



Л.Н. Мосийчук,
Т.В. Бондаренко, И.А. Васильева

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины»,
Днепропетровск

Клинический случай безоара желудка и тонкой кишки

Ключевые слова

Безоар, биологически активная пищевая добавка.

Безоар в медицинской практике встречается относительно редко, но каждый случай его выявления уникален и интересен. В мировой литературе описано до 500 случаев безоаров. Напомним, что безоарами (от фр. *bezoard*) называют инородные тела, образующиеся в самом желудке вследствие попадания в него, прежде всего с пищей, таких ее компонентов, которые не перевариваются, а накапливаются и формируют это тело [1]. Безоары бывают разного состава и размера, они постепенно увеличиваются, вплоть до образования полного слепка желудка, могут достигать до 20 см в диаметре и весить до 1 кг. Безоары, как правило, образуются в желудке, однако могут сформироваться и в двенадцатиперстной кишке, и в пищеводе.

Известно много различных безоаров: фито-, трихо-, щеллако-, пиксо-, себо-, гемато-, лакто-, псевдо-, полибезоары и др. Скорость их образования зависит от органической природы и составляет от 1–5 дней до 16 лет. В зависимости от срока формирования безоары могут иметь консистенцию от мягкой до плотности природного камня. Они бывают единичными и множественными, чаще темно-коричневого или зеленого цвета [1, 2].

Предрасполагающими причинами образования безоаров считают плохое пережевывание пищи, снижение секреторной функции желудка и нарушение эвакуации содержимого из него, спаечную болезнь брюшной полости. Безоары могут встречаться у лиц, перенесших операцию по поводу язвы желудка или двенадцатиперстной кишки — резекцию желудка или ваготомию с пилоропластикой. Располагаются они обычно в верхней части культи желудка, в тон-

кой кишке. Считается, что после ваготомии и пилоропластики или антрумэктомии в тонкую кишку поступают крупные куски относительно непереваренных пищевых продуктов, которые в дальнейшем могут вызывать кишечную непроходимость [1, 3].

Клиническая картина безоаров желудка разнообразна, зависит от природы, размера, массы, локализации и давности их образования, а также от нервно-психического состояния больных и осложнений, связанных с безоаром. Специфических клинических признаков нет. Обычно в первое время симптомов мало: безоар может длительное время находиться в желудке, не вызывая особых нарушений, сопровождаясь лишь снижением массы тела. По мере роста безоара периодически появляются боли и чувство тяжести в подложечной области, чувство быстрого переполнения желудка, распирание в эпигастрии, тошнота, рвота, отрыжка тухлым. Боли чаще тупые, но могут быть схваткообразными, распространяясь на низ живота, что бывает обусловлено частичной или полной закупоркой тонкой кишки [4].

Растущий безоар постепенно заполняет просвет выходной части желудка или кишки и вызывает явления непроходимости. Одно из наиболее частых осложнений безоаров — изъязвление желудка вследствие пролежня стенки, гастроптоз. Причиной образования язв являются нарушение кровообращения в слизистой оболочке и некроз стенки. Иногда встречается кровотечение из язвы и множественных эрозий. Большие и плотные безоары могут вызвать перфорацию стенки желудка с развитием перитонита. Описаны единичные случаи попадания безоарного камня из желудка в тонкую кишку, ее обтурации и разви-

тия острой непроходимости с возможной перфорацией кишечной стенки [2, 3].

Как любое инородное тело, безоар небольших размеров может выйти самостоятельно. Менее плотные (фито-, пиксо-, себобезоары) удаляют эндоскопически: проводят извлечение с помощью гастроскопа после предварительного дробления. Неудачные попытки являются показанием к оперативному лечению. Лечение плотных и осложненных безоаров — только хирургическое.

Клинический случай

Больной О., 49 лет, поступил с жалобами на резкую боль по всему животу, вздутие живота, тошноту, рвоту, отсутствие стула в течение 3 суток.

Из анамнеза: заболел за 4 ч до обращения, когда появились вышеуказанные жалобы. Страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в течение 30 лет, в 1984 г. оперирован по поводу прободной язвы двенадцатиперстной кишки: проведено ушивание язвы, выполнена селективная проксимальная ваготомия. После операции имели место сезонные обострения, в связи с чем лечился амбулаторно и стационарно. Туберкулез, вирусные гепатиты исключены.

