /л	23,5*10 ⁹ /л	13,7*10 ⁹ /л
Эритроциты	3,6*10 ¹² /л	4,4*10 ¹² /л	4,56*10 ¹² /л	4,1*10 ¹² /л
Гемоглобин	87 г/л	115 г/л	116 г/л	107 г/л
Тромбоциты	228*10 ⁹ /л	295*10 ⁹ /л	169*10 ⁹ /л	280*10 ⁹ /л
СОЭ	25 мм/ч	18 мм/ч		39мм/ч
Лимфоциты		4 %	9 %	8 %
Моноциты		1 %	4 %	2 %
Сегментоядерные нейтрофилы		94 %	83 %	88 %
Палочкоядерные нейтрофилы		1 %	3 %	2 %
эозинофилы		0 %	1 %	1 %

УЗИ органов брюшной полости, заключение: Синдром сгущения желчи. Консультация врача-гастроэнтеролога, выставлен диагноз: Хронический гастрит, обострение.

На 5-й день появилась стёртая клиника острого живота, присоединились боли в правой подвздошной области.

Консультация врача-хирурга: данных за острый аппендицит нет.

Пациентка для дальнейшего наблюдения и верификации диагноза была переведена в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии. На 6-й день пребывания в стационаре в условиях отделения реанимации присоединились жалобы на спастические боли в эпигастрии, с преимущественной локализацией в верхних отделах, и общую слабость. Рвота стала многократной, появился жидкий стул. Состояние на момент осмотра было тяжелое, обусловленное болевым, интоксикационным синдромом, метаболическими и водно-электролитными нарушениями. Сознание ясное. В постели занимала вынужденное положение на боку с приведенными ногами к животу. Отмечала постоянные позывы на рвоту при движении. Кожные покровы – бледной окраски, сухие. Язык – сухой, обложен коричневым налетом. Дыхание – самостоятельное, адекватное. Сатурация – 97%. ЧДД – 20-22 в мин. Аускультативно в легких везикулярное дыхание проводилось по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца – приглушенные. АД – 100/60 мм рт. ст. Пульс – 104 уд в мин. Живот – увеличенный за счет беременной матки, поддут, при пальпации умеренно напряженный и болезненный в верхних отделах живота. Матка при осмотре спонтанно тонизируется, локальной болезненности нет. Положение плода в матке продольное, предлежит головка плода, прижатая ко входу в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается, ЧСС у плода – 156 уд. в мин. Патологических выделений из половых путей нет.

Влагалищное исследование: Шейка матки отклонена кзади, плотной консистенции. Длина влагалищной части 2,5 см, наружный зев закрыт.

В срочном порядке был проведен мультидисциплинарный консилиум в составе заместителя главного врача по лечебной работе, заместителя главного врача по аку-

шерству и гинекологии, регионального координатора по акушерству и гинекологии, хирурга, гастроэнтеролога, реаниматолога и выставлен диагноз: Беременность 34 недели. Острая кишечная непроходимость. Артериальная гипертензия, вызванная беременностью. Анемия легкой степени.

Консилиумом было принято решение:

1. На данном этапе, учитывая наличие клиники острой кишечной непроходимости, показано оперативное лечение в экстренном порядке.

2. Принимая во внимание предстоящее оперативное лечение с целью уточнения острой хирургической патологии, а также размеры матки, соответствующие 34 неделям беременности, что могло препятствовать тщательной ревизии органов брюшной полости и проведению хирургического лечения, и срок жизнеспособного плода, в данной ситуации сочтено целесообразным родоразрешить посредством операции кесарева сечения с последующей ревизией органов брюшной полости и лечением острой хирургической патологии.

Проведено хирургическое вмешательство в объёме: Нижнесрединная лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Устранение кишечной непроходимости. Санация и дренирование брюшной полости.

Интраоперационно: ревизия органов брюшной полости: серозный выпот – до 500 мл. Осушено. Червеобразный отросток при осмотре не изменен. Петли тонкого кишечника расширены до 4,5 см, стенки отечные, гипертонизированы, перистальтика сохранена. В терминальном отделе подвздошной кишки в просвете пальпируется обтурирующее просвет образование, размерами 4,0 x 10,0 см, плотностягиваемой консистенции, подвижное в просвете (рисунок 1). Другой патологии нет. Толстый кишечник – спавшийся.

