

УДК: 616-003.7-071-08

Безоары желудочно-кишечного тракта

Н.Н. Волобуев, Ю.А. Мошко, И.М. Воробец, В.Г. Гусаров, Э.Я. Керимов, Н.А. Моцарь, Ю.Б. Шупта

Кафедра хирургии №1 (зав. – проф. В.В. Жебровский) и кафедра терапии и семейной медицины ФПО (зав. – проф. И.Л. Кляртская) ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского»; КРУ «Крымская республиканская поликлиническая больница им. Н.А. Семашко», Симферополь

Ключевые слова: безоары, этиопатогенез, лечение безоарной болезни

Согласно информации, представленной во 2-м томе «Большой медицинской энциклопедии» под термином «безоар» (лат. – bezoar, араб. – babzar – предохраняющий от яда) инородное тело, образующееся в желудке из проглоченных не перевариваемых веществ, частиц пищи и слизи (БМЭ, 1974, том 2, стр. 599-600). В X выпуске «Международной классификации болезней» заболевания, вызванные безоарами желудка и кишечника объединены в группе инородных тел T18.0 под рубриками T18.2; T18.3; T18.4. При этом следует отметить, что в антропозологии безоары относятся к достаточно редким явлениям, а спровоцированное ими заболевание — безоарная болезнь (лат. – morbus bezoaris) остаётся мало известной широкому кругу медработников, что, естественно, ведет к её затяжной диагностике уже на стадии весьма серьёзных осложнений.

С целью выбора оптимальной программы диагностики и лечения ББ мы несколько расширили общепринятую её классификацию с учетом базовых факторов: физико-химического состава безоаров, их поорганной локализации, размеров, конфигураций, клинических проявлений и возможных осложнений.

1 группа [2] фитобезоары, формирующиеся из безоарогенных плодов хурмы, фиников, кизила (Рис. 1), винограда, вишен, черешен и пр., сваренных в початках и непрожеванных зерен кукурузы (Рис. 2). Безоары формируются не только у человека но и у молодняка жвачных животных – из грубого растительного корма, при нарушении технологии при его приготовлении и дефицита воды.

Из группы фитобезоаров некоторые исследо-



Рис. 1. Безоар из кизилевых косточек

ватели выделяют хурмовые безоары в отдельную группу под названием «диоспиробезоары» [66, 67, 68]. Это вызвано особой склонностью данного плода к формированию безоаров.

2 группа – трихобезоары могут образовываться из аутоволосяк женщин, имеющих привычку покусывать кончики своих кос, у пациентов психиатрических лечебниц склонных поедать шерсть или волокно из разорванных ими матрасов (трихофагия, трихотилломания), а также у лиц профессионально связанных с производством ковров, войлочных изделий, валенок, унтов и пр. (Рис. 3).

Впервые трихобезоары описаны в 1779 Baudo-



Рис. 2. Безоар из зёрен кукурузы

mant [62]. В 1968 году Vaughan и соавторами дано понятие специфического синдрома Рапунцель, который возникает при трихофагии [64]. Он назван в честь длинноволосой девушки из сказки братьев Гримм, и сопровождается формированием трихобезоаров желудка и кишечника. Как правило синдром Рапунцель наблюдается у больных психическими заболеваниями и вызывает явления кишечной непроходимости [50, 56, 60].

В практике ветеринарной медицины трихобезоарная болезнь представляется ординарным явлением, особенно в овцеводстве. Ведущим в её генезе является «привычка» ягнят обкусывать шерсть у матери в области вымени, живота и подхвостья с последующим формированием в их желудке и кишечнике волоконноподобных конгломератов, определяющих высокий отход молодняка от острой непроходимости кишечника. У плотоядных животных (собак, кошек) причиной образования трихобезо-



Рис. 3. Трихобезоар

ров становится их непреодолимая потребность обкусывать шерсть в области локализации гноящихся ран и зудящих дерматозов.

3. Себо (или стебо) **безоары** в виде «жировых камней» формируются в желудке людей, употребляющих в пищу национальные блюда, содержащие животные жиры, имеющие высокую температуру внутрижелудочную плавления особенно в сочетании с прохладительными напитками, что приводит к выпадению и кристаллизации триглицеридов в виде жироподобных конгломератов различной плотности и окраски в зависимости от принятой одновременно пищи. Себобезоары чаще наблюдаются в регионах, аборигены которых вынуждены в силу природных условий широко заниматься овце- и коноводством.

4. Пиксо (или десмо) **безоары** (смоляные «камни») чаще наблюдаются у лиц, имеющих привычку жевать битумную смолу, живицу плодовых деревьев или вар (смолу в смеси с воском для пропитывания льняных нитей – дратвы. В эту группу целесообразно включить и т.н. шеллакобезоары (шеллачные «камни», образующиеся из спиртового лака, нитролака и политуры. У хронических алкоголиков, употребляющих эти смеси взамен водки, шеллачная смола, выпадая в осадок в желудке, склеивает пищевые массы и под воздействием перистальтики формируется в конгломераты каменной плотности. В настоящее время этот вид безоаров встречается редко в связи с ограничением производства данного товара.

5. Псевдобезоары (ложные безоары) объединяют различные по химическому составу и генезу продукты, образовавшиеся из плохо разжеванной пищи, слизи, сухого молока, молозива, творожного казеина и лактозы на фоне сниженной ферментативной активности пищеварительных соков. Последние (казеино- и лактозобезоары) чаще наблюдаются у недоношенных детей, находящихся на искусственном вскармливании и молодняка животных при несоблюдении рекомендованных ветеринарией смеси с избыточным содержанием казеина и лактозы.