Объективно при поступлении: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, влажные. Язык сухой, обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, ритм сердечных сокращений правильный, тахикардия. АД — 130/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений — 98 в 1 мин. Температура тела — 37,4 °С. Живот вздут, при пальпации — резкая болезненность по всему животу. Печень — у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: гемоглобин — 115 г/л, эритроциты — $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты — $8,6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ — 25 мм/ч, палочкоядерные — 10 %, эозинофилы — 3 %, сегментоядерные — 55 %, лимфоциты — 32 %. Общий анализ мочи — без особенностей. Биохимический анализ крови: общий билирубин — 15,0 ммоль/л, прямой — 4,3 ммоль/л, АЛТ — 0,38 ммоль/л, АСТ — 0,24 ммоль/л, глюкоза — 4,8 ммоль/л, амилаза — 33,6 г/л.

На обзорном снимке органов брюшной полости (рис. 1) — чаши Клойбера, свидетельствующие об острой кишечной непроходимости. Для уточнения уровня препятствия проведено рентгенологическое исследование кишечника с барием (рис. 2).

В результате обследования больному был установлен диагноз: острая обтурационная тонкокишечная непроходимость. В ургентном порядке пациенту выполнена операция: лапаротомия,

гастротомия, энтеротомия с удалением 8 фрагментов инородных тел: из желудка (2 фрагмента), тонкого кишечника (6), проведена трансанальная интубация кишечника.

Макроскопическое описание фрагмента безоара (рис. 3): «колбасообразное» образование диаметром до 4 см и длиной 7 см коричневой окраски, на разломе — ярко-оранжевой. По консистенции — мягкий, легко разламывается, но не крошится, оставляет на оберточной ткани жирные следы в виде пятен.

Микроскопия безоара: образование состоит из гомогенных, прозрачных, длинных переплетающихся нитей, напоминающих полимерные волокна, которые в 10 раз тоньше человеческого волоса, а также из желчных кислот, дрожжеподобных грибов, мелких округлых кристаллов.

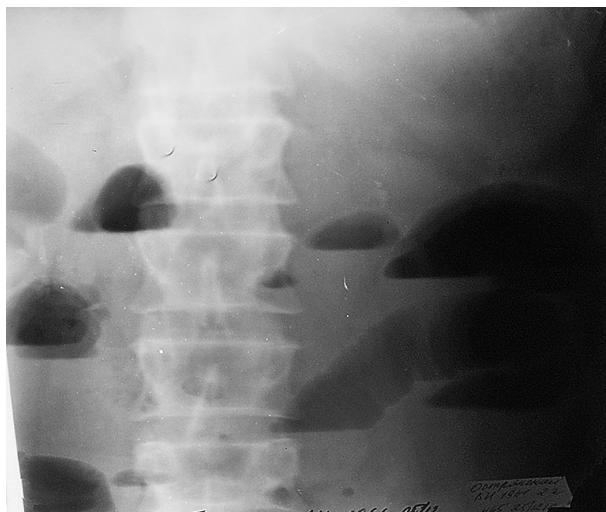


Рис. 1. Рентгенограмма органов брюшной полости больного О.

