

**ОШҚОЗОН БЕЗОАРИНИНГ МИГРАЦИЯСИ ТУФАЙЛИ
КЕЛИБ ЧИҚҚАН ЎТКИР КИЗИЛЎНГАЧ
ОБСТРУКЦИЯСИ**

Р.О. РАХМОНОВ, М.Х. АБДУЛАХАТОВ, Х.Э. АХМЕДОВ, Б.М. АБДУРАХМАНОВ

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг
Жиззах филиали, Ўзбекистон

**ACUTE ESOPHAGEAL OBSTRUCTION CAUSED BY MIGRATION
OF A GASTRIC BEZOAR**

R.O. RAKHMONOV, M.KH. ABDULLAKHATOV, KH.E. AKHMEDOV, B.M. ABDURAKHMANOV

Jizzakh Branch of the Republican Research Center of
Emergency Medicine, Uzbekistan

Қизилўнгач безоарлари кам учрайдиган патологик ҳолатлардан бири бўлиб, улар кўпинча ошқозон безоарларининг ретроград миграцияси натижасида шаклланади. Ушбу мақолада 79 ёшли беморда трихофитобезоарнинг қизилўнгачга кўчиши оқибатида ривожланган ўткир обструкция ҳолати баён этилган. Клиник манзара ютиш актида қийинчилик, қорамтир-қўнғир қайт қилиш ва нафас етишмовчилиги билан намоён бўлган. Бемор шошилинч лапаротомия, гастротомия ва интраоперацион эндоскопия орқали муваффақиятли жарроҳлик ўтказган. Операциядан кейинги реабилитация асоратларсиз кечиб, бемор 8-чи суткада қониқарли ҳолда стационардан чиқарилган. Ушбу ҳолат қизилўнгач ўткир обструкциянинг сабаби безоарлар билан боғлиқ бўлишини, диагностика ва даволашга аҳамият бериш кераклигини тасдиқлайди.

Калит сўзлар: қизилўнгач обструкцияси, трихофитобезоар, ретроград миграция, оператив даволаш, эндоскопик диагностика.

Esophageal bezoars are a rare pathological condition that most often forms as a result of the retrograde migration of bezoars from the stomach. This article presents a case of acute obstructive condition in a 79-year-old patient, which developed due to the migration of a trichophytobezoar into the esophagus. The clinical presentation included difficulty in swallowing, dark brown vomiting, and respiratory insufficiency. The patient was successfully treated surgically with emergency laparotomy, gastrotomy, and intraoperative endoscopy. The postoperative rehabilitation was uneventful, and the patient was discharged in satisfactory condition on the 8th day. This case confirms that bezoars can be a cause of acute esophageal obstruction and highlights the importance of considering them in diagnosis and treatment.

Keywords: esophageal obstruction, trichophytobezoar, retrograde migration, surgical treatment, endoscopic diagnosis.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol18_iss1/a6

Кириш

Безоарлар ошқозон-ичак трактида ҳазм бўлмайдиган моддаларнинг тўпланишидан ҳосил бўладиган конгломератлардир. Улар таркибига кўра тўрт асосий турга бўлинади: фитобезоар (ўсимлик моддаларидан), трихобезоар (сочдан), фармакобезоар (дори воситаларидан) ва лактобезоар (сут маҳсулотларидан). Фитобезоарлар энг кўп учрайдиган тур ҳисобланади [1]. Безоарлар одатда ошқозонда учрайди, лекин ошқозон-ичак трактининг исталган қисмида ҳам аниқланиши мумкин.

Қизилўнгач безоарлари нисбатан кам учрайдиган, лекин аниқ клиник муаммо сифатида қаралади. Нормал ҳолатларда қизилўнгачнинг ўз-ўзини тозалаш механизмлари – перисталтика, сўлак ва тик ҳолатда туриш туфайли овқат қизилўнгачдан тез ўтади ва одатда у ерда қолмайди. Бу безоарлар ҳосил бўлишининг олдини олади [2].

