



Комплексная эндоскопическая диагностика и лечение патологии желудка перед планированием хирургической коррекции заболеваний сердечно-сосудистой системы: безоар, случай из практики

Мечёва Л.В.¹ • Терещенко С.Г.¹ • Григорьев Н.С.¹ • Калужский А.А.¹

Безоары больших размеров представляют собой редкие инородные тела желудка. В литературе проблема безоаров отражена в основном в виде единичных клинических случаев. В данной статье описан опыт эндоскопического удаления крупного безоара, диагностики и лечения сопутствующих эрозивно-язвенных поражений, а также выявления злокачественного новообразования желудка (тубулярной аденомы с фокусами тяжелой дисплазии). Активная эндоскопическая тактика позволила своевременно подготовить пациента к проведению реконструктивной операции на сосудах нижней конечности. Статья может представлять интерес для терапевтов, гастроэнтерологов, хирургов, мотивируя проводить динамическое наблюдение за состоянием верхних отделов пищеварительного тракта у пациентов после оперативных вмешательств на желудке, двенадцатиперстной кишке. Для врачей-эндоскопистов данное клиническое наблюдение является ярким примером успешной диагностики и лечения редкой сочетанной патологии.

Ключевые слова: фитобезоар, эндоскопическое удаление, сердечно-сосудистые заболевания, язвы желудка, аденома желудка

doi: 10.18786/2072-0505-2016-44-6-785-789

Безоары – инородные тела, формирующиеся в желудочно-кишечном тракте из проглоченных непереваренных частиц. Различают фитобезоары, трихобезоары, пиксобезоары, себобезоары, шеллакобезоары, фармакобезоары, полибезоары [1–3].

Среди факторов, предрасполагающих к образованию фитобезоаров в желудке, выделяют операции на желудке (пилоропластика, резекция желудка, гастрэктомия, ваготомия, гастроэнтеростомия), питание с высоким содержанием клетчатки, снижение желудочной секреции, невропатии у больных сахарным диабетом, гипотиреозом, миотонической дистрофией [1, 4–6]. Фитобезоары в оперированных желудках возникают в 5–12% случаев [7].

Клинические проявления безоаров, как правило, неспецифичны: боли в верхних отделах живота, ощущение тяжести, тошнота, рвота, потеря веса. Безоары обнаруживаются при помощи таких методов обследования, как эндоскопия, полипозиционное рентгенологическое исследование

желудка, в том числе с двойным контрастированием, ультразвуковая диагностика, мультиспиральная компьютерная томография. Эндоскопическое исследование в 100% случаев подтверждает наличие безоара желудка. Гастроскопия позволяет не только поставить правильный диагноз, но и установить природу безоара, а также оценить состояние слизистой оболочки [4, 6]. Наиболее частые осложнения безоара желудка – гастрит, эрозивно-язвенное поражение стенки полого органа, перфорация, кишечная непроходимость [4, 7, 8].

Консервативное лечение включает пероральный прием раствора соды и ферментных препаратов, массаж живота, лечебную гимнастику, прием слабительных средств [8]. Эндоскопическое лечение подразумевает измельчение и удаление фрагментов безоара. Если безоар не слишком большой, он может быть извлечен с помощью корзины или прямой аспирации. Крупный безоар может быть фрагментирован петлей для полипэктомии, корзиной Dormia, литотриптором, электрохирургическим ножом, эндоскопическим лазером [9]. Хирургический метод лечения предполагает лапаротомию, гастротомию, удаление безоара. Имеются сообщения об успешном применении лапароскопической техники при удалении крупного трихобезоара желудка [2, 10].

Представляем описание клинического наблюдения, в котором наличие крупного безоара и сопутствующих эрозивно-язвенных изменений желудка препятствовало проведению хирургической коррекции сосудистой патологии. Прогрессирование ишемических изменений нижней конечности не оставляло времени для проведения консервативного лечения. Тяжелое состояние пациента и наличие кардиологических заболеваний обуславливало отказ от оперативно-го извлечения безоара. Методом выбора в данном случае стало эндоскопическое лечение.