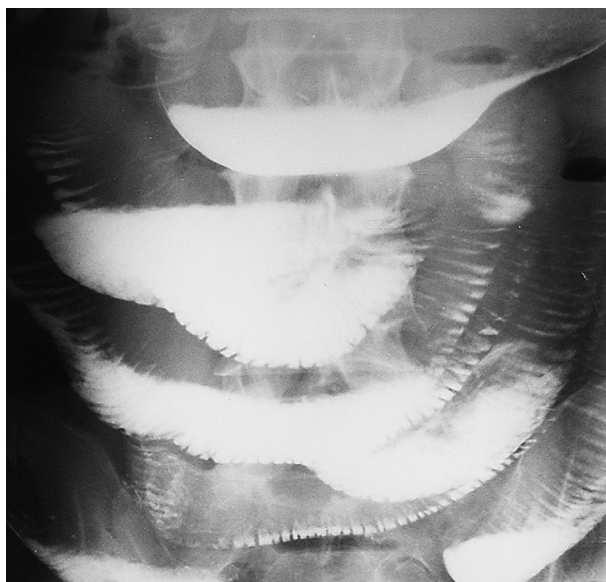


Рис. 2. Рентгенограмма кишечника больного О. с барием

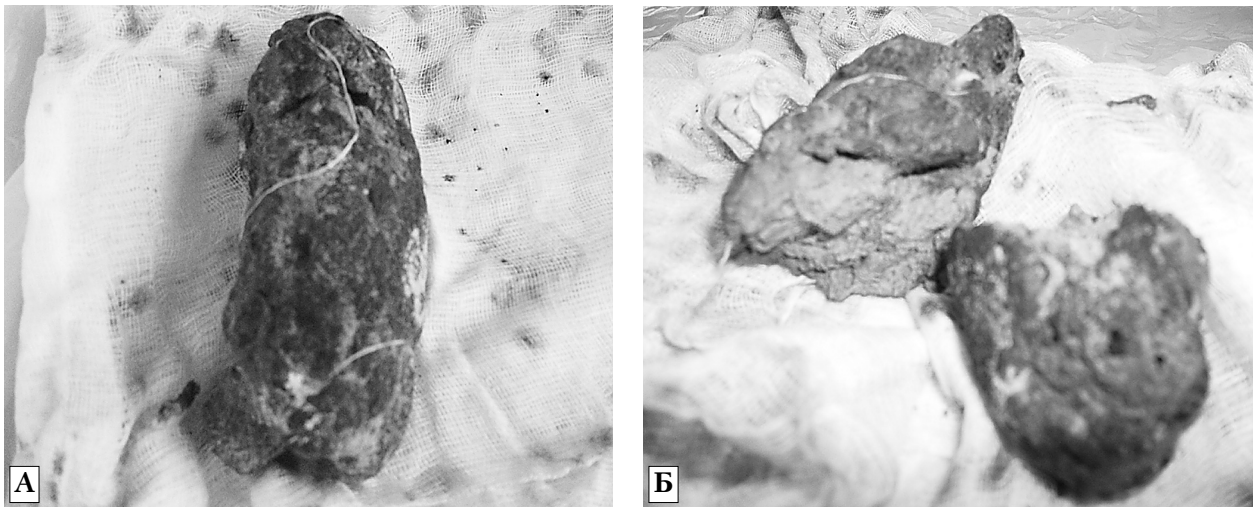


Рис. 3. Внешний вид (А) и вид на разломе (Б) фрагмента безоара тонкого кишечника

Послеоперационный период протекал тяжело. Больной получал массивную антибактериальную и дезинтоксикационную терапию. Зонд удален на 8-е сутки после операции. Постепенно состояние пациента улучшалось, и на 24-е сутки он был выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. Показатели общих анализов крови и мочи в норме.

Через 3 мес после операции пациент поступил в отделение заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки для обследования в динамике. При поступлении жалобы на дискомфорт в верхней половине живота, утомляемость. Стул и диурез в норме.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, влажные. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, ритм сердечных сокращений правильный. АД — 120/70 мм рт. ст., частота сердечных сокращений — 68 в 1 мин. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии, правом подреберье. Печень — у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Общий анализ крови: гемоглобин — 146 г/л, эритроциты — $4,7 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты — $4,2 \cdot 10^9$ /л, СОЭ — 2 мм/ч, палочкоядерные — 4 %, сегментоядерные — 72 %, лимфоциты — 20 %. Общий анализ мочи: без особенностей. Биохимический анализ крови: общий билирубин — 15,3 ммоль/л, прямой — 4,4 ммоль/л, АЛТ — 0,36 ммоль/л, глюкоза — 4,3 ммоль/л, амилаза — 20,8 г/л.

Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС). Заключение: оперированный желудок. Эритематозная гастропатия (антральный отдел), деформация антрального и пилоробульбарного отделов, умеренно выраженная. Дуоденогастральный рефлюкс. Дуоденопатия. Уреазный тест — отрицательный.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Заключение: признаки хронического холецистита. Диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы.

Рентгенологическое исследование органов желудочно-кишечного тракта: пищевод свободно проходим, стенки четкие. Желудок натощак содержит слизь и жидкость, перистальтика по обеим кривизнам, рельеф слизистой выражен, антральный отдел и луковица двенадцатиперстной кишки деформированы, определяется заброс бария из двенадцатиперстной кишки в желудок. Пассаж по кишечнику не нарушен — через 1 ч обнаружены следы бария в желудке. Основная масса — по ходу петель тонкого кишечника. Заключение: оперированный желудок. Рубцовая деформация желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки. Дуоденогастральный рефлюкс.

