

Г. М. Сагателян

К вопросу о безоарах желудка

Безоары представляют собою тела, имеющие растительное или животное происхождение, которые образуются и развиваются в желудке. Они могут быть образованы из волос (trichobezoar), из шерсти (pilobezoar), из косточек различных фруктов (phytobezoar), из жиров (sebobezoar) и т. п. Безоары, появившиеся в желудке, могут постепенно увеличиваться как в размерах, так и в весе путем последующего наслоения веществами, образующими их. Иногда, увеличиваясь, они могут охватить всю полость желудка, приобретая форму последнего.

О происхождении слова безоар имеются два предположения. Согласно первому такое название дано по наименованию специальных горных коз, именуемых безоарами. Эти козы имеют привычку постоянно облизывать свою шкуру и, следовательно, вводить в желудок волосы. Последние, попадая в желудок, сливаются в комок и под влиянием желудочного сока прилипают друг к другу, образуя волосяные шарики. Эти шарики постепенно увеличиваются в размерах вследствие наслоения новых волос и благодаря перистальтике стенок желудка отшлифовываются и превращаются в подвижные шары.

По второму предположению слово безоар происходит от арабского слова «бездара», которым именуются камни, обнаруженные в желудках ряда животных.

Впервые о безоарах упоминается в XVI веке известным хирургом Амбруаз-Парэ (Ambroise Paré).

Шрайберу в 1826 году удается диагностировать безоар даже клинически. В дальнейшем появляются все новые и новые сообщения и описания случаев безоаров.

Открытие рентгеновых лучей дало возможность легче диагностировать безоары.

Статистические данные о частоте безоаров выглядят следующим образом: Тихов (1916) из мировой литературы набрал всего два случая безоара, эта цифра уже в 1923 г. доходит до 50 (Корсенская [9]). Галстян [4] до 1939 г. из литературы набрал 52 случая.

Зелько [7] описывает еще 3 случая безоара, образовавшихся из косточек кавказской хурмы у пациентов в возрасте четырех, семи и тридцати девяти лет. В 1936 г. Сарчимелия [13] описывает один случай безоара у 28-летнего пациента. У вышеуказанного больного была привычка выпивать в теплом виде козье сало с молоком. Остывшее и затвердевшее в желудке сало образовало один довольно большой шарик (Seho-

bezoar), который постоянно, в течение двух лет, беспокоил пациента. Впоследствии путем надавливания и массажа живота себобезоар был раздроблен на мелкие куски, вышедшие естественным путем. Описанный случай автор считает единственным.

В 1928 году Часовников [14] описывает один случай безоара у пациента 51 года, который клинически был диагностирован как рак желудка, стеноз привратника и метастаза в селезенке. Описанный случай рентгенологически не был исследован. Однако операцией была установлена настоящая сущность заболевания, т. е. был обнаружен безоар.

В 1939 году Владимирцев [3] описывает один случай рhytobezoar'a у трехлетнего ребенка, образовавшегося из косточек кавказской хурмы. Последний в течение нескольких дней после своего возникновения приобрел такую затверделость, что даже молотком трудно было его раздробить. Указанный безоар, который смело мог бы быть назван «каменем» имел длину в 21 см и диаметр—10 см.

Галстян [4] приводит случай trichobezoar'a у десятилетнего ребенка, который после оперативного удаления имел форму желудка и 12-ти перстной кишки и доходил огромных размеров. По признанию отца ребенок имел привычку глотать волосы и шерсть.

В 1944 году Батыгина [9] описывает один случай trichobezoar'a весом в 220 граммов.

Какубава [8] описал два случая безоара у детей в возрасте трех и тринадцати лет. Первый ребенок оперировался, у него был удален безоар, состоящий из косточек кавказской хурмы, а второй избавился от «опухли» благодаря принятому 10% раствору соды и боржомской воды, под действием которых безоар распался на мелкие части и выпал.

Саканделидзе [12] описал 4 случая безоара, которые также были образованы косточками кавказской хурмы. Все описанные случаи оперированы, удалены безоары, имеющие от 200 до 860 граммов веса.

