

Гусейнов Гамбар Гусейн оглы, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней III «Азербайджанский медицинский университет», Азербайджан, AZ1025, г. Баку, ул. Ю. Сафарова, д. 19, тел.: +994124904513, +994124901179.

Рагимов Валех Аладдин оглы, кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней III «Азербайджанский медицинский университет», Азербайджан, AZ1025, г. Баку, ул. Ю. Сафарова, д. 19, тел.: +994-503-52-54-28, e-mail: rehimbuba@mail.ru.

Рагимли Шабнам Ибрагим кызы, ассистент кафедры хирургических болезней III «Азербайджанский медицинский университет», Азербайджан, AZ1025, г. Баку, ул. Ю. Сафарова, д. 19, тел.: +994124904513, +994124901179, e-mail: cdmarker@box.az.

УДК 616–003.7–071–08

© И.А. Юсупов, Е.М. Романовский, 2012

И.А. Юсупов¹, Е.М. Романовский²

ОСЛОЖНЕННЫЕ БЕЗОАРЫ ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА

¹ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

²ГБУЗ АО «Городская клиническая больница № 3 им. С.М. Кирова», г. Астрахань

Рассмотрены вопросы происхождения, клиники, диагностики, лечения осложненных и неосложненных форм безоаров желудка и кишечника с изложением двух собственных оригинальных наблюдений.

Ключевые слова: *безоары, происхождение, диагностика и лечение.*

I.A. Yusupov, E.M. Romanovskyi

COMPLICATED BEZOARS OF STOMACH AND INTESTINE

The article deals with the question of origin, clinic, diagnostics, treatment of non-complicated and complicated forms of stomach and intestine with narration of original observations.

Key words: *bezoars, origin, diagnostics and treatment.*

Безоары – инородные тела, образующиеся в желудке и кишечнике из проглоченных неперева-ренных веществ. Их количество и величина различны. Время образования может исчисляться как несколькими днями, так и годами. Оно зависит от качества и количества употребляемых продуктов, состояния моторной и секреторной функций желудка, а также возможных патологических изменений кишечника. Наличие безоаров нередко осложняются непроходимостью пищеварительного тракта. В зависимости от состава основного вещества безоара различают: фитобезоары (образования растительного происхождения), трихобезоары (состоящие из проглоченных волос и шерсти), себобезоары (состоящие из проглоченного животного жира), пиксобезоары (плотные образования, состоящие из смолы), минералобезоары (состоящие из мела), шеллакобезоары (состоящие из красящих и смолистых веществ), гематобезоары (состоящие из сгустков крови), микобезоары (образования из грибов) и безоары смешанного происхождения. Наиболее часто встречаются фитобезоары, состоящие из слизи и плотного концентрированного химуса, содержащего неперева-ренные волокна растительного происхождения, а также кожу и семена овощей и фруктов [1, 3, 5, 7]. Факторами, способствующими образованию безоаров, являются: плохое пережевывание пищи, нарушение эвакуации из желудка, большое содержание растительной клетчатки в пище, значительное количество вязкой слизи желудка на фоне гастрита, а также операции на желудке. Больные с безоарами желудка жалуются на периодически возникающее чувство тяжести в эпигастральной области, ноющие боли и дискомфорт после еды, тошноту, рвоту, потерю аппетита или ощущение раннего насыщения. Нарушение питания приводит к значительному похуданию. В анализах крови отмечается гипопропротеинемия. При наличии больших инородных тел в желудке, как отмечают многие авторы, через брюшную стенку удается пальпировать образование, которое можно перемещать. Это заставляет подозревать у больного злокачественные новообразования, что приводит к диагностическим ошибкам [1, 2, 3, 9].