Клиническое наблюдение

Больной Т. 75 лет поступил в отделение сосудистой хирургии ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского для обследования и выбора метода лечения. Отмечены жалобы на боли в левой нижней конечности при ходьбе на минимальную дистанцию, наличие длительно незаживающих язв на левой стопе. По данным обследования, проведенного в отделении, установлен диагноз «атеросклероз, окклюзия подколенной артерии, передней большеберцовой артерии слева, состояние после бедренно-подколенного шунтирования справа, тромбоз шунта, хроническая ишемия нижних конечностей II В степени». Запланировано проведение реконструктивной операции на сосудах правой нижней конечности.

Из анамнеза известно, что в 1990 г. пациент был оперирован по поводу язвенной болезни, осложнившейся декомпенсированным пилоро-бульбарным стенозом, выполнена гастроэнтэрозомия. В 1995 г. оперирован по поводу спаечной тонкокишечной непроходимости. После этого в течение длительного времени больной у врачей не наблюдался, обследование по поводу патологии органов брюшной полости не проводилось. В анамнезе у пациента был также длительный прием антиагрегантов – препаратов салициловой кислоты.

На этапе подготовки к реконструктивной операции в отделении сосудистой хирургии выполнена эзофагогастродуоденоскопия с целью диагностики сопутствующей эрозивно-язвенной патологии верхних отделов пищеварительного тракта. При осмотре: в просвете желудка большое количество мутной жидкости и пенистой желчи, фрагменты пищи. По большой кривизне в теле желудка определяется инородное тело (безоар) плотной консистенции темного цвета, размером 8×6 см. В средней трети тела желудка по задней стенке визуализируется гастроэнтэроанастомоз, из которого обильно поступает пенистая желчь. Видимая слизистая оболочка желудка ярко неравномерно гиперемирована, отечная. В антральном отделе наблюдаются множественные плоские эрозии округлой и неправильной формы, до 0,2–0,5 см, с наложениями фибрина и включениями гематина. Рекомендовано рентгенологическое исследование желудка с контрастированием, консультация абдоминального хирурга.

В связи с необходимостью назначения высоких доз антикоагулянтов в интра- и послеоперационном периоде из-за риска кровотечения из эрозивных дефектов желудка реконструктивная операция на артериях нижней конечности отсрочена. Пациент был переведен в отделение абдоминальной хирургии для определения дальнейшей тактики лечения.

Было проведено полипозиционное рентгенологическое исследование желудка по традиционной методике и с двойным контрастированием. По данным исследования: оперированный желудок обычно

Мечёва Людмила

Валерьевна – мл. науч. сотр. эндоскопического отделения¹
✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–13, Российская Федерация. Тел.: +7 (495) 631 05 55. E-mail: l.v.mecheva@gmail.com

Терещенко Сергей

Григорьевич – д-р мед. наук, руководитель эндоскопического отделения¹

Григорьев Никита

Сергеевич – мл. науч. сотр. отделения абдоминальной хирургии¹

Калужский Анатолий

Алексеевич – канд. мед. наук, доцент кафедры лучевой диагностики факультета усовершенствования врачей¹

расположен, стенки его эластичные, достоверно не утолщены, перистальтика замедленная. Эвакуация через гастроэнтэроанастомоз, расположенный в средней трети тела на задней стенке желудка, не нарушена. Небольшая часть контраста эвакуируется через двенадцатиперстную кишку. В просвете желудка в средней его трети определяется тень дополнительного образования размерами около 6–8 см округло-овальной формы с достаточно четкими ровными контурами. Его местоположение при полипозиционном исследовании стабильное. Рентгенограммы пациента с безоаром оперированного желудка представлены на рис. 1–4.

В отделении абдоминальной хирургии пациента подготовили к эндоскопическому извлечению безоара, проводили противоязвенную терапию. Выбор лапаротомии у данного пациента был связан с высоким анестезиологическим риском.

Эндоскопическое удаление безоара выполняли в операционной, под наркозом. Операция проводилась в положении пациента на спине, так как при попытках укладки на левый бок отмечалась синусовая тахикардия. Продолжительность эндоскопической операции составила 3 часа 40 минут.