Корсенская [9] описала три случая безоара, образованные из вещества растительного происхождения. Все три случая клинически были диагностированы как опухоли, а оперативно установлено наличие фитобезоаров.

Клинические симптомы безоаров чрезвычайно разнообразны. Они иногда дают такие симптомы, которые с большой легкостью могут имитировать опухоли в желудке как доброкачественные, так и злокачественные. Больными отмечается ощущение тяжести в области желудка, особенно после приема пищи, тошноты, рвоты, нередко боли в подложечной области. При пальпации области желудка прощупываются плотные, различной формы и величины, в большинстве случаев подвижные образования. В случаях, когда «опухоль» имеет небольшие размеры, последняя свободно перемещается и как бы ускользает из-под пальцев. Большие же безоары сравнительно малоподвижны или даже оказываются неподвижными. Обычно эти образования перемещаются вместе с желудком. Нужно отметить, что благодаря неопределенности симптомов при

наличия безоаров, последние очень часто пропускаются лечебниками, и даже о них редко думают. Обычно же их принимают за другие заболевания, главным образом опухоли. Некоторые авторы диагностику безоаров считают трудной, а заболевание опасным для больных. Однако нужно сказать, что врачи, знающие о существовании этого заболевания, почти всегда могут прийти к определенному заключению о наличии безоаров, обращая серьезное внимание на имеющиеся симптомы.

Для диагностики безоаров основное значение приобретает рентгенологический метод исследования, дающий ряд довольно характерных симптомов. При рентгенологическом исследовании ясно видно, как принятая бариевая взвесь, доходя до этого образования, обтекает его со всех сторон, образуя округлой или овальной формы дефект наполнения. Самым характерным рентгенологическим признаком нужно считать непостоянство локализации безоара: по мере наполнения желудка контрастным веществом меняется местоположение дефекта наполнения: то он находится на поверхности контрастной взвеси, покрытой небольшим толстым слоем бария, то он находится в самой толще контрастного вещества. Он может давать дефект наполнения как на контурах, так и в центре желудка.

Под контролем рентгеновского экрана исследователю удастся надавливанием на желудок переместить безоар в полости желудка в различные части его. В тех случаях, когда безоар доходит больших размеров и заполняет желудок, при рентгенологическом исследовании можно установить, помимо резкого уменьшения емкости желудка, большой дефект наполнения, причем барий тонким слоем окружает безоар со всех сторон. В этих случаях, если образование заполняет также фундальный отдел, то газовый пузырь желудка уменьшается в размерах, или он может вовсе отсутствовать, т. е. быть полностью замещенным безоаром.

Вышеуказанные симптомы настолько характерны, что внимательный исследователь почти всегда может установить наличие безоаров и, тем самым, исключить возможность смешения их с опухолями. В некоторых случаях их можно спутать с полипами на ножках, однако безоары отличаются от полипов своим неограниченным смещением в полости желудка, и последние экскурсируют в ограниченных рамках длины ножки, на которой они развиваются.

Наконец большое диагностическое значение имеют в этом вопросе рентгенологические исследования слизистой желудка, с применением прицельных снимков.

При безоарах слизистая часто почти или вовсе не изменена, тогда как при опухолевых заболеваниях желудка слизистая всегда оказывается измененной.

В тех случаях, когда безоар постоянным своим воздействием на слизистую вызывает те или иные реактивные отклонения от нормы, последние рентгенологически можно дифференцировать.

При опухолях на рентгеновской картине мы видим прерывание скла-

док слизистой на макроскопической границе опухоли и полное исчезновение их в области самой опухоли. При безоарах же могут быть изменения со стороны складок, в виде утолщения или наоборот истончения вследствие образовавшегося гастрита как вторичное явление, вызванное присутствием безоаров.

В настоящей работе приводим описание 7 случаев безоаров желудка.

Случай 1. Больной С. А., 40 лет, служащий, явился в рентгеновский кабинет I клинической больницы 21 апреля 1939 года с жалобами на общую слабость, отсутствие аппетита, чувство вздутия в желудке. В последнее время болел кровавой дизентерией. В настоящем со стороны кишек жалоб не имеет.