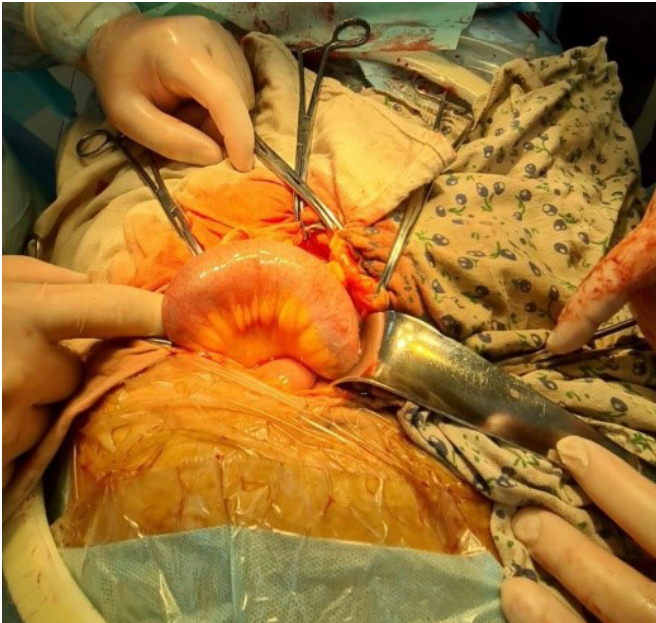


Рисунок 1 – Терминальный отдел подвздошной кишки с трихобезоаром

Диагноз: Острая обтурационная тонкокишечная непроходимость. Хирургическая тактика: в корень брыжейки тонкого кишечника введено 40мл 0,5% раствора новокаина. Пальпаторно образование из подвздошной кишки проведено через Баугиниеву заслонку, через толстую кишку, эвакуировано через прямую кишку. Макропрепарат: Трихобезоар – клубок волос размером 4,0х10,0 см (рисунок 2).



Рисунок 2 – Трихобезоар после извлечения

Гистология: Материал представлен сгустком волос чёрного цвета. Размер 11х3,5х1,5 см, обложен желудочным содержимым жёлто-зеленого цвета. Патогистологическое заключение: трихобезоар.

Послеоперационный, послеродовой период протекал без осложнений. Пациентка была выписана домой на 10 суток после операции в удовлетворительном состоянии с рекомендациями.

Временная шкала клинического случая представлена в таблице 1.

Сроки	Событие
23.11.2022г	Пациентка И., поступила в приемный покой Костанайской областной больницы с жалобами на отеки нижних конечностей и повышение артериального давления (АД) до 150/100 мм рт. ст. В приемном покое: АД 140/90 мм рт. ст., анализ мочи на белок cito – 0,03 г/л. Госпитализирована в отделение патологии беременных.
24.11.2022г.	Проводилась гипотензивная, антиагрегантная, антианемическая терапия, профилактика респираторного дистресса плода дексаметазоном по схеме.
25.11.2022г.	Выставлен диагноз: Беременность 33 недели. Гестационная гипертензия. Анемия средней степени тяжести. Хронический гастрит, ремиссия
26.11.2022г	У пациентки появились жалобы на тошноту, 4-х кратную рвоту, связанную с приемом препарата железа. В анализе мочи: кетоновые тела – 8 ммоль/л, ацетон++++. УЗИ органов брюшной полости, заключение: Синдром сгущения желчи. Консультация врача-гастроэнтеролога, выставлен диагноз: Хронический гастрит, обострение.
27.11.2022г	Появилась стёртая клиника острого живота, присоединились боли в правой подвздошной области. Консультирована врачом-хирургом: данных за острый аппендицит нет. Пациентка для дальнейшего наблюдения и верификации диагноза была переведена в отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.
28.11.2022г	В условиях отделения реанимации присоединились жалобы на спастические боли в эпигастрии, с преимущественной локализацией в верхних отделах, и общую слабость. Рвота стала многократной, появился жидкий стул. Проведен мультидисциплинарный консилиум и выставлен диагноз: Беременность 34 недели. Острая кишечная непроходимость. Артериальная гипертензия, вызванная беременностью. Анемия легкой степени. Проведено хирургическое вмешательство в объёме: Нижнесрединная лапаротомия. Кесарево сечение в нижнем маточном сегменте. Устранение кишечной непроходимости. Санация и дренирование брюшной полости.
07.12.2023г	Выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Обсуждение: Несмотря на продемонстрированную нетипичную клинику и отсутствие возможности проведения полноценного инструментального исследования ввиду наличия беременности был выставлен диагноз и проведено оперативное лечение трихобезоара. Тем самым удалось избежать возможных осложнений как для беременной, так и для плода.