В правильной постановке диагноза большое значение имеет тщательное изучение анамнеза заболевания, позволяющее заподозрить инородное тело желудка и направить последующее обследование в нужном направлении. Клинический диагноз подтверждается данными рентгенологического исследования, при котором отмечается дефект наполнения с четкими контурами, значительная смещаемость патологического образования. Картина «обтекания» бариевой взвесью инородного тела указывает на отсутствие интимной связи образования со стенкой желудка. Эндоскопическое исследование позволяет поставить точный диагноз [2, 4, 8].

Несмотря на кажущуюся легкость постановки диагноза безоара желудка, согласно данным отечественных авторов, в подавляющем большинстве опубликованных наблюдений больные были оперированы с диагнозом опухоли желудка или в связи с развивающимися осложнениями. Вероятно, это обстоятельство объясняется редкостью указанного заболевания и недостаточно полным обследованием больных [2, 11].

Наличие безоара желудка чревато серьезными осложнениями, которые могут присоединяться в разные сроки после его образования и служить поводом для срочного хирургического вмешательства. Чаще других авторы отмечают перфорацию желудка, кровотечения, изъязвления. Нередко при перемещении безоара из желудка он obturiрует просвет двенадцатиперстной или тощей кишки, создавая клиническую картину острой кишечной непроходимости. Иногда для извлечения безоаров желудка применяют такие эндоскопические инструменты, как биопсийные щипцы и ножницы, метод электроэксцизии. При их неэффективности прибегают к оперативному лечению [2, 4, 7].

В редких случаях наблюдаются гигантские безоары, которые осложняются гастродуоденальной непроходимостью.

Мы наблюдали такой случай гигантского полимербезоара желудка.

Больной Б., 60 лет, поступил в клинику 30.09.2003 с жалобами на тошноту, рвоту, боли в животе, слабость. Заболел 7 дней назад после обильного приема суррогатов алкоголя, стал неадекватен, поступил в психиатрическую клинику с диагнозом: органическое поражение головного мозга. Состояние больного постепенно ухудшалось, появились вышеуказанные жалобы, в эпигастральной области пальпировалось опухолевидное образование. Боли стали нарастать, после чего больной был переведен в хирургическую клинику. При поступлении состояние больного характеризовалось как тяжелое, пациент заторможен, на вопросы отвечает адекватно, но с трудом. Контакт затруднен. Пульс 100 уд. в мин, АД – 90/60 мм рт. ст. Живот несколько поддут, мягкий, болезненный в эпигастрии, где пальпируется плотное болезненное опухолевидное образование больших размеров 20 × 12 см, без участков размягчения. С предположительным диагнозом: «острый деструктивный панкреатит, инфильтрат сальниковой сумки» начата противовоспалительная, дезинтоксикационно-корректирующая терапия.

01.10.2003 выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости: в эпигастрии, в проекции пальпируемой опухоли нечетко локализуется образование без четких контуров, жидкостных полостей в его проекции не определяется. Связать его с каким-то органом невозможно (находится впереди от поджелудочной железы).

02.10.2003 фиброгастродуоденоскопия (ФГДС): в желудке большое количество полупереваренной пищи темного цвета, из-за чего осмотр желудка невозможен. После промывания желудка повторная ФГДС: по большой кривизне от кардии до антрального отдела визуализируется темно-серое с неровной поверхностью образование, не смещаемое при изменении положения тела. Структура крайне плотная, не кровоточит. Видимые отделы желудка без особенностей (атрофия). Заключение: безоар желудка.

Выполнены рентгеноскопия и рентгенография желудка. После приема контраста через рот акт глотания не нарушен. Желудок резко увеличен в объеме, определяется дефект наполнения с нечеткими контурами и размерами 26 × 10 см. Структура дефекта наполнения неравномерная, перистальтика отсутствует, эвакуации из желудка нет. Заключение: безоар желудка.

После проведенной консервативной терапии состояние больного улучшилось.