Органы грудной клетки рентгенологически не изменены. Анализы крови, желудочного сока и флоры отклонений от нормы не обнаруживают.

Желудок разворачивается по гипотоническому типу, формы крючка, контуры гладкие. В теле желудка отмечается округлой формы дефект заполнения с гладкими и четкими контурами. Под экраном прощупывается довольно плотное образование, которое по своей локализации соответствует месту дефекта заполнения. Данное образование подвижно и, при исследовании рукой, перемещается с легкостью в полости желудка в разные его участки. Пальпация желудка и, в особенности области самого образования, болезненна, эвакуация своевременная. Перистальтика усилена. Двенадцатиперстная кишка изменений не представляет. Через 24 часа Р. С. в желудке остаточного бария нет. Толстые кишки равномерно заполнены.

Заключение: безоар желудка (рис. 1).

Случай 2. Больной П. С., 22 лет, шофер. Явился на поликлинический прием в кабинет рентгенодиагностики желудочно-кишечного тракта 27 июля 1947 года с диагнозом язвы двенадцатиперстной кишки.

Больной жалуется на боли в области желудка, усиливающиеся после приема пищи. Боли неопределенного характера. Аппетит хороший. Однако больной неохотно принимает пищу ввиду появления боли после еды. Со стороны кишек жалоб нет. Похудания не отмечает.

Органы грудной клетки, желудочный сок и кровь в пределах нормы.

Желудок разворачивается по ортотоническому типу, формы крючка, складки слизистой без заметных изменений. Направление и калибр их нормальные. Контуры желудка гладкие. Перистальтика живая с нормальными волнами. В полости желудка отмечается округлой формы подвижное образование, не связанное со стенками желудка и свободно смещающееся в его полости, поднимаясь на поверхность бария под давлением руки и спускаясь вниз при освобождении от давления. Амплитуда движений этого образования максимальная, т. е. оно может с нижнего полюса желудка и препилорической области передвигаться до самого свода его. Эвакуация свободная. Двенадцатиперстная кишка без изменений. Также не изменены и толстые кишки.

Заключение: безоар желудка (рис. 2, 3, 4).



Рис. 1. Желудок заполнен бариевой взвесью. В среднем отделе тела желудка виден участок просветления округлой формы, с четкими контурами (случай первый).



Рис. 2. На силуэте заполненного барием желудка имеется довольно большой центральный дефект наполнения, с четкими контурами (случай второй).



Рис. 3. Тот же случай, что на рисунке 2. Образование находится на поверхности бариевой взвеси, нижняя половина его погружена в барий.



Рис. 4. Тот же случай: видны нормальные складки слизистой желудка. Образование приподнято вверх в область свода. Тень безоара не видна ввиду отсутствия бария на его поверхности.

В описанном случае источником ошибочного заключения клинических исследований являлась боль, которая дезориентировала врачей, несмотря даже на наличие прощупываемой опухоли.

Случай 3. Больная А. А., 43 лет, служащая. Направлена в Ереванский институт рентгенологии и онкологии из Института физических методов лечения 5.V.1948 г. с диагнозом: новообразование желудка.

Больная жалуется на головокружение, тошноту и рвоту, появившиеся у нее с начала апреля того же года. Рвота не связана с приемами пищи. Болей нет. Самочувствие хорошее. После зондажа желудка рвоты прекратились. Клинические анализы отклонений от нормы не показывают.

Рентгеноскопия грудной клетки выявляет небольшое уплотнение в рты. Других изменений со стороны органов грудной клетки не отмечается. Желудок разворачивается по ортотоническому типу, формы обычного крючка. Складки слизистой не изменены, контуры гладкие. В полости желудка отмечается округлой формы просветление, которое не связано со стенками желудка. Контрастная взвесь обтекает вышеуказанное просветление *гестр.* дефект наполнения со всех сторон. Под экраном прощупывается упругое образование, соответственно месту дефекта наполнения. Эвакуация свободная. 12-перстная кишка без изменений. Толстые кишки равномерно заполнены.

Заключение: безоар желудка (рис. 5, 6, 7, 8).



Рис. 5. В средней части тела желудка отмечается округлой формы просветление, с четкими контурами (случай третий), не связанное со стенками желудка.