Заключение: Представленный клинический случай показывает, что формирование трихобезоара требует продолжительного времени. Пагубная привычка к проглатыванию волос является главным фактором формирования трихобезоара. Представленный нами клинический случай интересен для врачей в качестве напоминания о редко встречающихся патологиях желудочно-кишечного тракта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Еловой М.М., Борозна В.Г., Кухтарёв А.А., Разумова Т.Е. Трихобезоар желудка и тонкой кишки у детей // Новости хирургии. – 2016. – Т. 20, №2. – С. 96-100 [Elovoj M.M., Borozna V.G., Kuxtaryov A.A., Razumova T.E. Trixobezoar zheludka i tonkoj kishki u detej // Novosti xirurgii. – 2016. – Т. 20, №2. – С. 96-100 (in Russ).] <https://doi.org/10.30946/2219-4061-2018-8-3-76-80>
2. Антропов Ю.А., Антропов А.Ю., Незнанов Н.Г. Основы диагностики психических расстройств. Руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, –2019. – С. 384. [Antropov Yu.A., Antropov A.Yu., Neznanov N.G. Osnovy diagnostiki psikhicheskikh rasstroistv. Rukovodstvo dlya vrachei. Moscow: GEOTAR-Media, – 2019. – С. 384. (in Russ).] <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970412923.html>
3. Соколов Ю.Ю., Давидов М.И. Безоары желудочно-кишечного тракта у детей // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 2018. – Т. 89. – №2 – С. 60-64 [Sokolov YuYu, Davidov MI. Bezoary zheludochno-kishechnogo trakta u detei // Peditriya. Zhurnal im. G.N. Speranskogo. – 2018. – Т.89. – №2 – С. 60-64 (in Russ)]. https://pediatrijournal.ru/files/upload/mags/304/2010_2_2608.pdf
4. 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). – С. 283-286. [D'yakonova E.YU., Lohmatov M.M., Ryazanov M.V., Bekin A.S., Gusev A.A., Lazurenko S.B., Buslaeva A.S. Mul'tidisciplinarnyj podhod k lecheniyu redkogo hirurgicheskogo zabolevaniya — trihobezoara — u rebenka 11 let: klinicheskoe nablyudenie. Peditricheskaya farmakologiya. – 2017. – №14(4). – С. 283-286. (in Russ).] <https://doi.org/10.15690/pf.v14i4.1759>
5. Middleton E., Macksey L.F., Phillips J.D. Rapunzel syndrome in a pediatric patient: a case report // AANA J. – 2020. – Vol. 80(2). – P. 115-119. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.684379>

ЖҮКТІЛІКТІҢ 33 АПТАСЫНДАҒЫ АШ ІШЕКТІҢ ТРИХОБЕЗОАРЫ: КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

Б.Б. Әутенов¹, Н.А. Филатова¹, Р.В. Иралина²

¹Қостанай облысы әкімдігі денсаулық сақтау басқармасының «Қостанай облыстық ауруханасы» коммуналдық мемлекеттік кәсіпорны, Қостанай, Қазақстан Республикасы;

²«С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті» КЕАҚ, Алматы, Қазақстан Республикасы

Тұжырым

Өзектілігі: Шаштан тұратын безоарлар болып табылатын трихобезоарлар трихотилломаниядан, шаштың мәжбүрлі жұлуынан және трихофагиядан, шашты жеуден туындайды. Олар негізінен асқазанда локализацияланған. Сирек жағдайларда шаш толығымен асқазаннан өтіп, жіңішке ішекте трихобезоар түзеді. Бұл патология өте сирек кездесетін ауру. Трихобезоар сияқты асқазанның бөтен денелері бар науқастар клиникалық тәжірибеде өте сирек кездеседі.

Зерттеудің мақсаты – Клиникалық жағдай мысалында жүкті әйелде жіңішке ішектегі трихобезоарға байланысты жедел ішек өтімсіздігінің клиникалық ағымының динамикасын көрсету және талдау.

Материалдар мен әдістері: Зерттеуде жүкті әйелдің ащы ішегінде сирек кездесетін трихобезоар жағдайында клиникалық жағдайдың өзгеруін бақылау әдісі қолданылды.

Нәтижелері: Бұл мақалада анамнезінде белгісіз трихофагия және жедел аппендицит диагнозы бар, жүктіліктің 33 аптасындағы науқаста аш ішектің трихобезоарының сирек кездесетін клиникалық жағдайы келтірілген. Келесі мысал Қостанай облыстық ауруханасының №2 перзентхана бөлімінде мұндай ауруды хирургиялық емдеудің алғашқы оқиғасы. Жүкті әйелдер патологиясы бөлімшесінде жатқан 25 жастағы науқаста госпитализацияның 4-ші күні ішек өтімсіздігінің клиникалық көрінісі пайда болды. Зертханалық және аспаптық зерттеу әдістерінің нәтижелері берілген. Дәрігерлердің көпсалалы кеңесінен кейін жедел ішек өтімсіздігінің дамуын ескере отырып, операция жасау туралы шешім қабылданды. Науқасқа келесі көлемде хирургиялық араласу жасалды: Төменгі орта лапаротомия. Жатырдың төменгі сегментіндегі кесар тілігі. Ішек өтімсіздігін жою. Құрсақ қуысының санитариясы және дренажы. Операциядан кейін науқастың жағдайы жақсарды. Науқас 10-шы күні ұсыныстармен үйге шығарылды.