Безоар темного цвета размером 8×6 см располагался в области верхней трети тела желудка и был там фиксирован. Мобилизован с помощью эндоскопического трехзубого захвата, фрагментирован с помощью щипцов типа «крокодил», трехзубого захвата, эндопетли. При инструментальной пальпации выявлено, что поверхность безоара умеренно плотной консистенции. При извлечении эндоскопическими инструментами фрагменты безоара распадались на более мелкие – диаметром до 0,5–1 см – части, консистенция внутренней части безоара мягкая, по типу «замаски», визуализировались фрагменты пищевых масс (кожица фруктов и овощей). Корзинкой Dormia было извлечено два крупных фрагмента 2×3 см и 2,5×3,5 см (рис. 5), 12 плотных фрагментов диаметром от 1 до 2 см. Множественные мелкие фрагменты размером от 0,7 до 1 см извлечены трехзубым захватом.

Проведено отмывание мелких множественных оставшихся фрагментов (до 0,5–0,7 см) через толстый желудочный зонд с использованием 500 мл 5% раствора гидрокарбоната натрия, 1 л очищенной воды. После удаления инородного тела и отмывания желудка в антральном отделе было выявлено стелющееся полиповидное образование бледно-розового цвета до 1 см в диаметре, в центре – вдавление, выполнена биопсия для гистологического исследования (рис. 6).

Извлечение безоара осложнялось наличием в желудке, особенно в месте прилегания безоара, множественных эрозий, мелких (до 0,3×0,7 см) язвенных дефектов, отмечалась повышенная контактная кровоточивость.

¹ ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация

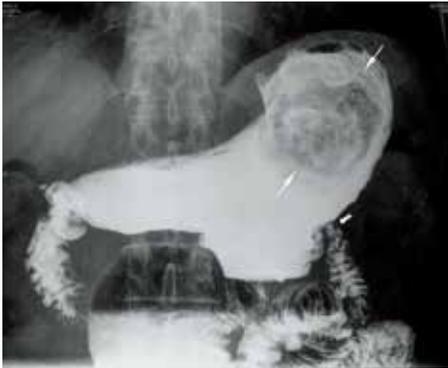


Рис. 1. Тугое контрастирование желудка бариевой взвесью, прямая рентгенограмма желудка в полувертикальном положении. В верхней трети тела желудка имеется дефект наполнения с неровными и четкими контурами (тонкие стрелки); функционирующий гастроэнтероанастомоз (толстая стрелка)



Рис. 2. Двойное контрастирование желудка бариевой взвесью, положение – лежа на спине. Определяется нижний контур экзофитного образования тела желудка (стрелки)

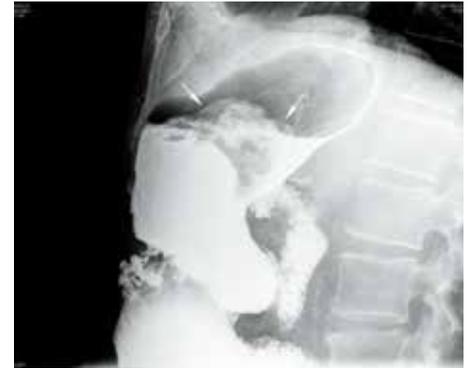


Рис. 3. Двойное контрастирование желудка бариевой взвесью, вертикальное положение в боковой проекции. Стрелками указано экзофитное образование, фиксированное в верхней трети тела желудка

С целью остановки капиллярного кровотечения и ускорения репарации эрозивных и язвенных дефектов после удаления безоара было проведено эндоскопическое распыление гемостатического препарата Желпластан (рис. 7).

После удаления безоара на 2- и 7-е сутки был проведен эндоскопический контроль. Во время первого контрольного исследования отмечена положительная динамика – эпителизация эрозий, уменьшение размеров язвенных дефектов. На 7-е сутки достигнута полная ремиссия эрозивно-язвенных поражений желудка.

Пациент был переведен в отделение сосудистой хирургии, где успешно выполнена резекция с протезированием общей бедренной артерии справа. Проводилась антибактериальная, противовоспалительная, противоязвенная, антикоагулянтная, дезагрегантная, вено-тоническая, сосудорасширяющая терапия. Отмечено восстановление пульсации на артериях правой стопы.

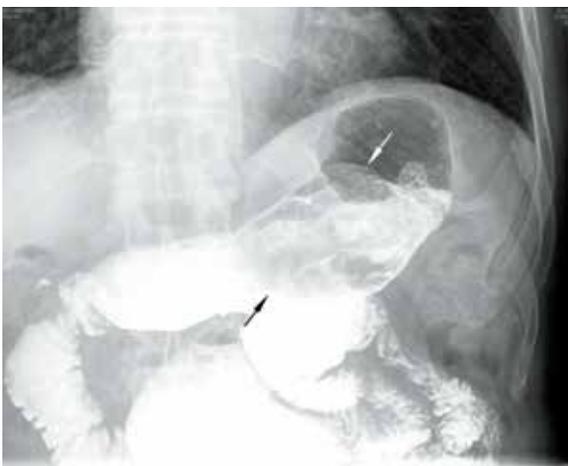


Рис. 4. Двойное контрастирование желудка бариевой взвесью, вертикальное положение. Стрелками обозначено экзофитное образование (безоар) тела желудка

Согласно данным гистологического исследования биоптатов, полученных из полиповидного образования желудка, биоматериал представлен фрагментами тубулярно-папиллярной аденомы желудка с дисплазией эпителия – умеренной и очагами тяжелой, развившейся, по-видимому, на базе предсуществующего гиперпластического полипа с кистозной трансформацией желез. Для дальнейшего лечения выявленной патологии пациент был направлен в специализированное учреждение, где произведено эндоскопическое удаление новообразования.

Обсуждение

Безоары часто обнаруживаются в оперированных желудках [1, 4–7]. И у нашего пациента причиной образования безоара послужило нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка и тонкой кишки, развившееся после перенесенного оперативного вмешательства на этих органах. Как и во многих наблюдениях [6, 8], наличие безоара не сопровождалось выраженными клиническими проявлениями и стало случайной находкой. Эндоскопическое исследование в качестве метода выбора для диагностики безоаров [4, 6], дополненное рентгенологическим исследованием, позволило составить полноценную клиническую картину. Эрозивно-язвенные изменения, выявленные в желудке у пациента, были не только следствием длительного наличия безоара [4, 7, 8], но и побочным эффектом применения препаратов салициловой кислоты [11].

При выявлении безоаров в желудке тактика лечения определяется индивидуально [2, 4, 8, 9]. В описанном клиническом наблюдении прогрессирование ишемических изменений нижней



Рис. 5. Эндофото: извлечение крупного фрагмента безоара (желтая аморфная масса) корзинкой Dormia (видна часть эндоскопического инструмента)



Рис. 6. Эндофото: тубулярная аденома желудка с дисплазией. Видно полиповидное образование желудка бледно-розового цвета, с неровными краями, «депрессией» в центре (гистологически – тубулярно-папиллярная аденома желудка с очагами тяжелой дисплазии)

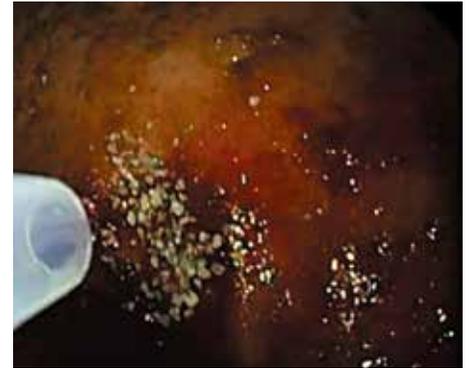


Рис. 7. Эндофото: эндоскопическое распыление порошкообразного гемостатического препарата на кровоточащие эрозивные дефекты слизистой оболочки желудка. Видны множественные эрозивные дефекты слизистой оболочки желудка с выраженной контактной кровоточивостью. Слева – эндоскопический катетер для распыления порошкообразного препарата. Визуализируются нанесенные гранулы препарата (белого цвета), фиксированные на слизистой оболочке

конечности не оставляло времени для попыток проведения консервативного лечения, а тяжелое состояние и кардиологическая патология не позволяли провести оперативное извлечение безоара. Несмотря на сложность и длительность вмешательства, нам удалось своевременно выполнить успешное эндоскопическое удаление безоара. Наличие безоара маскировало рост новообразования желудка, визуализация и эндоскопическое удаление тубулярной аденомы с тяжелой дисплазией стали возможными только после его извлечения.