Некоторые авторы выделяют из этой группы фармакобезоары (или лекарственные безоары), образовавшиеся из непереваренных лекарств, чаще всего таблетированных или имеющих полужидкую консистенцию [65]. Как правило, данная патология наблюдается на фоне передозировки или длительного приёма лекарственных средств.

6. Полибезоары формируются у пациентов психиатрических учреждений, из кусков хлопчатобумажных тканей, нитей, древесины, ваты из тюфяков и пр.; у домашних жвачных животных – при их свободном содержании – из вывешенного для просушивания льняного и хлопчатобумажного белья; у крупных придонных рыб (акул, сомов и др.) – из выброшенных за борт «предметов цивилизации» (пластмассовой тары, резиновых изделий, консервных банок и непереваренных костей крупных животных и птиц.

Сформировавшиеся безоары под воздействием моторно-эвакуаторной деятельности желудочно-кишечного тракта в большинстве случаев приобретают округлую, овоидную или колбасовидную форму. По размерам они могут быть: 1) небольшими и способными самостоятельно или под воздействием лечебных мероприятий покидать пищеварительный канал *per vias naturalis* или с рвотой; 2) средними, когда их габариты препятствуют дальнейшему продвижению при сохранности пассажа жидкостей, или полужидкого химуса (частичной кишечной непроходимости) и 3) большими, когда они могут обуславливать почти полную обтурационную непроходимость желудочно-кишечного тракта на уровне их локализации и осложняться деструктивно-язвенными процессами, пролежнями, перфорацией стенок желудка и кишечника, нарушениями обменных процессов, различными по интенсивности кровотечениями с анемизацией.

Поэтому мы сочли целесообразным поделиться нашим, правда, более чем скромным опытом диагностики и лечения безоарной болезни (ББ) человека.

Материал и методы исследования

До 2011 года в хирургическом отделении нашей клиники с ББ пищеварительного тракта лечилось 28 больных в возрасте от 4 до 83 лет; из них лиц мужского пола было 12 и женского 16, детей до 16 лет – 4.

Одним из важных факторов определяющих картину заболевания является локализация безоаров. Поэтому нам кажется целесообразным выделить три уровня их локализации: 1) желудочный – 8; 2) тонкокишечный – 6; 3) толстокишечный – 15 случаев.

Клиника и диагностика безоарной болезни

Клинические проявления безоарной болезни определяются локализацией, размерами, конфигурацией, материальной основой, темпом формирования безоаров, а также видом и тяжестью спровоцированных ими осложнений.

Диагностика ББ, если помнить об этом заболевании, в настоящее время не представляет существенных затруднений. Она включает принятый в нашей стране и прошедший многовековое испытание временем алгоритм посистемного физикального обследования больного с критическим анализом вызванных при этом данных с позиций дифференциальной диагностики с прочими заболеваниями органов брюшной полости и, прежде всего, с патологией желудочно-кишечного тракта.

Рутинные методы лабораторных исследований в диагностике ББ играют лишь вспомогательную роль в плане выявления возможно развившихся отклонений биохимических констант организма больного с целью их коррекции.

«Золотыми эталонами» в диагностике ББ в настоящее время определяющее место заняли фиброэндоскопия и лучевые методы, исследования

(рентген, УЗИ, КТ), которые позволили трансформировать её из оккультного в визуальное заболевание. При этом следует подчеркнуть, что с учетом его редкости в поликлинической практике присутствие и участие в этих исследованиях лечащего врача мы считаем более чем желательным, а наши клинические наблюдения представить в виде своеобразных этюдов безоарной болезни.

Гастродуоденальная локализация безоаров

При гастродуоденальной локализации небольших безоаров, ББ может протекать оккультно или в виде дискомфорта, мало беспокоящих эпизодов гастралгии, тошноты, снижения аппетита, которые чаще всего расцениваются как проявления гастрита с проведением самолечения с применением «назойливо» рекомендованных в СМИ медикаментов в большинстве случаев зарубежного генеза, при недостаточной эффективности такого лечения больные обращаются к услугам семейного врача или гастроэнтеролога.

При наличии средних по величине желудочных безоаров наиболее частыми симптомами ББ становятся ощущения постоянной тяжести и тупой боли в эпигастриальной области, тошноты, тухлой отрыжки и рвоты соками и съеденной пищей. Боль становится почти постоянной; иногда, особенно после еды, схваткообразной с иррадиацией в мезогастрий; нарастает общая слабость, анорексия, снижение массы тела. При обследовании живота может в подложечной области обнаруживаться округлые, подвижные, малоболезненные или вовсе безболезненные опухолевидные образования. При их больших размерах и шершавой поверхности они могут становиться малоподвижными, как бы вколоченными, болезненными и расцениваться как уже иноперабельный онкопроцесс. Пальпация живота должна проводиться в различных позициях обследуемого – на спине, в латеропозициях и в вертикальном положении с максимально расслабленным прессом после нескольких напольных прыжков на месте.

Из анамнестических данных необходимо обратить внимание на характерные для безоарогенеза привычки в еде, излюбленные блюда, продукты питания, виды фруктов и их потребляемое разовое количество, состояние ротовой полости, перенесенные на желудке оперативные вмешательства и функциональное состояние желудочно-кишечного тракта.