Қорытынды: Ұсынылған клиникалық жағдай трихобезоардың қалыптасуы ұзақ уақытты қажет ететінін көрсетеді. Шашты жұтуға тәуелділік трихобезоардың пайда болуының негізгі факторы болып табылады. Біз ұсынған клиникалық жағдай дәрігерлер үшін асқазан-ішек жолдарының сирек патологияларын еске түсіру ретінде қызықты.

Кілтті сөздер: безоарлар, трихобезоарлар, ішек өтімсіздігі, жүктілік, трихотилломания, трихофагия.

TRICHOBEZOAR OF THE SMALL INTESTINE IN A PATIENT AT 33 WEEKS OF PREGNANCY: A CLINICAL CASE

B.B. Autenov¹, N.A. Filatova¹, R.V. Iralina²

¹*Municipal State Enterprise «Kostanay Regional Hospital» of the Department of Healthcare of the Kostanay region, Kostanay, the Republic of Kazakhstan;*

²*«Asfendiyarov Kazakh National Medical University» NCJSC, Almaty, the Republic of Kazakhstan*

Abstract

Relevance: Trichobezoars, which are bezoars made up of hair, are caused by trichotillomania, compulsive hair pulling, and trichophagia, hair eating. They are localized mainly in the stomach. In rare cases, the hair passes completely through the stomach and forms a trichobezoar in the small intestine. This pathology is a very rare disease. Patients with foreign bodies of the stomach, such as trichobezoar, are extremely rare in clinical practice.

The study aimed to show and analyze the dynamics of a clinical case of acute intestinal obstruction due to trichobezoar in the small intestine in a pregnant woman.

Materials and Methods: The study used the method of monitoring the change in the clinical condition in a rare case of trichobezoar in the small intestine of a pregnant woman.

Results: This article presents a rare clinical case of trichobezoar of the small intestine in a patient at 33 weeks of gestation with an unknown history of trichophagia and with a preliminary diagnosis of acute appendicitis. The following example is the first case of surgical treatment of such a disease in maternity ward No. 2 of the Kostanay regional hospital. On the 4th day in the pregnancy pathology department, the 25-year patient developed a clinical picture of intestinal obstruction. The article offers the results of laboratory and instrumental tests. The multidisciplinary council of physicians decided on surgery, considering the development of acute intestinal obstruction. The patient underwent surgical intervention in the volume of «Lower median laparotomy. Cesarean section in the lower uterine segment. Elimination of intestinal obstruction. Sanitation and drainage of the abdominal cavity.» After surgery, the patient's condition improved. The patient was discharged on Day 10 with recommendations.

Conclusion: The presented clinical case shows that the formation of trichobezoar requires a long time. The addiction to swallowing hair is the main factor in the formation of trichobezoar. The clinical case presented by us is interesting for physicians as a reminder of rare pathologies of the gastrointestinal tract.

Keywords: bezoars, trichobezoar, intestinal obstruction, pregnancy, trichotillomania, trichophagia.

Данные авторов:

Ауенов Борис Балгабаевич – заместитель главного врача по медицинской части (акушерство и гинекология), КГП «Костанайская областная больница» УЗАКО, тел. 87773798336 e-mail: autenovb@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9706-3387>

Филатова Наталья Андреевна – врач акушер-гинеколог, КГП «Костанайская областная больница» УЗАКО, тел. 87051380377, e-mail: Natafirandre@mail.ru, ORCID <https://orcid.org/0009-0003-4109-324X>

Иралина Рената Валерьевна – врач-резидент акушер-гинеколог, Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, тел. 87006966712, e-mail: renata.iralina@mail.ru, ORCID 0009-0003-7568-7353

Адрес для корреспонденции: Иралина Рената Валерьевна, микрорайон Орбита 4, дом 11, кв. 317, Бостандыкский район, Алматы, Казахстан.

Вклады авторов:

вклад в концепцию – Ауенов Б.Б.

научный дизайн – Иралина Р.В., Филатова Н.А.

исполнение заявленного научного исследования – Иралина Р.В., Филатова Н.А.

интерпретация заявленного научного исследования – Ауенов Б.Б., Филатова Н.А, Иралина Р.В.

создание научной статьи – Иралина Р.В, Филатова Н.А.

Финансирование: Авторы заявляют об отсутствии финансирования исследования.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.