Исследование желудочного сока: нормоацидная секреция с сохраненной функцией главных клеток и сниженной функцией поверхностно-эпителиальных клеток. pH — 1,6. Пепсин — 0,98 мг/мл. Гликопротеин — 0,05 мг/мл. Эти данные ставят под сомнение эффективность выполненной ранее проксимальной селективной ваготомии.

Таким образом, общее состояние пациента можно было оценить как удовлетворительное. Больной соблюдает диету, вернулся к привычному образу жизни, однако качество жизни снизилось.

Основной вопрос, требующий выяснения, — что могло послужить причиной возникновения безоара?

Найти ответ удалось с помощью тщательного сбора анамнеза.

За 10 мес до операции пациенту была проведена ФГДС. При исследовании эрозивно-язвенных изменений инородных тел обнаружено не

было. Тщательный опрос пациента показал, что, учитывая соблюдение диеты, употребляемые продукты не могли способствовать возникновению безоара. Однако уточнено, что за 6 мес до операции по поводу вегетативно-сосудистой дистонии (со слов больного) пациент прошел курс лечения биологически активной добавкой в виде капсул импортного производства. По инструкции капсулы необходимо было принимать по 5 штук 3 раза в сутки в течение 10 дней. Таким образом, общее количество принятых капсул составило 150.

Представленная больным капсула имела шаровидную форму 0,6 см в диаметре, полупрозрачная, плотная, несжимаемая. Исследование капсулы в желудочном соке пациента, изъятном при ФГДС, показало, что через 3 суток капсула деформировалась, но не растворилась; через 7 — «раскрылась» (рис. 4), содержимое прилипло к стенкам пробирки, консистенция вязкая, адгезивность высокая — любой опущенный в исследуемую пробирку ингредиент плотно соединялся с ней.

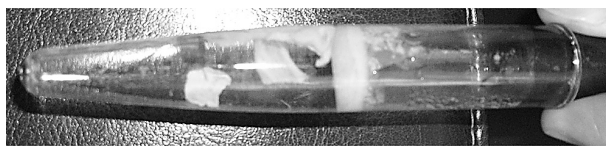


Рис. 4. Капсула, помещенная в пробирку с желудочным соком пациента О. (7-е сутки наблюдения)

Учитывая это, а также то, что, согласно описанию микроскопии, в состав безоара входили полимерные волокна, мы предположили, что причиной возникновения безоара мог быть курс приема биодобавки, нерастворяемая капсула которой послужила каркасом для его образования.

Резюмируя вышеизложенное, хочется напомнить о том, что в медицине основным остается постулат, выведенный великим Гиппократом: «Не навреди!». Каждый врач, принимая решение о назначении лекарственного препарата или, казалось бы, безобидной биологически активной добавки должен оценить соотношение вреда и пользы от этого назначения.

Список литературы

1. Безоары // БМЭ.— М.: Сов. энциклопедия, 1977.— Т. 2.— С. 599—600.
2. Хирургические болезни / Под ред. М.И. Кузина.— М.: Медицина, 1986.— 320 с.
3. Шубин В.Н. Редкие хирургические болезни.— Казань: Изд-во Казан. ун-та, 1969.— 278 с.
4. Щербинина М.Б. К вопросу об инородных телах желудка у человека // Сучасна гастроентерол.— 2003.— № 4 (14).— С. 24—28.

Л.М. Мосійчук, Т.В. Бондаренко, І.О. Васильєва

Клінічний випадок безоару шлунка і тонкої кишки

У статті описано клінічний випадок утворення безоарів у шлунку і тонкій кишці в результаті курсового застосування біологічно активної харчової добавки, що викликало у пацієнта кишкову непрохідність.

L.N. Mosiychuk, T.V. Bondarenko, I.A. Vasilyeva

A clinical case of bezoars in the stomach and small intestine

The article describes a clinical case of bezoars formation in the stomach and small intestine, resulted from the use of specific nutritional component that caused intestinal obstruction in the patient.

Контактна інформація

Мосійчук Лідія Миколаївна, д. мед. н., заст. директора з наукової роботи
49074, м. Дніпропетровськ, просп. ім. газети «Правда», 96
E-mail: lidiya_gastro@list.ru

Стаття надійшла до редакції 7 грудня 2011 р.