Заключение

Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями, особенно перенесшие оперативные вмешательства по поводу язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки, нуждаются в диспансерном эндоскопическом наблюдении

Литература

1. Собонович ДВ, Колмаков СА, Лиханов АА. Гигантский трихобезоар желудка. Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2010;94(3):119–20.
2. Старков ЮГ, Ветюгова ЛВ, Шисин КВ, Недолужко ИЮ. Удаление гигантского трихобезоара желудка с применением методики единого лапароскопического доступа у пациентки с синдромом Рапунцель. Эндоскопическая хирургия. 2012;18(6):15–7.
3. Джулай ГС. Безоары пищеварительного тракта: пугающие находки. Верхневолжский медицинский журнал. 2014;12(1):40–2.
4. Erzurumlu K, Malazgirt Z, Bektas A, Dervisoglu A, Polat C, Senyurek G, Yetim I, Ozkan K. Gastrointestinal bezoars: a retrospective analysis of 34 cases. World J Gastroenterol. 2005;11(12):1813–7. doi: 10.3748/WJG.v11.i12.1813.
5. Nasri B, Calin M, Shah A, Gilchrist B. A rare cause of small bowel obstruction due to bezoar in a virgin abdomen. Int J Surg Case Rep. 2016;19:144–6. doi: 10.1016/j.ijscr.2015.12.039.
6. Айзенштат АИ. К вопросу о безоарах в оперированном желудке. В: Пономарев АА, Курыгин АА. Редкие неопухольевые хирургические заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Л.: Медицина; 1987. с. 144–9.
7. Acar T, Tuncal S, Aydin R. An unusual cause of gastrointestinal obstruction: bezoar. N Z Med J. 2003;116(1173):U422.



8. Iwamuro M, Okada H, Matsueda K, Inaba T, Kusumoto C, Imagawa A, Yamamoto K. Review of the diagnosis and management of gastrointestinal bezoars. *World J Gastrointest Endosc.* 2015;7(4):336–45. doi: 10.4253/wjge.v7.i4.336.
 9. Брегель АИ, Пинский СБ, Мутин НА, Андреев ВВ. Диагностическая и лечебная

эзофагогастродуоденоскопия при инородных телах пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск).* 2000;20(1):73–6.
 10. Sharma D, Srivastava M, Babu R, Anand R, Rohtagi A, Thomas S. Laparoscopic treatment

of gastric bezoar. *JLS.* 2010;14(2):263–7. doi: 10.4293/108680810X12785289144566.

11. Graham DY. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, *Helicobacter pylori*, and ulcers: where we stand. *Am J Gastroenterol.* 1996;91(10):2080–6.