Рис. 6. Тот же случай, что на рис. 5, с небольшой компрессией на желудок. Видны просветление и часть складок, идущих к антральному отделу.

В этом случае некоторые симптомы, как тошнота, рвота и, что самое главное, прощупываемая «опухоль», привели лечащих к ложному диагнозу.

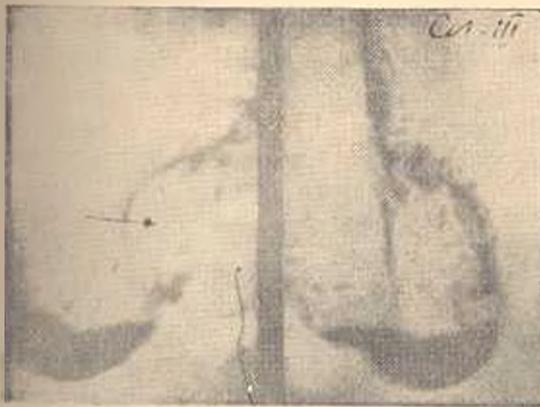


Рис. 7. Тот же случай. Снимок сделан после дачи больному небольшого количества бария (исследование рельефа слизистой) и под дозированной компрессией. Наблюдается отложение складок в сторону. Центральная часть занимает образование, которое отодвигает складки в обе стороны.



Рис. 8. Тот же случай. Видны нормальные складки слизистой желудка. Образование отодвинуто вверх до свода.

Случай 4. Больная Т. А., 65 лет, домохозяйка. Явилась в Ереванский институт рентгенологии и онкологии 4 ноября 1947 года без предварительного диагноза. Около года жалуется на боль в подложечной области, усиливающуюся после приема грубой пищи. Часто наблюдается тошнота, облегчающаяся после искусственно вызываемой рвоты. В рвотных массах следов крови не наблюдается. Отмечается некоторое похудание за последнее время. Часто страдает расстройствами кишечника, в виде поносов.

Объективно в левом подреберьи прощупывается подвижная опухоль гладкой поверхности, величиной с крупный орех. Пальпация этого образования болезненна.

Анализ желудочного сока дает понижение кислотности: общая кислотность — 8, свободная НСІ — отсутствует, связанная — 2. Реакция на кровь положительная.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки обнаруживает лишь только возрастные изменения.

Желудок разворачивается по гипотоническому типу, формы крючка. Складки слизистой желудка расширены. Контуры гладкие. В самой полости желудка отмечается овальной формы образование, дающее с четкими и резкими контурами дефект наполнения. При пальпации наблюдается некоторая упругость и соскальзывание из-под пальцев. Эвакуация свободная. Двенадцатиперстная и толстые кишки без изменений.

Заключение: безоар желудка (рис. 9).

Случай 5. Больная Х. О., 18 лет, рабочая, явилась в Ереванский институт рентгенологии и онкологии 19 октября 1950 г. с жалобами на пе-

риодические острые боли в эпигастриальной области, не связанные с приемом пищи. Временами появляются тошноты. Рвоты нет. Частое расстройство кишечника в виде поносов. Направлена в институт с подозрением на опухоль в животе.

Органы грудной клетки не изменены.

Анализ желудочного сока обнаруживает повышение кислотности: общая—88, свободная—40, связанная—44. Реакция на кровь отрицательная.

Мочи в норме. Реакция на кровь в кале отрицательная.

Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта: желудок разворачивается по ортогоническому типу, формы крючка. Складки слизистой несколько расширены. Контуры гладкие. Смещаемость и положение в норме. Эвакуация свободная. В полости желудка отмечается довольно большое образование треугольной формы с закругленными углами. Вышеуказанное образование свободно перемещается ввиду несвязанности его со стенками желудка. При пальпации отмечается упругость самого образования и болезненность при надавливании на него. 12-перстная кишка без изменений.



Рис. 9. В верхнем отделе тела желудка отмечается овальной формы просветление с четкими контурами. Барий обтекает образование со всех сторон (случай четвертый).

Через 24 часа небольшой остаток бария в толстых кишках.