В анализируемой когорте пациентов с желудочной локализацией безоаров было 7 человек: 4 мужчины и 3 женщины; хурмовые безоары наблюдались у 2.

1) Больная Л., 56 лет, врач-терапевт, страдает язвенной болезнью желудка в течение 2х лет с осенне-весенними обострениями, которые купировала принятыми в настоящее время медикаментами. Поводом к очередному ФГС явился несколько необычный по клиническим проявлениям симптомокомплекс и обнаруженное при самообследовании



Рис. 4. Трихобезоар

подвижное, легко смещаемое почти безболезненное образование. При этом в полости желудка были обнаружены 2 плотных округлых хурмовых безоара диаметром 8 и 5 см и хроническая язва в области антрума 1х0,8 см. Попытки аппаратной деструкции обнаруженных образований оказались неэффективными из-за их шаровидной формы и плотности. По завершении исследования выяснилось, что больная, жительница Алушты, имеет на даче плодоносящее хурмовое дерево, плоды которого в свежем, сушеном и консервированном видах широко применяют в семейной диететике. С целью лечения выявленных заболеваний больной был проведен двухнедельный современный курс противоязвенного лечения в сочетании с орошением желудка теплым 10% раствором натрия гидрокарбоната. При контрольной ФГС через две недели отмечено рубцевание язвенного дефекта без видимых изменений безоаров. От рекомендованного оперативного лечения больная временно воздержалась по социальным факторам. Даны рекомендации по профилактике и лечению возможных осложнений выявленного сочетанного заболевания в больнице по месту жительства.

2) Больной Д., 58 лет, шофер, в течение 23 лет страдает язвенной болезнью ДПК с неосложненным течением заболевания и ремиссиями продол-

жительностью от 2 до 6 лет. Соблюдает диету и лечился только в периоды обострений. Последнее обострение наступило около трёх недель назад. Как «опытный язвенник» занимался самолечением без видимого эффекта. При обследовании выяснено, что больной большой любитель субтропических фруктов и особенно хурмы, которую поедает до килограмма ежедневно, инжира и фиников. При пальпации живота в области эпигастрия определялось округлое безболезненное плотной консистенции легко смещаемое опухолевидное образование. При контрольном рентгеновском исследовании в полости нормального по величине желудка обнаружено округлое инородное тело (безоар) диаметром до 10 см; деформация луковицы ДПК без нарушения эвакуации. При ФГС выявлена картина гастродуоденита, наличие язвенного процесса на верхне-внутренней стенке дуоденальной луковицы с язвой размером 1х0,6 см. Безоар с гладкой поверхностью, твердой консистенции с вкраплениями сульфата бария, легко смещается концом эндоскопа. Окончательный диагноз: язвенная болезнь ДПК в стадии обострения, неосложненная безоаром болезнь желудка (хурмовый безоар). Больному назначено комплексное современное лечение, направленное на заживление язвы, дополнительные орошения полости желудка 10% теплым раствором гидрокарбоната натрия и питье теплых щелочных минеральных вод под диагностическим ФГС-контролем.

При планировании оперативного вмешательства в данном случае могут быть рассмотрены три варианта: 1. При зажившей язве – удаление безоара трансгастральным доступом; 2. При тенденции к её рубцеванию – то же; 3. При резистентности язвенного процесса к лечению – удаление безоара в сочетании с СПВ или резекция желудка.

Последняя рекомендация представляется особенно дискуссионной, поскольку указанные оперативные вмешательства рассматриваются некоторыми авторами, как безоарогенные у 4,8% и 0,4% соответственно (А.Н. Нечай с соавт., 1982). В клиническом опыте нашей клиники, охватывающей 50 летний период, подобных осложнений не наблюдалось (консультант – проф. Н.Н. Волобуев).

3) Больная К., 16 лет, до этого здоровая девушка была доставлена в клинику с синдромом желудочного кровотечения. Начало заболевания связывает с употреблением в течение последней недели острых блюд.

При пальпации живота в эпигастриальной области обнаружено округлое, умеренно подвижное мягко-эластической консистенции почти безболезненное образование до 15 см в диаметре. ФГС не производилось из-за отсутствия в то время в клинике эндоскопа. При рентгеноконтрастном исследовании желудка в области его большой кривизны выявлен дефект наполнения 16х8 см размером, расцененный как изъязвившееся опухолевидное образование. При поднаркозном чревосечении при осмотре желудка патологии не выявлено, при пальпации в



Рис. 5. Себобезоар

его полости определялось подвижное опухолевидное образование 16х8х4 см, окутанное слоем слизи и остатками взвеси сульфата бария, оказавшееся войлокоподобным трихобезоаром (Рис. 4). В зоне его примыкания к стенке желудка обнаружено несколько эрозий слизистой с наступившим гемостазом и регионарная картина гастрита (хирург – асс. М.Б. Синани).

В послеоперационном периоде девушка созналась в давней привычке покусывания кончиков её прекрасной косы во время чтения и занятий. Выздоровление.

4). Больной О., 43 лет доставлен по скорой помощи из психиатрической клиники после поглощения большого количества шерсти и ваты из разорванного им матраса. Поскольку попытка опорожнить желудок эндоскопическим методом не удалась, произведена поднаркозная гастротомия с опорожнением его содержимого, представляющего конгломерат из ваты, шерсти, слизи и пищевых масс в виде огромного полибезоара. Выздоровление без осложнений.

5) Больной С., 68 лет, крымский татарин, склонный к блюдам национальной кухни с использованием бараньего жира. Поступил с жалобами на клинические проявления варианта ББ вследствие формирования в желудке себобезоара, подтвержденного рентгенологически и ФГС (Рис. 5). Попытка консервативной терапии оказалась неэффективной. Оперирован с положительным исходом. Даны рекомендации по рациональному питанию.

6) Больная Т., 46 лет, оперирована в нашей клинике по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита, холедохолитиаза и механической желтухи длительностью более 3 недель. С большими техническими трудностями из-за инфильтрации тканей в зоне вмешательства и диффузной геморрагии произведены холецистэктомия, холедохо-

томия, холедохостомия с оставлением дренажей и тампонов. Оперативное вмешательство выполнялось бригадой весьма опытных хирургов во главе с заведующим отделением. Послеоперационная терапия проходила тяжело, но без осложнений, с заживлением операционного доступа первичным натяжением. Через 3 месяца благополучия больная обратилась с жалобами на постоянную боль в эпигастриальной и в правой подреберной областях, периодические повышения температуры до 38,0 С. При пальпации отмечалась выраженная болезненность в зоне вмешательства с наличием инфильтрата. При ФГС (Н.А. Гнездилова) в области выходного отдела желудка обнаружено большое, округлое, мягко эластической консистенции инородное тело, оказавшееся «большой» марлевой хирургической салфеткой, пропитанной дериватами слизи и пищи. Её абсорбционный край заполнял визуально огромный кратер каллёзной язвы малой кривизны и антрума сформированный псевдобезоар. Попытка извлечь его с помощью fórцепсов оказалась тщетной из-за врастания ткани в желудочную стенку.

В условиях операционной под эндотрахеальным наркозом верхне-срединным доступом с большими техническими затруднениями проведена резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру и вылучиванием из ткани инфильтрата экстрагастральной части «текстиломы» с неосложнённым послеоперационным течением и выпиской через 3 недели (хирург - проф. Н.Н. Волобуев).

При обсуждении данного инцидента *ex consilio* было решено, что обнаруженное инородное тело в качестве хирургической салфетки было использовано с целью гемостаза и отграничения зоны вмешательства и, к сожалению, забыто, скорее всего, из-за чрезмерной усталости операторов и недосмотра операционной сестры.

7) Больная П., 23 лет, колхозница-виноградарь поступила в плановом порядке с жалобами на чувство дискомфорта и почти постоянную тупую боль в эпигастриальной области, тошноту, отрыжки, временами рвоты съеденной пищей с неприятным запахом, снижение аппетита, похудание.

До последних 2 месяцев была практически здорова. Причину заболевания ни с чем не связывала и практически не лечилась. При обследовании в подложечной области, визуально и пальпаторно обнаружено крупное, мало подвижное, овоидной формы с гладкой поверхностью, безболезненное образование с локализацией в брюшной полости и не нарушающее моторно-эвакуаторную функцию кишечного тракта.

При рентгеноконтрастном исследовании в области тела желудка визуализировался овоидной формы дефект наполнения 12х5см с гладкой поверхностью, и как бы плавающий в содержимом желудка.

При целенаправленном расспросе установлено, что пациентка имеет привычку во время работы жевать битумную смолу и есть при этом виноград с косточками. Из-за отсутствия в то время в клинике



Рис. 6. Десмофитобезоар

фиброскопа на основании специфического анамнеза и данных рентгенисследования высказано предположение, что у больной имеется десмобезоар желудка, осложнившийся эрозивным гастритом.

При поднаркозной гастротомии удалено инородное тело чёрного цвета овальной формы размером 15х6х5 см (Рис. 3), состоящее из смолы с вкраплением большого количества виноградных косточек – десмо-фитобезоар (хирург проф. Е.И. Захаров). Выздоровление с полной реабилитацией.

Тонкокишечная локализация безоаров

По поводу ББ с тонкокишечной локализацией безоаров лечилось 6 женщин. У 4 из них были фитобезоары – хурмовый, вишневый, кизилевый и черешневый и у 2х – псевдобезоары – латексный и хлопчатобумажный (марлевый).

У всех пациенток с фитогенной ББ заболевание возникало в летне-осенний фруктово-ягодный сезон и клинически проявлялось синдромами острой обтурационной тонкокишечной непроходимостью, подтверждаемые данным физикальных, рентгенологических и сонографических исследований с выявлением причинно-следственной связи начала и динамики заболевания с употреблением в пищу безоарогенных фруктов с косточками.

При этом нами подмечены некоторые нюансы болевого синдрома, отличающиеся от тонкокишечной непроходимости иного генеза: 1) его возникновение в дуоденоюнальном сегменте кишечника с последующим перемещением в правую подвздошную область в связи с миграцией безоара в абсорбальном направлении; 2) периодическое коликообразное усиление боли из-за локальных задержек продвижения и энтероспазмов, и 3) их купирование введением спазмолитиков и паранефральных блокад (проф. Н.Н. Волобуев).

Все больные этой группы успешно оперированы дежурными врачами под эндотрахеальным наркозом с удалением безоаров способами энтеротомии (энтеробезоарэктомии) в местах их ретенции с соблюдением общепринятых стандартов послеоперационного ведения оперированных.

У двух пациенток ББ была вызвана псевдобезоарами подвздошной кишки, и проявлялась выраженными нарушениями кишечного пассажа.

1) Больная М., 22 лет, за 3 месяца до госпитализации в нашу клинику была оперирована в одной из районных больниц Крыма по поводу флегмонозно-гангренозного аппендицита с местным перитонитом. Под эндотрахеальным наркозом произведена аппендэктомия, санация и дренирование парацекального абсцесса. Стандартное ведение неосложненного послеоперационного периода с трудовой реабилитацией.

В течение последней декады состояние больной ухудшилось, появилась тупая боль в правой подвздошной области, усиливающаяся при движении и пальпации; здесь же стало прощупываться плотное, неподвижное, опухолевидное образование и вздутие живота, урчание, задержка стула и газов, повышение температуры до 38° С.

На основании клинического обследования с применением современных методов лучевой диагностики и анализа анамнестических данных было предположено, что у больной имеется воспалительный инфильтрат в области илеоцекального перехода со склонностью к абсцедированию и прогрессированию синдрома нарушений кишечного пассажа (susp. corpus alienum?), обусловившие абсолютные показания к оперативному вмешательству.

Оперативно-техническая ситуация позволила без существенных затруднений произвести удаление инфильтрата с резекцией подвздошной и восходящего сегмента ободочной кишки с илеотрансверзостомией бок-в-бок.

При рассечении препарата в просвете тонкой кишки обнаружен ослизнённый ком марлевого тампона, длиной около 12см, который, по-видимому, использовался во время предшествующей операции с целью отграничения зоны нагноения и был забыт, с миграцией в последующем в просвет кишки через пролежень в её стенке, расцененный как сфероидный псевдобезоар (хирурги – Ю.Б. Шупта, проф. Н.Н. Волобуев). Выздоровление без осложнений.

2) Больная Н., 17 лет, поступила в клинику с синдромом обтурационной кишечной непроходимости вследствие образовавшегося в правой мезогастральной области опухолевидного образования (инфильтрата?). При возможно полном обследовании (рентген, УЗИ, КТ) этиопатогенез заболевания оставался неясным.

В связи с нарастанием кишечной непроходимости больная оперирована ниже-срединным доступом. При этом установлено, что причиной непроходимости явился плотный инфильтрат без нагноения, размерами 15х12см, в который интимно впаялась петля подвздошной кишки. Оперативно-технические условия позволили произвести удаление конгломерата с резекцией подвздошной кишки в пределах здоровых тканей и межкишечным анастомозированием конец-в-конец (хирург – проф. В.В. Жебровский).

При рассечении конгломерата в просвете кишки обнаружены две хирургические перчатки №7 со значительными изменениями их структуры под

воздействием ферментов пищеварения – латексный псевдобезоар. Выздоровление без осложнений.

При доверительной беседе в послеоперационном периоде девочка созналась, что около 3х месяцев назад на спор с товарищем проглотила указанные предметы и чувствовала себя все это время практически здоровой без каких-либо нарушений со стороны органов пищеварения.

Колоректальная локализация безоаров

Третья группа больных с ББ включила 15 пациентов с локализацией полибезоаров в колоректальном сегменте кишечника.

У двух мальчиков в возрасте 4 и 5 лет фитобезоары прямой кишки состояли из недостаточно сваренных и прожеванных зерен кукурузных початков и клинически проявлялись острой кишечной непроходимостью с копроинтоксикацией с температурой до 39-40° С. Диагностика ограничилась анамнезом и пальцевым исследованием прямой кишки. Выздоровление после мануальной фрагментации безоаров и клизм.

Больная К., 22 лет, студентка 5 курса медвуза, будучи на практическом занятии, обратилась с просьбой о приватной консультации. При этом выяснилось, что она страдает болезнью Гиршпрунга, и в 8-летнем возрасте по этому поводу была оперирована в одном из солидных отделений детской хирургии Украины. Вмешательство лишь несколько улучшило акт дефекации за счет укорочения сроков между ними до недели.

Все рекомендации специалистов по месту операции и знахарей оставались мало результативными. Девушка смирилась со своим состоянием, окончила школу и поступила в наш ВУЗ.

При ирригоскопии и колоноскопии с биопсией было установлено, что возможной причиной колостаз с формированием копролитов является сохранение аганглиозного сегмента толстой кишки. После соответствующей подготовки больной была выполнена операция Duhamel с положительным результатом и психоэмоциональной реституцией при наблюдении в течение 5 лет (хирург – проф. Н.Н. Волобуев).

У 12 больных, лиц пожилого и старческого возрастов, нередко одиноких, обремененных сердечно-сосудистыми заболеваниями, последствиями травм и болезнями опорно-двигательного аппарата, перенесенных инсультов с явлением общемозговых и очаговых синдромов и пр., особенно при отсутствии надлежащего регулярного контроля за физиологическими отправлениями, наблюдалось формирование копролитов и многодневных каловых завалов, проявляющихся кишечной непроходимостью и копроинтоксикацией, еще более ухудшающих состояние больных.

При этом следует отметить, что, если их диагностика представляется предельно простой, то восстановление кишечного пассажа переходит в компетенцию проктолога или гастрохирурга.

У всех больных последней группы лечебная цель была достигнута без оперативных вмешательств.

Литература

1. 1. Безоары желудка и кишок у человека // А.Р. Гвамичава, А.В. Телиа, Н.П. Зенько. - Тбилиси: Сабчота Сакартвело, 1958. - 83 с.
1. 2. Суходоль А.И., Козак О.И., Власов В.В., Латинский Е.В., Микитюк С.Р. Безоары кишечника после хирургического лечения дуоденальной выростки. - 2006.
1. 3. Беляев А.А. Безоары желудка и их осложнения // Вестник хирургии. -1993. -№ 5. -С.44-47.
1. 4. Юсупов П.А., Романовский Е.М. Безоары желудка и кишечника. - Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2009. -№ 4-С.277-281
1. 5. Федотов П.А., Гушина А.П., Федотов О.П. Принципы диагностики и лечения при безоаре желудка. - Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 2010. -№ 3. -С.97-98
1. 6. Белобородова Э.П., Егоров П.С., Рузаева А.Е., Шуталев А.Б. Случай фитобезоара желудка. - Клиническая медицина, 2001. -№ 10. -С.63-64
1. 7. Вусик М.В. Инородные тела верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, симулирующие онкологическую патологию // Анналы хирургии. -2005. -№ 1. -С.74-76.
1. 8. Зуев Н.П., Зуев Н.Н., Питкесвич А.Э., Шмаков А.П. Трехбезоар желудка и тонкой кишки у ребенка. - Детская хирургия, 2010. -№ 1. -С.48-49
1. 9. Давидов М.П., Соколов Ю.Ю. Безоары желудочно-кишечного тракта у детей. - Педиатрия, 2010. -№ 2. -С.60-65.
1. 10. Давидов М.П., Соколов Ю.Ю. Сочетание аномалий гастродуоденальной зоны с безоарами больших размеров. - Детская хирургия, 2009. -№ 3. -С.50-51.
1. 11. Деметрашвили З.М., Хуцишвили К.Р., Чхаидзе М.П. Нефункциональная ретроперитонеальная паразангиома в сочетании с кишечной непроходимостью, вызванной фитобезоаром. - Хирургия, 2008. -№ 5. -С.73-74.
1. 12. Давидов М.П., Соколов Ю.Ю. Редкие наблюдения безоаров у детей. - Российский педиатрический журнал, 2006. -№ 1. -С.54-56
1. 13. Гулордава Ш.А., Кофкин А.С. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. - Таллин: Валгус. -1969. -168 с.
1. 14. Аешкевич В.С., Петровский М.П., Кепель В.В. Наблюдение множественных инородных тел в желудке и тонкой кишке // Клиническая хирургия. -1989. -№ 10. -С.68-69.
1. 15. Арабаджян В.А., Легина В.В., Грамов В.Ф., Самойлова О.О., Ежова П.С. Безоары желудка. - Российский медицинский журнал, 1996. -№ 4. -С.51-53
1. 16. Сапожников В.Г., Куликов В.А., Белозеров В.П., Востокова Е.Н., Михеева В.В., Шабалин В.А. Возможности диагностики безоаров у детей. - Российский педиатрический журнал, 2001. -№ 4. -С.51-53
1. 17. Кургузов О.П. Безоары как причина острой тонкокишечной непроходимости. - Хирургия, 2004. -№ 12. -С.18-21
1. 18. Маховский В.З., Кириллов Ю.Б. Тактика хирурга при инородных телах желудочно-кишечного тракта. - Ставрополь: Кн. изд-во. -1980. -128 с.
1. 19. Мышкин К.П. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. - Саратов: Кн. изд-во. -1982. -84 с.
1. 20. Озиев Б.В. О конкрементах кишечника // Казанский медицинский журнал. -1993. -№ 11-12. -С.1104-1115.
1. 21. Маховский В.З., Ворущилин В.А., Печенкин Е.В. Фитобезоар как причина острой тонкокишечной непроходимости. - Хирургия, 2005. -№ 7. -С.54-55
1. 22. Павленко С.Г. Клиника и хирургическое лечение инородных тел пищеварительного тракта. - Краснодар. -1988. -43 с.
1. 23. Чепурной Г.П., Саламаха А.П., Мкртычева Т.Э., Шахзадяну А.А. Трехбезоар подвздошной кишки. - Детская хирургия, 2004. -№ 4. -С.48-48
1. 24. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Одилов А.Х., Юсупов Ш.А., Маллаев С.С., Разыков Р.Ф. Безоар желудка у ребенка. - Детская хирургия, 2004. -№ 3. -С.51-51
1. 25. Романов М.А., Пиксин П.Н., Кувакин В.П. Особенности хирургического лечения больных с инородными телами пищеварительного тракта. - Саранск. -1996. -77 с.
1. 26. Рычковский Г.Ф., Яремчук А.Я. Инородные тела желудочно-кишечного тракта // Клиническая хирургия. -1988. -Т.166. -№ 4. -С.136-139.
1. 27. Анашкин С.Г., Давыдкин В.П. Минералобезоары желудка и тонкой кишки. - Вестник хирургии им. И.И. Грекова, 2001. -№ 4. -С.100-100
1. 28. Гребнев П.Н., Мустафин Я.М., Андреев А.В., Булашов В.П., Сучков О.М., Тяньшин М.В., Хабибуллина Г.Ф. Два случая трехбезоара желудочно-кишечного тракта у детей. - Казанский медицинский журнал, 2001. -№ 5. -С.379-380
1. 29. Какабадзе С.А., Кундухова Э.Р., Лекоев Г.З., Тохсыров А.В., Хутиев П.С. Безоары и гигантские язвы желудка, ассоциированные с хеликобактер пилори. - Хирургия, 1999. -№ 3. -С.28-31
1. 30. Сотников В.Н. Методика эндоскопического удаления инородных тел из пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии. -1985. -Т. 134. -№ 3. -С. 110-113.
1. 31. Стрельников Б.Е., Мазченко Н.С., Богомазов С.В., Черненко Ю.К. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. - Владивосток: Изд-во Дальневосточного ун-та. -1983. -56 с.
1. 32. Субботин В.М., Давидов М.П., Титлянова З.А. и др. Осложнения, развивающиеся при попадании инородных тел в пищеварительный тракт // Пермский медицинский журнал. -1995. -Т.12. -№ 1-2. -С.32-37.
1. 33. Хазов А.П. Инородные тела пищеварительного канала // Клиническая

кая хирургия. -1990. -№8. -С.62-64.