Қизилўнгач безоарлари бирламчи ва иккиламчи турларга бўлинади. Бирламчи қизилўнгач безоарлари асосан қизилўнгачнинг структуравий ёки функционал аномалиялари бўлган беморларда, жумладан, ахалазия, прогрессив системали склероз, тарқалган қизилўнгач спазми, миастения гравис ва Гиллен-Барре синдроми каби ҳолатларда учрайди [3]. Иккиламчи безоарлар эса ошқозонда шаклланади ва кучли кўнгил айланиши ёки қайт қилиш вақтида қизилўнгачга қайтиб, у ерда тикилиб қолиш натижасида ўткир қизилўнгач обструкциясини келтириб чиқаради [4].

Адабиётларда ошқозон безоарларининг қизилўнгачга ретроград миграцияси ҳақида жуда кам маълумотлар мавжуд [5, 6]. Ушбу мақолада биз ошқозондаги трихофитобезоарнинг қизилўнгачга миграцияси натижасида ривожланган ўткир обструкция ҳолатини тақдим этамиз.

Клиник ҳолат тавсифи

Бемор О.С., 79 ёш. 18.11.2024 йилда кўкрак қафаси ва эпигастрал соҳалардаги кучли оғриқ, кўнгил айланиши, қорамтир-қўнғиррангда қайт қилиш, нафас етишмовчилиги ва йўтал каби шикоятлар билан шошилишч хирургия бўлимига ётқизилди.

Анамнез

Бемор келишидан 8–10 кун олдин эпигастрал соҳасида тез-тез санчиксимон оғриқларга, кўнгил айланишига ва истеъмор қилган овқатларни қисман қайт қилганидан шикоят қилган. Сўнгги 2 суткада беморнинг аҳволи оғирлашган. Овқат ва

суюқликни юта олмаслик, оғиздан доимий сўлак оқиши, қорамтир-қўнғиррангда қайт қилиш, тўхтовсиз ҳиқичоқ тутиши, йўтал ва нафас етишмовчилиги безовта қилган.

Бемордан олинган қўшимча анамнезда узоқ вақт давомида диспептик шикоятлар бўлганлиги, шунингдек, қабзиятга мойиллиги ва овқатни яхши чайнамасдан ютиш одати борлиги аниқланди. Бемор анамнезида 2-тип қандли диабет ва гипертония касаллиги мавжуд бўлиб, мунтазам дори воситаларини қабул қилади.

Объектив маълумотлар

Бемор келишида умумий аҳволи оғир, мажбурий пассив ҳолатда. Ташқи кўриниши: тери ва кўринарли шиллиқ пардалари рангпар, оқариш билан қопланган, нафас олиш бурун орқали эркин, нафас сони 20–22 марта/мин, иккала ўпкада ҳам ҳар хил аралаш хириллашлар эшитилади, юрак тонлари бўғиқ, ритмик, пульс 110 марта/мин, артериал қон босими 180/110 мм симоб устунда, тили қуруқшаган, оқ караш билан қопланган, қорин симметрик, юмалоқ шаклда, қориннинг ҳамма қисмида бир хил кучсиз енгил дамлик бор, қорин нафас актида иштирок этиши чегараланмаган, пальпацияда эпигастрал соҳасида кучли оғриқ сезилади, қорин мушакларида дефанс аниқланмайди, жигари ва талоғи қўлга илинмайди, аускультацияда ичаклар перисталтикаси суст эшитилади, беморнинг 4 суткадан бери ичи келмаган.

