

К вопросу об этиологии возникновения безоаров и эндоскопия как метод их лечения

Н.А. Ванян

*Отделение диагностики Медицинского центра “Мурацан”
ЕГМУ им. М. Герацци
0041, Ереван, ул. Мурацана, 114*

Ключевые слова: безоар, эвакуаторные нарушения, кишечная непроходимость, инородное тело

Безоары представляют собой шарообразные плотные конгломераты из растительных волокон. Безоары – это совершенно исключительные инородные тела, которые локализуются в желудке. В 1956 г. безоар описал Stefan, а еще раньше об этом писали Devis и Nemec. Различают безоары растительного происхождения (фитобезоары), волосяного (трихобезоары), жирового (себобезоары). Величина их (диаметр) может колебаться от 2 – 10 см до огромных размеров, заполняя почти весь желудок.

Трихобезоары образуются вследствие дурной привычки глотать волосы. Они встречаются, в основном, у эмоциональных неуравновешенных людей и клинически проявляются хроническими осложнениями на протяжении многих лет.

Фитобезоары чаще выявляются у лиц, проживающих в южных районах, где едят много фруктов, содержащих жидкие вещества и клетчатку. Склеиваясь, они образуют плотную массу, которая постепенно увеличивается и превращается в округлое опухолевидное образование [4]. Возможно образование фитобезоара из мелких косточек [1].

При пальпации эпигастральной области обнаруживаются образования различной пальпаторной чувствительности [7,8]. Диагноз можно подтвердить и рентгенологическим исследованием.

У нас были диагностированы четыре случая безоара. Дважды – трихобезоар (у пациенток 14 и 18 лет) и два случая фитобезоара (мужчина 60 лет и женщина 55 лет). В первых двух случаях с целью удаления образования было произведено оперативное – хирургическое вмешательство, в последних двух случаях удаление образования производилось эндоскопическим путем, гастродуоденоскопом EVIS EXSERA II -180 фирмы Olympus.

Приводим наблюдения:

Больной Ш.С., 60 лет, жаловался на тяжесть в эпигастральной области, потерю аппетита и отвращение к еде, особенно твердой пище. Пальпаторно в эпигастральной области определялось твердое образование. При гастроскопии в желудке обнаружилось оформленное, округлое, капсулированное слизью образование диаметром 10 – 12 см, инородное тело, состоящее из непереваренных волокон – фруктовой клетчатки (чернослива и яблок), кожуры и косточек, фрагментов куриного мяса. Образование полностью заполняло антральную область. По причине длительного нахождения объемного инородного тела в желудке (что вызывает гиперсекрецию желудка и механическое раздражение) на слизистой образовалась пептическая язва размерами 1,5 см с глубоким дном и налетом фибрина на дне. Окружающие ткани были резко гиперемированы.

Только местным обезболиванием слизистой заглоточного кольца 10% лидокаином была произведена эндоскопическая фрагментация образования на мелкие кусочки диаметром 1 см с помощью эндоскопических захватывающих щипцов типа треножника, пятиножника и w-образной челюсти. После процедуры больному было рекомендовано увеличить прием жидкости, по возможности больше ходить, исключить твердую пищу. Через сутки проведена контрольная гастроскопия, которая показала полное прохождение фрагментированного фитобезоара через пилорический канал. Просветы желудка и двенадцатиперстной кишки были полностью свободны. Больному также была назначена противовоспалительная терапия.

Во втором случае у пациентки С.А., 55 лет, жалобы были схожие, но размеры образования были меньше – диаметр 8 см. Безоар состоял из яблочной кожуры, косточек и шелухи семечек. Удаление производилось тем же методом.

Больная отмечала боль в околопупочной области, сопровождаемую тошнотой, анорексией на протяжении 3 месяцев. Постоянное чувство дискомфорта и тяжести в эпигастральной области, усиливающееся особенно после приема пищи. Отмечались изменения частоты стула (запоры чередовались частым опорожнением кишечника) и метеоризм, а также частая головная боль и плохой сон.