04.10.2003 под эндотрахеальным наркозом выполнена верхнесрединная лапаротомия. Желудок больших размеров, всю его полость занимает плотной консистенции образование размерами 30 × 10 × 8 см, смещаемое вместе с желудком. Другой патологии в брюшной полости не обнаружено. Произведена гастротомия по передней стенке желудка в продольном направлении длиной 15 см. Через этот разрез путем фрагментации на 2 части удален черного цвета безоар, представляющий собой слепок полости желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки, вызывающий непроходимость (рис. 1).



Рис. 1. Гигантский полимеробезоар желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки из полиуретановой монтажной пены

Слизистая желудка без видимой патологии. Гастротомическое отверстие ушито 2-рядными швами. Дренаж через отдельный прокол в правом подреберье подведен к желудку. Швы на рану.

Послеоперационное течение без осложнений, рана зажила первичным натяжением.

После операции с больным проведена беседа, в ходе которой дополнительно удалось выяснить, что до поступления в психиатрическую клинику пациент выпил строительную монтажную пену, после чего его состояние ухудшилось (полиуретановая монтажная пена 4,4-дифенилметандиизоцианат).

18.10.2003 больной в удовлетворительном состоянии выписан из клиники.

В доступной литературе мы не обнаружили описания случая полимеробезоара. Гигантский безоар образовался в желудке за очень короткий период времени, заполнив собой весь просвет желудка и луковицу двенадцатиперстной кишки, вызвав непроходимость, интоксикацию и психические отклонения вследствие высокой токсичности полиуретановой монтажной пены.

В последние годы участились сообщения о нередком возникновении безоаров в культе желудка после резекции по способу Бильрот 1 или Бильрот 2, а также органосберегающих операций. Во всех наблюдениях, относящихся к обнаружению безоаров в оперированном желудке, авторы подчеркивают понижение тонуса и ослабленность его перистальтики [1, 2]. После обычной резекции образование безоаров наблюдалось в 0,4 % случаев, а после ваготомии – в 7,4 % наблюдений. Ваготомия, видимо, может приводить к выработке густой и вязкой слизи, которая способствует склеиванию остатков пищи и образованию безоаров.

Применение фиброгастроскопии позволило получить дополнительные сведения о составе, форме, размерах и консистенции безоарных масс. При эндоскопии желудка слизистая часто представлялась покрытой налетом, местами трудно отделимом от стенки желудка. При микроскопическом исследовании налета, так же как и в комках безоарных масс, обнаруживались колонии дрожжеподобных грибов типа *candida*. Это обусловлено тем, что после оперативных вмешательств, сопровождающихся понижением кислотности желудочного сока, а также снижением тонуса и эвакуаторной функции, несмотря на хорошую проходимость привратника или соустья, возникают условия, способствующие выживанию и размножению грибов. Развитие грибковой флоры может быть вторичным: грибы растут на уже сформированных безоарах как на питательной среде. Однако при определенных условиях крупные скопления грибковых колоний становятся сами безоарами. Такие микобезоары могут прикрепляться к стенке желудка, имитируя экзофитные образования или, оторвавшись от слизистой, свободно плавать в содержимом желудка, становясь рентгенологически неотличимыми от остатков пищи. В таких случаях уточнить их характер удастся только с помощью эндоскопии и микологических исследований [1, 2, 4, 7, 10].

Лактобезоар у новорожденного ребенка представляет собой своеобразное инородное тело желудка. Причины образования лактобезоара неизвестны. В большинстве описанных наблюдений возникновение его связывали с неправильным разведением порошкового молока и применением концентрированных смесей, при этом происходила коагуляция белковых масс в желудке, иногда заполнявших полностью его просвет. Образование лактобезоара сопровождалось срыгиванием, рвотой, вздутием живота, расстройством стула и определенной степенью обезвоживания организма. В ряде

случаев пальпаторно обнаруживали подвижное опухолевидное образование в эпигастральной области. На обзорной рентгенограмме брюшной полости на фоне газового пузыря желудка выявлялась мягкотканая тень. У большинства детей отмечено самопроизвольное исчезновение лактобезоара на фоне регидратации. В настоящее время описано более десяти наблюдений лактобезоара [4].

В некоторых случаях безоары образуются в кишечнике. Приводим наше наблюдение.

Больной У., 17 лет, ученик 11 класса, поступил в клинику 09.03.2006 с направительным диагнозом «острый аппендицит» и жалобами на боли в животе, икоту, позывы на рвоту, однократный жидкий стул. Заболел 08.03.2006 в 19 ч., когда появились боли внизу живота, которые временами усиливались и принимали схваткообразный характер. Одновременно появилась икота, позывы на рвоту, был однократный жидкий стул. Пациент перед заболеванием в большом количестве употреблял в пищу острый корейский салат, состоящий из моркови, лука, перца и зелени. В анамнезе периодические подъемы артериального давления.

При поступлении состояние больного было средней тяжести, температура 36,7° С, в сознании. Кожа и слизистые бледно-розовые, дыхание везикулярное, частота дыхательных движений – 18 в 1 мин. Тоны сердца ясные, чистые. Пульс – 92 уд. в 1 мин, ритмичный. АД – 140/90 мм рт. ст.

Язык влажный, живот не вздут, плохо участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается напряжение мышц и болезненность в нижних отделах живота, особенно резко выраженная в правой подвздошной области. Здесь же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтические шумы усилены. Ампула прямой кишки пуста. В стационаре дважды была рвота.

В биохимических и клинических анализах крови и мочи отклонений от нормы не выявлено, за исключением повышенного лейкоцитоза до 20×10 .

На обзорной рентгенограмме брюшной полости видно вздутие трех петель тонкой кишки с горизонтальными уровнями жидкости в них.

Диагноз: острая тонкокишечная непроходимость.

После кратковременной инфузионной подготовки больной экстренно оперирован из срединного разреза. В брюшной полости около 0,6 л серозно-геморрагического выпота, который эвакуирован. Петли тонких кишок раздуты и расширены до 5 см в диаметре, стенки их истончены, в просвете большое количество жидкого содержимого.

В 60 см от илеоцекального угла обнаружен дивертикул Меккеля мешотчатой формы размерами 6,0 × 3,5 × 3,5 см с широким основанием. Меккелев дивертикул и прилежащий отдел подвздошной кишки на протяжении 10 см забиты массой плотноэластической консистенции, вызывающей полную обтурационную непроходимость (рис. 2).

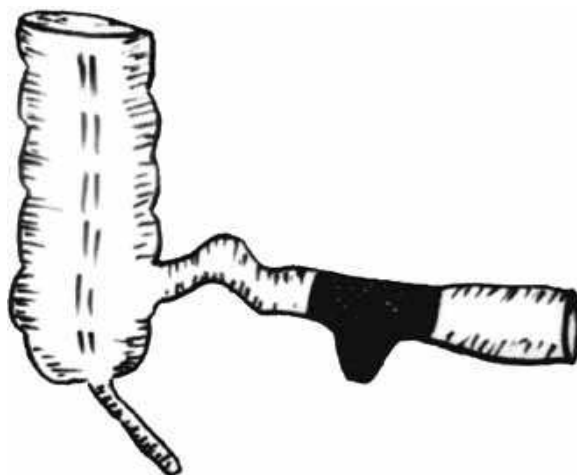


Рис. 2. Схема обтурации подвздошной кишки и дивертикула Меккеля фитобезором

Ниже обтурации кишка спавшаяся. Продвинуть обтурирующую массу в толстую кишку не удалось. Произведена назогастроюнональная интубация и из расширенных петель эвакуировано около 1,8 л жидкого содержимого, верхушка дивертикула вскрыта и из его просвета и тонкой кишки методом разминания и выдавливания по частям удалена обтурирующая масса зеленовато-сероватого цвета, содержащая кусочки и волокна перца, мака, лука, моркови и зелени. Восстановлена проходимость кишки. Дивертикул Меккеля клиновидно иссечен, дефект кишки ушит двухрядными узловыми шва-

ми. Брюшная полость промыта раствором фурацилина и через отдельные проколы в правом подреберье и подвздошной областях дренирована силиконовыми трубками. Рана ушита.