Заключение: безоар желудка (рис. 10, 11).

Случай 6. Больной Г. В., 21 года, студент, явился в Рентгенологический институт с жалобами на постоянные острые боли в подложечной области, изжоги, тошноты. Больным считает себя три года.

Рентгенологическое исследование: желудок разворачивается по ортогоническому типу в форме крючка. Складка слизистой без видимых изменений, контуры гладкие. Смещаемость и положение в норме. В желудке имеются от 6—7 свободно перемещающихся шариков величиной в крупный орех. Некоторые из них гладкие, а остальные с неровными контурами. Эвакуация своевременная. Луковница двенадцатиперстной кишки не изменена. При повторном исследовании через 17 дней картина такая же.

Заключение: множественные безоары желудка (рис. 12).

Случай 7. Больной Н. М., 67 лет, жалуется на боли в эпигастриальной области, усиливающиеся после приема пищи. Желудочный сок: общая кислотность—10, связанная HCl—0, свободная HCl—0,

Рентгенологическое исследование желудка: желудок атоничен, опущен. Складки слизистой атрофичные. В полости желудка отмечается округлой формы образование, с гладкими и четкими контурами, величиной в орех. Вышеуказанное образование не имеет никакой связи со стенками желудка.



Рис. 10. На частичном снимке желудка видно большое просветление в тени желудка, окруженное бариевым веществом. Форма просветления треугольная, с закругленными углами (случай пятый).

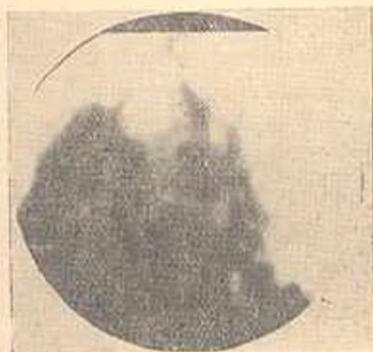


Рис. 11. Тот же случай, что на рис. 10, видны нормальные складки слизистой желудка на месте образования смещенного в другой участок желудка.

ками желудка и свободно перемещается в нем. Эвакуация нормальная. Луковица двенадцатиперстной кишки в норме.

Заключение: безоар желудка (рис. 13).



Рис. 12. Множественные округлой формы просветления в полости желудка.

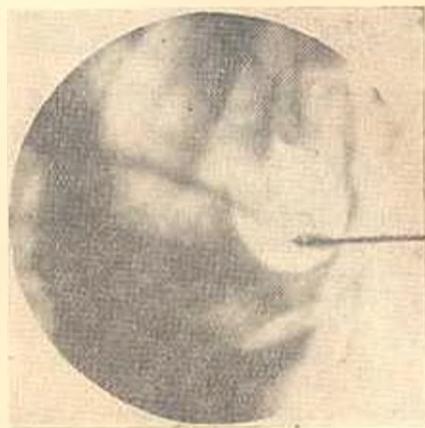


Рис. 13. Большое округлой формы просветление в полости желудка.

Все перечисленные больные за период от 1 до 11 лет наблюдения исследовались систематически и все больные, за исключением четвертого случая, которая скончалась от рака матки через 2 года 7 месяцев после первого рентгенологического исследования желудка, и у которой был обнаружен безоар, живы и чувствуют себя так же как и при первом исследовании.

В ы в о д ы

1. Безоары не являются редким образованием как полагают многие авторы. Внимательное рентгенологическое исследование и знание рентгенологической симптоматологии позволяет выявлять больше случаев, чем это мы имели по настоящее время.

2. Безоары не имеют основных и характерных клинических симптомов, поэтому без рентгенологического метода исследования нельзя в точности установить сущность заболевания.

3. Из рентгенологических симптомов основными нужно считать неограниченное, свободное смещение образования в полости желудка во все его участки, относительно небольшое, или почти не измененное состояние складок слизистой желудка.

4. При рентгенологической дифференциации безоаров от полипов необходимо исходить из характера и масштаба подвижности образований. При безоарах подвижность не ограничена, за исключением больших образований, занимающих большую часть полости желудка, при полипах же подвижность лимитируется длиной ножки их.