Безоары возникают на фоне нарушения моторики. Дополнительным фактором может стать слишком узкое выходное отверстие из желудка. Безоары чаще обнаруживаются у лиц, которым была произведена ваготомия и резекция желудка. Большие безоары могут вызывать клиническую картину непроходимости [2,5].

В процессе возникновения безоаров имеют место нарушения деятельности физиологии пищеварения, когда моторно-эвакуаторная и секреторная функции желудочно-кишечного тракта ущербны. Причинами этого процесса могут стать нервно-психические напряжения и нарушения режи-

ма. Расстройства моторной функции желудка могут проявляться в виде атонии или гипотонии желудка, при гастроспазме, кардиоспазме, спазме привратника и ДПК. Эти функциональные расстройства могут сопровождаться дисфункцией секреторной деятельности, которая проявляется в виде гипо-, гипер- или отсутствием секреции. Гиперсекреция может быть результатом продолжительного нервно-психического напряжения. Степень кислотности зависит от давности заболевания. В настоящее время доказано, что практически у всех больных синдромом раздраженного кишечника (СРК) отмечается значительное снижение порога висцеральной, в том числе болевой, чувствительности рецепторов кишечной стенки (висцеральная гиперчувствительность и гиперальгезия). У большинства больных СРК выявляются выраженные вегетативные нарушения с преобладанием парасимпатической активности [6]. В реализации описанного повышения возбудимости центральной и вегетативной нервной системы, а также периферических рецепторов кишечной стенки важную роль играет нарушение баланса нейротрансмиттеров и регуляторных пептидов, контролирующих основные кишечные функции гормонов-констрикторов, стимулирующих двигательную активность кишечника (гастрин, холецистокинин, мотилин, энкефалины), и гормонов-дилататоров, уменьшающих моторику кишечника (ВИП, соматостатин, глюкагон) [3].

В последнее время существенное значение в регуляции разнообразных функций органов желудочно-кишечного тракта придается гормону мелатонину, который синтезируется в клетках слизистой оболочки и эпифизе. Мелатонин ингибирует моторику органов желудочно-кишечного тракта.

В норме пищеварение в желудке происходит поэтапно – фазами. Вначале – мозговая фаза, когда происходит раздражение слуховых, зрительных и обонятельных рецепторов при виде пищи, а также во время пережевывания, глотания и прохождения через пищевод. Далее наступает желудочная (гастральная) фаза, которая начинается при попадании пищи в желудок и раздражении хемо- и механорецепторов. Секретция желудочного сока в норме наступает через 30 минут. После желудочной фазы в норме наступает кишечная (интестинальная) фаза, когда должен происходить переход расщепленной пищи из желудка в кишечник. Эта фаза длится от 1 до 3 часов.

Чистый желудочный сок, необходимый для процесса пищеварения, – это прозрачная жидкость кислой реакции. Он содержит протеолитические энзимы, желатиназу, химозин, липазу, лизоцим и муцин. Лизоцим и муцин обладают бактерицидной и защитной функцией. Избыточная выработка этих энзимов может стать благоприятной предпосылкой для образования безоаров.

При хроническом течении функциональных расстройств (как моторно-эвакуаторных, так и секреторных) может возникнуть нарушение

вышеперечисленных этапов, т.е. нарушение последовательности процессов пищеварения, и привести к морфологическим изменениям слизистой гастродуоденального сегмента, что в свою очередь может стать предвестником возникновения безоаров [5].

Благоприятным условием для возникновения безоаров может явиться антральный гастрит, который сопровождается ригидностью складок слизистой желудка. Этот тип гастрита характеризуется изолированным поражением антрального отдела с деформацией и сужением выходного отдела. Хронический воспалительный процесс захватывает все слои желудка, включая серозный. При этом возникает резкий отек слизистого и подслизистого слоя и длительное спастическое напряжение мышечного слоя. В результате стенки антрального отдела теряют свою эластичность. Явления ригидности способствуют развитию склероза подслизистого и мышечного слоев. В результате возникает стойкая ригидная деформация с укорочением антрального отдела и ослаблением моторно-эвакуаторной функции желудка.

Безоары могут стать причиной острых процессов в брюшной полости и представлять угрозу для жизни пациента.

Несмотря на небольшое число наблюдений можно сделать вывод, что эндоскопическая эвакуация безоара имеет преимущества перед хирургическим вмешательством. Манипуляцию можно проводить амбулаторно, что делает госпитализацию больного необязательной, отсутствует фактор хирургической агрессии, исключаются возможные при оперативном вмешательстве осложнения. Применение данной техники удаления безоаров позволяет контролировать размеры фрагментов с точки зрения свободного их прохождения по дистальным отделам желудочно-кишечного тракта. Немаловажным фактором является экономическая эффективность манипуляции (исключаются затраты, связанные с пребыванием больного в стационаре), что становится актуальным в нынешних социальных условиях.

Поступила 28.03.12

Բեզոարի առաջացման էթիոլոգիան և էնդոսկոպիան որպես բուժման մեթոդ

Ն.Ա.Վանյան

Բեզոարը օտար մարմին է, որը տեղակայվում է ստամոքսում: Այս օտար մարմինը հազվադեպ է հանդիպում, բայց ուշադրությունը նրա նկատմամբ մեծ է, քանի որ նա կարող է անանցելիության պատճառ դառնալ: Հոդվածում նկարագրվում են բեզոարի առաջացման պատճառա-հետևանքային մեխանիզմները: Բեզոարի բուժման

ճանաչված և տարածված մեթոդը՝ վիրահատությունն է: Այստեղ փուլ առ փուլ նկարագրվում է բեզոարի հեռացումը էնդոսկոպիկ եղանակով և նշվում են այս մեթոդի առավելությունները:

ON THE PROBLEM OF ENDOSCOPIC TREATMENT OF BEZOARS

N.A. Vanyan

Bezoars which are localized in stomach are quite exceptional.

They distinguish phytogenous bezoars (phytobezoars), bezoars of hair (trichobezoars) and fatty origin (sebobezoars). Their sizes (diameter) may range from 2 -10 cm to enormous ones, almost completely filling up the stomach.

In the history of our clinic, bezoars were diagnosed in four cases, of which a trichobezoar (in female patients of 14 and 18 years of age) and –a phytobezoar (in a 60 and 55-year patients). In the first two cases for removal of the formation they conducted a surgical intervention, and in the other two cases the removal was performed endoscopically with a gastroduodenoscope EVIS EXERA II - 180, *Olimpus*.

Using the endoscopic gripe FG-46L-1CE K6402-2728 we conducted endoscopic fragmentation of the formation into small (1cm) pieces.

Though the number of observations is small, we may conclude that the endoscopic evacuation of the bezoar has advantages over the surgical intervention. Application of this technique allows controlling the sizes of fragments from the point of view of their free passing through the distal sections of the gastrointestinal system. Not a less important factor is the economic efficacy of the manipulation – the expenses for the patient's stay in hospital are cut.

Литература

1. *Бабашев Б.С.* Хирургия брюшной полости. 1983, с. 215.
2. *Бертольд Блок, Гвидо Шахшель, Гартму Шмидт.* Гастроскопия, 2007, с.176-177.
3. *Валенкевич Л.Н. Яхонтова О.И.* Система органов пищеварения. 2007, с. 517 .
4. *Исаков Ю.Ф. и др.* Брюшная хирургия.1983, с. 38.
5. *Курыгин А.А. Стойко Ю.М. Багненко С.Ф.* Неотложная гастроэнтерология.СПб. 2001, с. 478-479.
6. *Ройтберг Г.Е. Струтынский А.В.* Внутренние болезни. 2007, с. 115,116,516,519.
7. *Тошевский В.* Острые процессы в брюшной полости. 1987, с. 327.
8. *Чернеховская Н.Е.* Современные технологии в эндоскопии, 2004, с. 129-130.