Лаборатор ва инструментал текширувлар

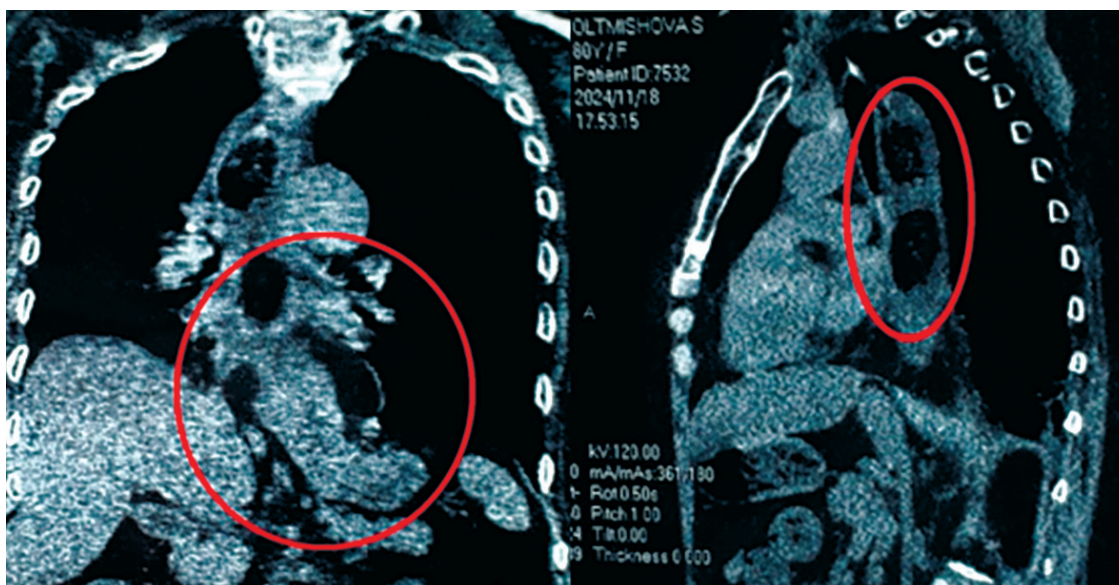
Қон таҳлили: Hb: 130,0 г/л; эритроцит: $4,4 \times 10^{12}/л$, лейкоцит: $14,6 \times 10^9/л$; нейтрофиллар: 85,5%, СОЭ: 13 мм/соат

Қон биохимияси: Умумий билирубин: 18,8 мкмоль/л, АЛТ: 50 ЕД/л; АСТ: 28 ЕД/л; қанд: 8,0 ммоль/л, креатинин: 84 мкмоль/л; умумий оқсил: 50 г/л, С-реактив оқсил: 18,5 мг/дл (нормал < 0,83 мг/дл)

УЗИ текшируви: жигар $13,0 \times 7,5$ см; ўт қопи $6,1 \times 2,1$ см, талоқ $10,0 \times 4,2$ см; холедох 0,6 см, ошқозононости беzi $26 \times 19 \times 19$ мм, ичаклар пневматози аниқланган.

МСКТ текшируви

Диафрагмани қизилўнгач тешиги аксиал чурраси белгилари, ўнг томонлама пневмония белгилари, иккала ўпка илдизи ва кўкс оралиғи лимфа тугунлари катталашishi, қизилўнгач пастки қисмида кенгайиш, девор қалинлашиши, қизилўнгач бўшлиғида патологик соя ва газ пуфакчалари аниқланди (5 см узунликда ва $4,0$ см диаметрда) (1- расм).



1-расм. Кўрак қафаси МСКТ текшируви



2-расм. Қизилўнғачдан олинган безоар

Дастлабки ташхис ва дифференциал диагностика

Диафрагманинг қизилўнғач тешиги параэзофагал чурраси қисилиши, ўнг томонлама аспирацион пневмония.

Ҳамроҳ касалликлар

ЮИК, зўриқиш стенокардияси, гипертония касаллиги II ва Б. Семизликнинг II даражаси. 2-тип қандли диабет.

Беморнинг оғир ҳолати, қизилўнғач тўлиқ обструкцияси ва аспирацион пневмония белгиларини ҳисобга олган ҳолда шошилишч оператив даволаш қарор қилинди. Операциядан олдин беморда ошқозонни зондлаш мақсадида қилинган ҳаракатлар самарасиз бўлди.

Операция

Лапаротомия, гастротомия, ошқозон ва қизилўнғач ёт жисмини (фитотрихобезоар) олиш, интраоперацион эндоскопия, қизилўнғач ёт жисмини ошқозонга тушириш, қорин бўшлиғи санацияси ва дренажлаш.

Операция босқичлари

Лапаротомия билан қорин бўшлиғи очилди, ошқозонда катта ўлчамли ёт жисм пайпасланди, қизилўнғач абдоминал қисми спайкалардан ажратишиб кўрилганда параэзофагал соҳада чурра белгилари аниқланмади, гастротомия қилиниб ошқозондан ўлчами 14,0×8,0 см ли бир дона трихофитобезоар бўлаги олинди, қизилўнғач ўтказувчанлигини текшириш вақтида ошқозонга қизилўнғачдан зонд ўтказиб бўлмади, гастротом

жароҳат орқали қизилўнгач пастки учлигидан 2 дона 3,0×2,5 см ли трихофитобезоар бўлакларга бўлиб олинди, интраоперацион эндоскопия ўтказилди, қизилўнгач ўрта физиологик қисилиш соҳасида тиқилиб қолган трихофитобезоар бўлаги эндоскоп орқали ошқозонга туширилди ва гастротом жароҳат орқали олиб ташланди, қизилўнгач орқали ошқозон зондланди, гастротом жароҳат қаватлаб тикилди, қорин бўшлиғи санация қилиниб, дренажланди.

Операцион материални патологик текшириш

Олиб ташланган безоар ўсимлик толалари ва сўлак таъмонидан қотишган масса бўлиб, унинг марказий қисмида сочлардан иборат тугун аниқланган. Бу трихофитобезоарга хос бўлган тузилишни тасдиқлади (2-расм).

Операциядан кейинги давр қониқарли кечди: ошқозондан зонд 4-суткада олиб ташланди, 5-кунни бемор эркин суюқ озиқланишга ўтказилди, 7-кунни юмшоқ овқатлар тавсия этилди, операцион жароҳат битиши бирламчи тартибда кечди, операциядан кейинги 8-чи суткада нисбатан қониқарли аҳволда, тавсиялар билан бемор уйига жавоб берилди.

Операциядан кейинги тавсиялар

Қизилўнгач ва ошқозон функцияларини яхшилаш учун прокинетикилар ва протон помпаси ингибиторлари тавсия этилди, таркибида кўп миқдорда толалар бўлган озиқ-овқатларни яхшилаб чайнаб истеъмол қилиш, кунига 2–2,5 литр суюқлик ичиш, эндокринолог ва гастроэнтеролог назорати.

Операциядан 1 ой кейин ўтказилган назорат эзофагогастродуоденоскопияда қизилўнгач ва ошқозонда безоар қолдиқлари аниқланмади. Қизилўнгач шиллиқ қавати нормал, перистальтика сақланиб қолган.

Муҳокама

Қизилўнгач безоарлари жуда кам учрайди, айниқса ошқозон безоарларининг ретроград миграцияси туфайли келиб чиққан ўткир обструкция ҳолатлари. Кўпгина ҳолларда, айниқса ёши катта беморларда қандли диабет мавжудлиги безоар ҳосил бўлишида муҳим хавф омили ҳисобланади [7].

Қандли диабетли беморларнинг 50% гача қисмида ошқозон бўшатилишининг кечикиши ва диабетик гастропатия учрайди [8]. Мева ва сабзавотларнинг ҳазм бўлмайдиган целлюлоза қисмлари, пўст ва уруғлар ошқозоннинг кислотали муҳитида узоқроқ қолиб, безоар ҳосил бўлишига олиб келиши мумкин.

Қизилўнгач сероз қобиқларининг мавжуд эмаслиги унинг деворларининг чуқур жароҳатланишига олиб келиши мумкин. Безоарлар билан боғлиқ қизилўнгач обструкциясининг энг хавфли асоратлари қуйидагилар: қизилўнгач яралари ва эрозиялар, периоэзофагит, перфорация ва медиастинит, аспирацион пневмония, териости эмфиземаси.

Дифференциал диагностика ўтказишда эсда тутиш керакки, барча ёт жисмларни рентгенологик текширувда кўриш имкони мавжуд эмас. Тахминан 35% ошқозон-ичак трактидаги ёт жисмлар, жумладан, ўсимлик материаллари рентгеннегатив ҳисобланади [9]. Шунинг учун клиник шубҳа бўлган ҳолатларда КТ ёки эндоскопик текширувлар ўтказиш тавсия этилади.

Даволаш тактикаси безоарнинг таркиби, ўлчами ва жойлашувига қараб танланади. Оператив даволаш усуллари эндоскопик фрагментация, кимёвий эритмалар ёрдамида эритиш, жарроҳлик экспорацияси ва безоарларни олиб ташлаш ҳисобланади [6]. Ўткир обструкция ҳолатларида эндоскопик муолажа тавсия этилади, чунки у самарали, минимал инвазив ва хавфсиз ҳисобланади [5].

Замонавий адабиётларга кўра, тўлиқ обструкция бўлмаган ҳолларда шошилишч юқори эндоскопияни (24 соат ичида), тўлиқ обструкция ҳолатларида эса фавқулодда эндоскопияни (6 соат ичида) ўтказиш тавсия этилади [10, 11]. Бизнинг ҳолатимизда ҳам, бемор тезкор диагностика ва шошилишч оператив даволашга эҳтиёж сезди, бу эса яхши натижага эришишга ёрдам берди.

Хулоса

Ушбу клиник ҳолат таҳлили ошқозон безоарларининг қизилўнгачга ретроград миграцияси ўткир обструкцияга сабаб бўлиши мумкинлигини кўрсатди. Тўсатдан кўкрак қафасида оғриқ, ютишда қийинчилик ва сўлак оқиши каби белгилар пайдо бўлганда, айниқса, қайт қилишдан кейин беморда иккиламчи қизилўнгач безоарларини кўзда тутиш керак.

Оператив даволашда комплекс ёндашув, жумладан, интраоперацион эндоскопиядан фойдаланиш муваффақиятли натижага эришишда муҳим аҳамият касб этади. Бундай ҳолатлар шошилишч тиббий ёрдам талаб этади ва эндоскопик терапия биринчи қатор даволаш усули бўлиши керак. Ушбу ҳолат қизилўнгач ўткир обструкциянинг сабаби безоарлар билан боғлиқ бўлишини, диагностика ва даволашда шунга аҳамият бериш кераклигини тасдиқлайди.

Адабиётлар

1. Iwamuro M., Okada H., Matsueda K., Inaba T., Kusumoto C., Imagawa A., Yamamoto K. Review of the diagnosis and management of gastrointestinal bezoars. World journal of gastrointestinal endoscopy 2025;7(4): 336-345. DOI: 10.4253/wjge.v7.i4.336
2. Zhang R.L., Yang Z.L., Fan B.G. Huge gastric disopyrobezoar: a case report and review of literatures. World J Gastroenterol. 2008;14(1):152-154. doi:10.3748/wjg.14.152.
3. Kim K.H., Choi S.C., Seo G.S., Kim Y.S., Choi C.S., Im C.J. Esophageal bezoar in a patient with achalasia: case report and literature review. Gut Liver. 2010;4(1):106-109. doi:10.5009/gnl.2010.4.1.106.
4. Lukish J.R., Eichelberger M.R., Henry L., Newman K.D. Gastroesophageal intussusception: a new cause of acute esophageal obstruction in children. J Pediatr Surg. 2004;39(7):1125-1127. doi:10.1016/j.jpedsurg.2004.03.064.
5. Chaudhry I., Asban A., Kazoun R., Khurshid I. Litho-bezoar, a rare cause of acute oesophageal obstruction: surgery after failure of endoscopic removal. BMJ Case Rep. 2013;2013:bcr2013008984. doi:10.1136/bcr-2013-008984.
6. Pitiakoudis M., Tsaroucha A., Mimidis K., Polychronidis A., Minopoulos G., Simopoulos C. Esophageal and small bowel obstruction by occupational bezoar: report of a case. BMC Gastroenterol. 2003;3:13. doi:10.1186/1471-230X-3-13.
7. Ahn Y.H., Maturu P., Steinheber F.U., Goldman J.M. Association of diabetes mellitus with gastric bezoar formation. Arch Intern Med. 1987;147(3):527-528. doi:10.1001/archinte.1987.00370030127026.
8. Gayà J., Barranco L., Llompert A., Reyes J., Obrador A. Persimmon bezoars: a successful combined therapy. Gastrointest Endosc. 2002;55(4):581-583. doi:10.1067/mge.2002.122332.
9. Ripollés T., García-Aguayo J., Martínez M.J., Gil P. Gastrointestinal bezoars: sonographic and CT characteristics. AJR Am J Roentgenol. 2001; 177(1):65-69. doi:10.2214/ajr.177.1.1770065.
10. Birk M., Bauerfeind P., Deprez P.H., Häfner M., Hartmann D., Hassan C., et.al. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Endoscopy. 2016;48(5):489-496. doi:10.1055/s-0042-100456.
11. Ikenberry S.O., Jue T.L., Anderson M.A., Appalaneni V., Banerjee S., Ben-Menachem T., et.al. Management of ingested foreign bodies and food impactions. Gastrointest Endosc. 2011; 73(6): 1085-1091. doi:10.1016/j.gie.2010.11.010.