Диагноз после операции: острая кишечная непроходимость, обусловленная обтурацией фитобезоаром дивертикула Меккеля и подвздошной кишки. Распространенный серозный перитонит. Мангеймский индекс перитонита 13 баллов.

На третьи сутки перистальтика кишечника восстановилась, стали отходить газы. Удалены назогастроюнальный зонд и дренажи.

Послеоперационное течение в последующем без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. 20.03.2006 больной в удовлетворительном состоянии выписан из клиники.

В представленном редком наблюдении причиной формирования обтурирующего тонкую кишку фитобезоара явился как характер принятой пищи, так и патологическое изменение стенки кишки – дивертикул Меккеля. В доступной литературе мы встретили всего лишь одно подобное наблюдение [6].

Список литературы

1. Аграба, В. В. Безоары желудка / В. В. Аграба // Клиническая медицина. – 1981. – № 4. – С. 85–86.
2. Айзенштат, А. И. К вопросу о безоарах в оперированном желудке / А. И. Айзенштат // Редкие неопухолевые хирургические заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. – Л.: Медицина, 1987. – С. 144–149.
3. Беляев, А. А. Безоары желудка и их осложнения / А. А. Беляев // Хирургия. – 1993. – № 5. – С. 44–47.
4. Гусева, А. Н. Лактобезоар у новорожденного ребенка / А. Н. Гусева, Г. Ф. Холкина // Вопросы охраны материнства и детства. – 1987. – № 3. – С. 62–63.
5. Давыдкин, В. И. Минералобезоары желудка и тонкой кишки / В. И. Давыдкин, С. Г. Анашкин // Вестник хирургии. – 2001. – № 4. – С. 101.
6. Добровольский, С. Ф. Редкая причина тонкокишечной непроходимости / С. Ф. Добровольский, Д. И. Узакбаева, Л. Г. Абушайбек и др. // Хирургия. – 2005. – № 7. – С. 53–54.
7. Зайцев, В. В. Перфоративная язва желудка при безоаре / В. В. Зайцев, С. М. Бохна // Вестник хирургии. – 1991. – № 5/6. – С. 41–42.
8. Карагюлян, Р. Г. Безоар желудка / Р. Г. Карагюлян, Д. Н. Курашвили // Клиническая хирургия. – 1987. – № 1. – С. 143–44.
9. Пипия, И. К. Безоары желудочно-кишечного тракта / И. К. Пипия, А. В. Телия // Вестник хирургии. – 1973. – № 3. – С. 55–59.
10. Рузаева, Л. Е. Случай фитобезоара желудка / Л. Е. Рузаева, Э. И. Белобородова, Л. Б. Шуталев и др. // Клиническая медицина. – 2001. – № 10. – С. 63–64.
11. Сацукевич, В. Н. Фитобезоар желудка как причина тонкокишечной непроходимости / В. Н. Сацукевич, И. А. Козьмин, А. А. Ложкевич и др. // Хирургия. – 2003. – № 9. – С. 49–50.

Юсупов Ильдар Абдрахманович, доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121, тел.: (8512) 52-41-43, e-mail: yusupov-ia@yandex.ru.

Романовский Евгений Михайлович, врач-хирург, заведующий операционным блоком ГБУЗ АО «Городская клиническая больница № 3 им. С.М. Кирова», г. Астрахань, Россия, 414038, г. Астрахань, ул. Хибинская, д. 2, тел.: (8512) 45-91-55, e-mail: gkb3@mail.ru.