Институт рентгенологии
и онкологии

Поступило 23 VI 1951

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Н. Б. Антслага — К вопросу о пищевых камнях желудка. Сов. вр. газета, 2. стр. 115—118, 1935.
2. Н. И. Батыгина — Случай волосистой опухоли желудка. Журн. Хирургия, 8, стр. 82, 1944.
3. С. И. Владимирцев — Растительный камень в желудке. Каз. мед. журнал, 4, стр. 83, 1939.
4. С. Н. Галстяк — К казуистике инородных тел желудка (trichobezoar). Нов. хир. арх., т. 14, 2—3, стр. 206—208, 1939.
5. Н. А. Гордон — К вопросу о конкрементах желудка. Вести. хир., 100, стр. 159, 1934.
6. Б. С. Джпаридзе — Камень желудка. Каз. мед. журн., 9, стр. 1134—1135, 1937.
7. Н. И. Зенько — К рентгенодиагностике безоаров. Вести. рентг. и радиол., т. XXIV, вып. 1, 1940.
8. К. А. Какубава — Камень желудка. Журн. Хирургия, 2, стр. 81, 1946.
9. Л. А. Корсенская — К вопросу о псевдо-опухолях желудка. Вест. хир., т. 57, 6, стр. 41—42, 1947.
10. Е. М. Ланда — К казуистике доброкачественных опухолей желудка. Тр. Одесской 2-й клин. б-цы, т. 5, Одесса, 1947.
11. Т. П. Макаренко — Камень желудка. Сов. хир., т. 5, 4, стр. 100, 1933.
12. А. Д. Саканделидзе — К вопросу об образовании инородных тел из растительной клетчатки (хурмы). Журн. Хирургия, 2, стр. 81—83, 1946.
13. Л. Г. Сарцимелия — Редкий случай инородного тела в желудке. Сов. врач. журн., 20, 1936.
14. П. Г. Часовников — О безоарах в желудке человека. Одесск. мед. журн., 2, стр. 117—124, 1928.

Ա Մ Փ Ո Փ Ո Ւ Մ

ՄՏԱՄՈՔՍԻ ԲԵՋՈՍՐՆԵՐԻ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՁԸ

Ա Մ Փ Ո Փ Ո Ւ Մ

Բնզոարները բուսական կամ կենդանական ծագում ունեցող մարմիններ են, որոնք գոյանում են ստամոքսում և մեծ անհանդատություն են պատճառում հիվանդներին:

Ստամոքսի հիվանդությունները դիագնոստիկայի մեջ բնզոարները որոշ տեղ են գրավում: Երանք կարող են շփոթվել սւրբիշ հիվանդությունների, հատկապես ստամոքսի ուռուցքների հետ այն պատճառով, որ շունեն բնորոշ ախտանիշներ: Բեզոարների ճիշտ դիագնոստիկան հիմնված է ռենտգենյան հետազոտության մեթոդի վրա: Այսպիսի քննությանը հնարավորություն է տալիս պարզ տեսնելու բնզոարը:

Ռենտգենարանական հետազոտման ժամանակ մեծ նշանակություն ունի ստամոքսի լորձաթաղանթի քննությունը, որը բնզոարների ժամանակ համարյա փոփոխված չի լինում, կամ փոփոխված է բնզոարից առաջացած ռեակտիվ պրոցեսների ազդեցությամբ, մինչդեռ ուռուցքների ժամանակ լորձաթաղանթի ծայքերը կտրտված են, իսկ բուն ուռուցքի շրջանում բուլախայտում են:

Ռենտգենարանական երկրորդ հիմնական ախտանիշը պետք է համարել բնզոարների անսահմանափակ շարժունությունը ստամոքսի խոռոչում: Ուռուցքները, ինչպես հայտնի է, լինում են անշարժ կպած ստամոքսի պատին:

Ելնելով այդ բոլորից, յուրաքանչյուր դեպքում, ստամոքսի հիվանդությունների ժամանակ անհրաժեշտ է հետազոտել ռենտգենարանորեն, որպես կանոն՝ ուշադրություն դարձնելով վերահիշյալ նշանների վրա: