



## БЕЗОАР КАК ПРИЧИНА ДИСПЕПСИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Левченко С. В., Гащак И. А.

Кафедра терапии, гериатрии и профилактики ФПДО МГМСУ

Гащак Ирина Андреевна

E-mail: [baxarevairina@yandex.ru](mailto:baxarevairina@yandex.ru)

Безоары — инородные тела, образующиеся в желудке из проглоченных неперевариваемых частиц [1]. Данных о частоте выявления безоаров нет, так как в литературе описание безоаров в большинстве работ представлено как единичные клинические случаи.

В зависимости от состава основного вещества известны следующие виды безоаров: фитобезоары образуются из растительной клетчатки, наиболее часто из кожиц семян и косточек плодов и фруктов: дикой хурмы, диких слив, винограда, инжира, черемухи фиников, семян подсолнечника и др; трихобезоары состоят из волос, иногда шерсти; себобезоары — жировые камни, из животного жира; пиксобезоары — плотные образования, состоящие из смолы; минералобезоары — состоящие из мела; шеллак-безоары — состоящие из красящих и смолистых веществ; гематобезоары — из сгустков крови; микозобезоары — грибы; смешанные и псевдобезоары [2]. Наиболее часто встречаются фито- и трихобезоары. Причем фитобезоары наблюдаются преимущественно у мужчин в 74,4%, из них 67% в возрасте от 30 до 60 лет [3,4]. Трихобезоары чаще встречаются у женщин [3,4] или у детей.

Клиническая картина безоаров разнообразна. Обычно в первое время безоары малосимптомны. По мере увеличения безоара появляются тупые боли и ощущение тяжести в эпигастрии, возникающее после еды, тошнота, иногда рвота, снижение аппетита, приводящие к похуданию. Объективное исследование малоинформативно, лишь при больших размерах безоара пальпаторно у пациентов удается определить опухолеподобное образование в эпигастрии.

Инструментальными методами диагностики являются: ультразвуковое исследование, рентгенография желудка и фиброгастродуоденоскопия. По данным ультразвукового исследования желудка выявляется объемное образование, нередко с неровными контурами, высокой эхогенности с наличием, как правило, акустической тени, что требует

дифференциальной диагностики с опухолью желудка.

При рентгенографии желудка удается выявить дефект наполнения округлой или овальной формы. Большинство безоаров различной формы и размеров смещаются при изменении положения тела больного. В некоторых случаях, если безоар плотно прилежит к слизистой оболочке и не смещается, требуется проведение дифференциального диагноза с опухолью желудка. Такой современный метод исследования как компьютерная томография брюшной полости позволяет точно определить локализацию безоара на любом уровне желудочно-кишечного тракта. Характерными признаками безоара в рентгеновском изображении являются неоднородность образования, с пузырьками воздуха и гиперденными (плотными) включениями неперевариваемой клетчатки (семян растений) (рис. 1, *все рисунки — см. цветную вклейку*) Фиброгастродуоденоскопия является самым информативным методом диагностики, который позволяет не только правильно поставить диагноз, но и оценить состояние слизистой оболочки, а, иногда, и установить природу безоара. Среди эндоскопических находок часто выявляются эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с развитием кровоточивости, требующие назначения соответствующего лечения [7]. Большие и плотные безоары могут вызывать перфорацию стенки желудка, с развитием перитонита [8]. В некоторых случаях безоар перемещается из желудка в тонкую кишку, вызывая обтурационную тонкокишечную непроходимость (Рис. 2) [9]. Главным фактором миграции безоара, по данным авторов, является ранее перенесенные операции на желудке и двенадцатиперстной кишке с ликвидацией или деформацией пилорoduodenального перехода [10,11,12]. Летальность, вследствие осложнений безоарами, может достигать 30% [4,5,6].

Лечение безоаров эндоскопическое или хирургическое. Менее плотные и небольшие безоары (фито-, пиксо-, себобезоары) можно удалить

эндоскопически при помощи гастроскопа, иногда в несколько этапов путем дробления (рис. 3) [7]. Лечение плотных, больших безоаров — хирургическое. Операция заключается в удалении безоара путем гастротомии. [8]. Интраоперационные этапы эндоскопической гастротомии для извлечения крупного трихобезоара представлены на рис. 4 [13].

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Больная С., 38 лет, из социально благополучной среды, обратилась в ЦНИИГ с жалобами на чувство переполнения желудка после приема небольшого количества пищи, постоянное чувство тошноты в течение всего дня. Рвоты, изжоги, снижения веса больная не отмечает. Стул — склонность к запорам с юности, по поводу чего больная принимает большое количество фруктов и овощей, регулируя стул диетой. Вышеуказанные жалобы отмечает в течение года, неоднократно обращалась к гастроэнтерологу. При УЗИ брюшной полости — патологии не выявлено. От предложенной гастротомии больная категорически отказалась. В общем клиническом и биохимическом анализе крови патологии не выявлено. Был установлен диагноз хронического гастрита, назначена терапия антацидами — без эффекта. При обращении в ЦНИИГ больной повторно было проведено УЗИ

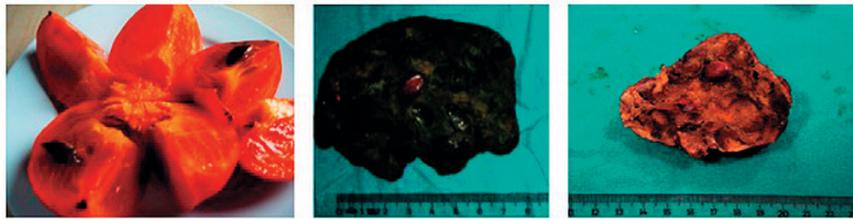
органов брюшной полости, при котором выявлен билиарный сладж. От гастротомии больная отказалась. Проведено рентгенологическое исследование верхних отделов ЖКТ. При контрастном исследовании желудка натощак определяется большое количество жидкости и округлый дефект наполнения диаметром 4 см с неровными контурами, «плавающий» на поверхности жидкости и меняющий свой положение при перемене положения тела больной. Контур желудка четкие, ровные. Стенки эластичные. Складки слизистой умеренно извиты. Перистальтика глубокая, симметричная. Луковица двенадцатиперстной кишки обычной формы и размеров. Дуоденальное кольцо не развернуто. Заключение: Безоар желудка. В последующем под наркозом проведено эндоскопическое удаление безоара. С учетом выявленного билиарного сладжа для профилактики холецистолитиаза больной рекомендован прием урсодоксихолевой кислоты по схеме в течение 6 мес. При контрольном УЗ-исследовании патологии не выявлено, самочувствие больной удовлетворительное, жалоб нет.

В данном клиническом примере продемонстрирована скудность симптоматики безоаров желудка, необходимость полноценного инструментального исследования, поскольку своевременная диагностика и лечение позволяют избежать осложненных случаев безоаров желудочно-кишечного тракта.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кузин М. И. Хирургические болезни. 1986 г. С345.
2. Борщиков М. Н., Барзаева М. А., Гигантский безоар желудка. Успехи современного естествознания. 2004. № 4. С. 103.
3. Шубин В. Н. Редкие хирургические болезни — Казань: Издательство университета. 1969. С. 185.
4. Тарасенко С. В., Афтаев В. Б., Маркова А. В., Редкая форма рецидивирующей острой кишечной непроходимости. Вестник хирургии им. И. И. Грекова. 2006. № 5. С. 82–83.
5. Добровольский С. Р., Узакбаева Д. И., Абушайбех Л. Г., Садовый П. Г. Редкая причина тонкокишечной непроходимости. Хирургия. 2005. № 7. С. 53–54.
6. Маховский В. З., Кирилов Ю. Б., Тактика хирурга при инородных телах желудочно-кишечного тракта. Ставрополь 1980 г. С128
7. Yang J E, et al. Clin Endosc. 2013 July; 46 (4):399–402
8. Грона В. Н., Литовка В. К., Журило И. П., Гунькин А. Ю. Безоары желудка у детей. Здоровье ребенка. 2010. № 6. С. 67–69.
9. Ali Guner, et al. Int J Surg Case Rep. 2012;3 (11):523–525
10. Кургузов О. П. Безоары как причина острой тонкокишечной непроходимости. Хирургия. 2004. № 12. С. 18–21.
11. Степанян С. А. Острая обтурационная непроходимость тонкой кишки, обусловленная фитобезоаром, при спаечной болезни живота // Клінічна хірургія. 2011. № 8. С. 32–35.
12. Ермаков О. В., Латышев А. В., Давыдов А. А., Мирошников Д. А. Различные варианты оперативного лечения рецидивирующей обтурационной тонкокишечной непроходимости, вызванной безоарами, в ходе лечения одного больного. Хирургическая практика. 2012. № 2. С. 5–8
13. Deborshi Sharma, et al. JSLS. 2010 Apr-Jun; 14 (2):263–267



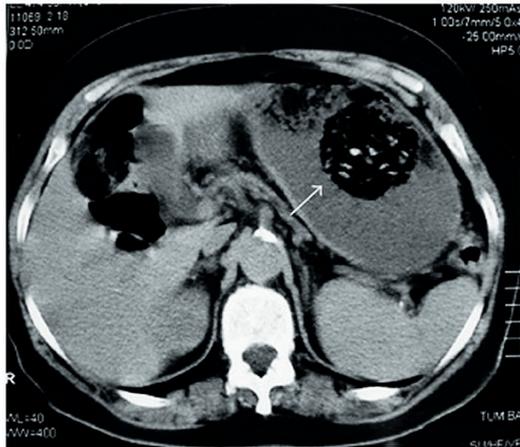


(A)

(B)

(C)

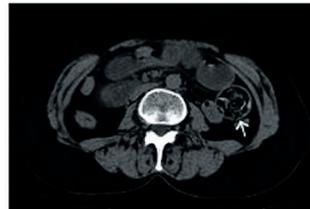
(a)



(A)



(B)



(C)



(D)



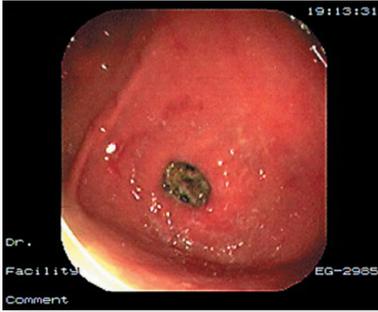
(E)

(b)

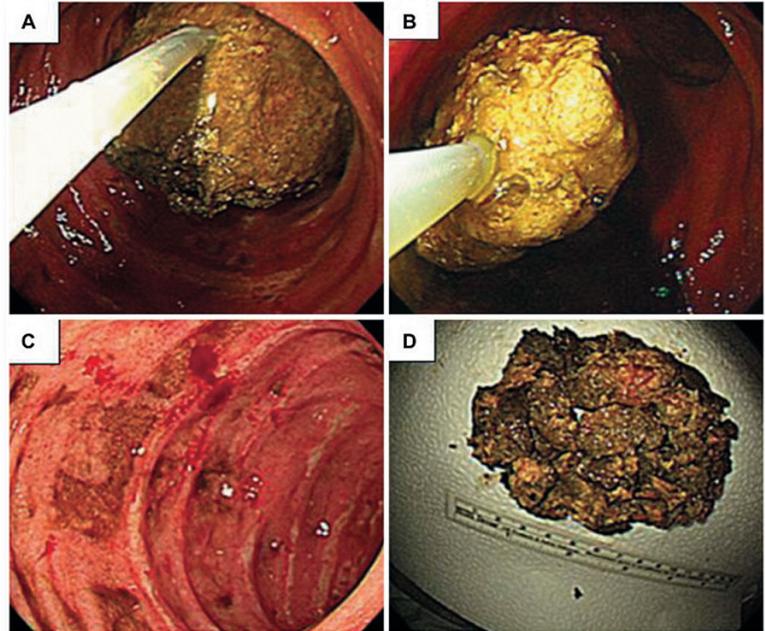
**Рис. 1.** КТ-признаки фитобезоара. Безоары имеют самые разные формы и размеры, большинство из них с включениями воздуха и плотных фрагментов семян растений. Локализоваться фитобезоары могут в любом отделе желудочно-кишечного тракта (указаны стрелками).

(A) желудок, (B) — (C) тощая кишка, and (D) — (E) подвздошная кишка.

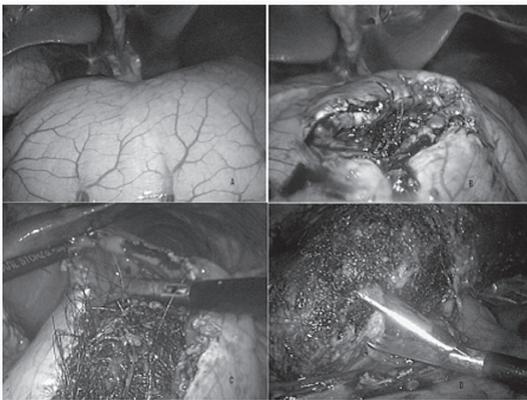
[Fatih Altintoprak, et al. ScientificWorldJournal. 2013;2013:298392.]



**Рис. 2** Эндоскопическая картина безоара двенадцатиперстной кишки, обтурирующего пилорический канал. [Ali Guner, et al. *Int J Surg Case Rep.* 2012;3 (11):523 – 525].



**Рис. 3.** Эндоскопические этапы извлечения безоара. (А) Безоар, вытягиваемый в полость желудка посредством хирургической петли. (В) Фрагментация безоара на мелкие части путем литотрипсии. (С) Остаточные язвы в двенадцатиперстной кишке. (D) Извлеченный безоар. [Jee Eun Yang, et al. *Clin Endosc.* 2013 July; 46 (4):399 – 402].



**Рис. 4.** Интраоперационные этапы эндоскопической гастротомии для извлечения крупного трихобезоара: (А) Растянутый трихобезоаром желудок; (В) Видимый в просвете желудка трихобезоар после гастротомии ультразвуковыми ножницами.; (С) Безоар мобилизован в просвете желудка посредством сжатых биопсийных щипцов (форцепов); (D) Трихобезоар перемещен из желудка в эндомешок [DeborshiSharma, et al. *JSLs.* 2010 Apr-Jun; 14 (2):263 – 267].