1. 34. Цуман В.Г., Шербина В.И., Семилов Э.А. Трихобезоары желудочно-кишечного тракта у детей // Детская хирургия. -2000. -№4. -С.52-54.
1. 35. Andrus C.H., Ponsky J.L. Bezoars: Classification, pathophysiology and treatment // Amer. J. Gastroenterol. -1988. -Vol.83. -N 5. -P.476-478
1. 36. Bartizal JF, Boyd DR, Folk EA, Smith D, Lescher TC, Freeark RJ. A critical review of management of 392 colonic and rectal injuries // Dis. Colon. Rectum. -1974. -Vol.17. -№3. -P.313-318.
1. 37. Bloom R.R., Nakano P.H., Gray S.W., Skandalakis I.E. Foreign bodies of the gastrointestinal tract // Amer. Surg. -1986. -Vol.52. -Nil. -P.766-770.
1. 38. Buttner D., Subke H. Stumpfes Bauchtrauma und Perforation eines Darmfremdkörpers // Chirurg. -1980. -Bd.51. -N11. -S.731-732.
1. 39. Sawani H, McFarlane-Ferreira Y: Proctological Crunch: sunflower seed bezoar. J La State Med Soc 2003, 155(3):163-4.
1. 40. Escamilla C, Robles-Campos R, Parrilla-Paricio P, Lujan-Mompean J, Liron-Ruiz R, Torralba-Martinez JA: Intestinal obstruction and bezoars. J Am Coll Surg 1994, 179(3):285-8.
1. 41. Tatekawa Y, Nakatani K, Ishii H, Paku S, Kasamatsu M, Sekiya N, Nakano H: Small bowel obstruction caused by a medication bezoar: Report of a case. Surgery Today 1996, 26:68-70.
1. 42. O'Malley JA, Ferrucci JT Jr, Goodgame JT Jr: Medication bezoar: intestinal obstruction by an isocal bezoar. Gastrointest Radiol 1981, 6(2):141-144.
1. 43. Chintamani, Durkure R, Singh JP, Singhal V: Cotton Bezoar – a rare cause of intestinal obstruction: case report. BMC Surgery 2003, 3:5. doi:10.1186/1471-2482-3-5
1. 44. Ortiz-Hidalgo C, Cuesta-Mejias T, Cervantes-Castro J: Dry fruit bezoar causing acute small intestinal obstruction. Int J Surg Pathol 2007, 15(1):66-7.
1. 45. Chiu B, Ciaccio C, West M: Intestinal obstruction from furniture cushion foam bezoar. Surgery 138(5):956-958.
1. 46. Rubin M, Shimonov M, Grief F, Rotstein Z, Lelkuk S: Phytobezoar: a rare cause of intestinal obstruction. Dig Surg 1998, 15:52-54. doi: 10.1159/000018586
1. 47. Purcell L, Gremse DA: Sunflower seed bezoar leading to fecal impaction. South Med J 1995, 88(1):87-8.
1. 48. Moons P, Dikken FP, Raven EE, Tan KG: Severe obstipation due to eating unshelled sunflower seeds. Ned Tijdschr Geneesk 144(39):1878. 2000 Sep 23
1. 49. Eitan A, Bickel A, Katz IM: Fecal impaction in adults: report of 30 cases of seed bezoars in the rectum. Dis Colon Rectum 2006, 49:1768-71.
1. 50. Deshpere JP, Praet M, Verdonk G. An unusual case of trichobezoar: the Rapunzel syndrome. Am J Gastroenterol 1982;77:467-70.
1. 51. Eitan A, Katz I, Sweed Y, et al. Fecal impaction in children: report of 53 cases of rectal seed bezoars. J Pediatr Surg 2007;42:1114-7.
1. 52. Ginsberg GG. Foreign bodies, bezoars, and caustic ingestions. In: Feldman M, et al. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. 9th ed. Philadelphia, Pa.: Saunders Elsevier; 2010.
1. 53. Sharma RD, Chintamani, Bhatnagar D: Trichobezoar obstructing the terminal ileum. Trop Doct 2002, 32:99-100.
1. 54. Allred-Crouch AL, Young EA: Bezoars: When the «knot in the stomach» is real. Postgrad Med 1985, 78:261-5.
1. 55. Goldstein SS, Lewis JH, Rothstein R: Intestinal obstruction due to bezoars. Am J Gastroenterol 1984, 79:313-8.
1. 56. Senapati MK, Subramanian S: Rapunzel syndrome. Trop Doct 1997, 27:53-54.
1. 57. Doski JJ, Priebe CJ Jr, Smith T, et al. Duodenal trichobezoar caused by compression of the superior mesenteric artery. J Pediatr Surg 1995, 30:1598-9.
1. 58. Santiago Sanchez CA, Garau Diaz P, Lugo Vicente HL. Trichobezoar in a 11 y-year old girl: A case report. Bol Asoc Med PR 1996, 88:8-11.
1. 59. Escamilla C, Robles-Campos R, Parrilla-Paricio P: Intestinal obstruction and bezoars. J Am Coll Surg 1994, 179:285-8.
1. 60. Duncan ND, Altken R, Venugopal S, et al.: The Rapunzel syndrome. Report of a case and review of literature. West Indian Med J 1994, 43:63-5.
1. 61. De Baakey M, Oschner A: Bezoars and concretions: comprehensive review of literature, with analysis of 303 collected cases and presentation of eight additional cases. Surgery 1939, 5:132-160.
1. 62. Malpani A, Ramani SK, Wolverson MK: Role of sonography in trichobezoars. J Ultrasound Med 1988; 7:661-663
1. 63. Minty B., Kelly L. Rectal bezoars in children.- CMAJ, August 10, 2010; 182(11).
1. 64. E. D. Vaughan, J. L. Sanyers, and H. W. Scott, "The Rapunzel syndrome: an unusual complication of intestinal bezoar," Surgery, vol. 63, no. 2, pp. 339-343, 1968.
1. 65. Simpson SE Pharmacobezoars described and demystified. Clin Toxicol (Phila) 2011 Feb; 49(2):72-89.
1. 66. Marcus EL, Arnon R, Sheynkman A, et al. Esophageal obstruction due to enteral feed bezoar: A case report and literature review. World J Gastrointest Endosc 2010 Oct 16; 2(10):352-6.
1. 67. Chung YW, Han DS, Park YK, et al. «Huge gastric diospyrobezoars successfully treated by oral intake and endoscopic injection of Coca-Cola». Dig Liver Dis, 2006, 38 (7): 515-517
1. 68. Bas de Groot, Julien B. C. M. Puylaert. Diospyrobezoar: an uncommon cause of obstructive ileus.- Int J Emerg Med. 2008 December; 1(4): 333-334.
1. 69. Sumskiene J, Jancianskas D, Pilkauskaitė G, Kristaliny V, Kupcinskis L. An unusual case of bleeding from stomach due to a giant diospyrobezoar.- Medicina (Kaunas). 2009;45(6):476-9.
1. 70. Yakan S, Sirinocak A, Telciler KE, et al. A rare cause of acute abdomen: small bowel obstruction due to phytobezoar. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2010 Sep; 16(5):459-63.
1. 71. Jiang SH, Myers RL, Walters GD Candida tropicalis bezoar as a cause of obstructive nephropathy. Kidney Int 2011 Mar; 79(6):690.
1. 72. Britton PN, Polon M A Case of impacted watermelon seed rectal bezoar in a 12-year-old girl. J Paediatr Child Health 2011 Jan; 47(1-2):68-9.

Безоари шлунково-кишкового тракту

М.М. Волобуєв, Ю.О. Мошко, И.М. Воробець, В.Г. Гусаров, Е.Я Керімов, Н.А. Моцар, Ю.Б. Шунта

Безоари є конкреціями чужорідних матеріалів, які формуються і зберігаються в шлунково-кишковому тракті. Безоари класифікуються в залежності від матеріалу їх походження. Фітобезоари містять рослинний матеріал, трихобезоари містять волосся, псевдобезоари містять білки молока і таке інше. Смола може, за певних обставин, формувати десмобезоари. Метою даної статті є розгляд нашого досвіду в діагностиці та лікуванні безоарів.

Когорта хворих з безоарною хворобою включила 28 пацієнтів у віці від 4 до 83 років, з них дітей - 4; чоловічої статі - 12; жіночої - 16.

Безоари шлунку були виявлені у 7 чоловік, - з них з фітобезоарами - у 2, з трихобезоарами - у 2, з себобезоаром, піксобезоаром і псевдобезоаром - по одному спостереженню.

З тонкокишковою локалізацією безоарів було 6 хворих; з хурмовим, вишневим, кизилевим, черешневим - по одному спостереженню, і з псевдобезоарами - у 2.

З товстокишковою локалізацією безоарів було 15 хворих: з кукурудзяними фітобезоарами - у 2, з копролітами - 8, з копробарієвими «каменями» - у 4 і з калових завалом - у 1.

Консервативно лікувалося 14 осіб без летальних наслідків.

Ключові слова: безоари, етіопатогенез, лікування безоарної хвороби

Bezoars of the gastrointestinal tract

NN Volobuyev, YA Moshko, IM Vorobets, VG Gusarov, EY Kerimov, NA Motsar, JB Shupta

A bezoar is a concretion of foreign material that forms and persists in the gastrointestinal tract. Bezoars are classified by their material origins. Phytobezoars contain plant material, trichobezoars contain hair, pseudobezoars contain milk proteins etc. Gum or resin can, under specific circumstances, form desmobezoars. The goal of this article is to review our experience in diagnosis and management of bezoars.

Cohort with bezoar disease included 28 patients aged 4 to 83 years, among them children - 4, male - 12, female - 16.

Bezoar of the stomach were found in 7 patients - one with food ball - in 2, with hair ball - in 2; sebobezoar, piksobezoar and psevdobezoar - one observation

With the small bowel localization of bezoars were 6 patients, with persimmon, cherry, dogwood, sweet cherry - on a single observation and pseudobezoars - in 2.

With the localization of colonic bezoar were 15 patients: with corn food ball - in 2, coprolites - 8, koprobarium "stones" - in 4 and a fecal blockage - in 1.

Were treated conservatively 14 people without fatalities.

Key words: bezoar, etiopathogenesis, treatment of bezoar disease

Фотографии выполнены Денисенко Н.И.