ОСТРАЯ ОБСТРУКЦИЯ ПИЩЕВОДА, ВЫЗВАННАЯ МИГРАЦИЕЙ ЖЕЛУДОЧНОГО БЕЗОАРА

Р.О. РАХМОНОВ, М.Х. АБДУЛАХАТОВ, Х.Э. АХМЕДОВ, Б.М. АБДУРАХМАНОВ

Джизакский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Узбекистан

Безоары пищевода – редкое патологическое состояние, которое чаще всего формируется в результате ретроградной миграции безоаров из желудка. В данной статье представлен случай острого обструктивного состояния у 79-летнего пациента, развившегося вследствие миграции трихофитобезоара в пищевод. Клиническая картина проявлялась затруднением акта глотания, рвотой тёмно-коричневого цвета и дыхательной недостаточностью. Пациент успешно пролечен хирургическим методом – проведены экстренная лапаротомия, гастротомия и интраоперационная эндоскопия. Послеоперационная реабилитация прошла без осложнений, пациент был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии на 8-е сутки. Данный случай подтверждает, что безоары могут быть причиной острой обструкции пищевода, и подчеркивает важность их учета в диагностике и лечении.

Ключевые слова: обструкция пищевода, трихофитобезоар, ретроградная миграция, оперативное лечение, эндоскопическая диагностика.

Сведения об авторах:

Рахмонов Руслан Одилжонович – кандидат медицинских наук, директор Джизакского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.
ORCID: 0000-0003-3977-0769.

Абдулахатов Муроджон Хамидович – врач-хирург Джизакского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.
ORCID: 0000-0003-3977-0769. E-mail:

Ахмедов Холиёр Эргашевич – заведующий II хирургическим отделением Джизакского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.
ORCID: 0000-0003-3977-0769.

Абдурахмонов Ботир Маматмуродович – врач-хирург II хирургического отделения Джизакского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Поступила в редакцию: 22.02.2025

Information about the authors:

Rakhmonov Ruslan Odiljonovich – Candidate of Medical Sciences (PhD), Director of Jizzakh Branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine.
ORCID: 0000-0003-3977-0769.

Akhmedov Kholiyor Ergashevich – Head of the 2nd Surgical Department, Jizzakh Branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine.
ORCID: 0000-0003-3977-0769.

Abdulakhatov Murodjon Khamidovich – surgeon of the Jizzakh Branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine.
ORCID: 0000-0003-3977-0769.
E-mail: Abdulahatov77@gmail.com.

Abdurakhmonov Botir Mamatmurodovich – Surgeon at the 2nd Surgical Department, Jizzakh Branch of the Republican Research Center of Emergency Medicine.

Received: 22.02.2025