References

- Sobotovich DV, Kolmakov SA, Likhanov AA. Gigantский trikhobezoar zheludka [A gigantic trichobezoar of the stomach]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Irkutsk)* [Siberian Medical Journal (Irkutsk)]. 2010;94(3):119–20 (in Russian).
- Starkov YuG, Vetyugova LV, Shishin KV, Nedoluzhko IYu. Udaleniye gigantского trikhobezoara zheludka s primeneniye metodiki edinogo laparoskopicheskogo dostupa u patientki s sindromom Rapuntsel' [Removal of gigantic gastric trichobezoar with the use of single incision laparoscopic surgery in patient with Rapunzel syndrome]. *Endoskopicheskaya khirurgiya [Endoscopic Surgery Journal]*. 2012;18(6):15–7 (in Russian).
- Dzhulay GS. Bezoary pishchevaritel'nogo trakta: pugayushchie nakhodki [Bezoars of alimentary tract: the frightening finds]. *Verkhnevolzhskiy meditsinskiy zhurnal [Upper Volga Medical Journal]*. 2014;12(1):40–2 (in Russian).
- Erzurumlu K, Malazgirt Z, Bektas A, Dervisoglu A, Polat C, Senyurek G, Yetim I, Ozkan K. Gastrointestinal bezoars: a retrospective analysis of 34 cases. *World J Gastroenterol.* 2005;11(12):1813–7. doi: 10.3748/WJG.v11.i12.1813.
- Nasri B, Calin M, Shah A, Gilchrist B. A rare cause of small bowel obstruction due to bezoar in a virgin abdomen. *Int J Surg Case Rep.* 2016;19:144–6. doi: 10.1016/j.ijscr.2015.12.039.
- Ayzenshtat AI. K voprosu o bezoarakh v operirovannom zheludke [On the issue of bezoars in the stomach which underwent a surgery]. In: Ponomarev AA, Kurygin AA. *Redkie neopukholevye khirurgicheskie zabolevaniya pishchevoda, zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [Rare non-tumor surgical diseases of esophagus, stomach and duodenum]*. Leningrad: Meditsina; 1987. c. 144–9 (in Russian).
- Acar T, Tuncal S, Aydin R. An unusual cause of gastrointestinal obstruction: bezoar. *N Z Med J.* 2003;116(1173):U422.
- Iwamuro M, Okada H, Matsueda K, Inaba T, Kusumoto C, Imagawa A, Yamamoto K. Review of the diagnosis and management of gastrointestinal bezoars. *World J Gastrointest Endosc.* 2015;7(4):336–45. doi: 10.4253/wjge.v7.i4.336.
- Bregel' AI, Pinskiy SB, Mutin NA, Andreev VV. Diagnosticheskaya i lechnaya ezofagogastroduodenoskopiya pri inorodnykh telakh pishchevoda, zheludka i dvenadtsatiperstnoy kishki [Diagnostic and medical esophagogastroduodenoscopy at foreign bodies of an esophagus, stomach and duodenum]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal (Irkutsk)* [Siberian Medical Journal (Irkutsk)]. 2000;20(1):73–6 (in Russian).
- Sharma D, Srivastava M, Babu R, Anand R, Rohtagi A, Thomas S. Laparoscopic treatment of gastric bezoar. *JLS.* 2010;14(2):263–7. doi: 10.4293/108680810X12785289144566.
- Graham DY. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, *Helicobacter pylori*, and ulcers: where we stand. *Am J Gastroenterol.* 1996;91(10):2080–6.

Comprehensive diagnostic and medical endoscopy of gastric diseases prior to planning a surgical intervention for cardiovascular disorders: a case study of a bezoar

Mecheva L.V.¹ • Tereshchenko S.G.¹ • Grigor'ev N.S.¹ • Kaluzhskiy A.A.¹

Big bezoars are rare foreign bodies of the stomach. In the literature, the problem of bezoars has been described mainly as isolated clinical cases. In this publication we present a case of endoscopic removal of a big bezoar, along with the diagnostics and treatment of concomitant erosive and ulcerative lesions, as well as detection of a gastric malignancy (tubular adenoma with severely dysplastic foci). The active endoscopic approach allowed for a timely preparation of the patient for a reconstructive surgery on the low extremity vasculature. The paper may be of interest for internists, gastroenterologists, surgeons,

providing them with a motivation to perform a regular follow up of upper gastrointestinal tract in patients after surgical interventions on the stomach and duodenum. This clinical observation is a good example for endoscopists of a successful diagnostics and treatment of a rare comorbid disorder.

Key words: phytobezoar, endoscopic surgical procedure, cardiovascular disease, gastric ulcer, gastric adenoma

doi: 10.18786/2072-0505-2016-44-6-785-789

Mecheva Lyudmila V. – Junior Research Fellow, Endoscopy Department¹

✉ 61/2–13 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation. Tel.: +7 (495) 631 05 55. E-mail: l.v.mecheva@gmail.com

Tereshchenko Sergey G. – MD, PhD, Head of Endoscopy Department¹

Grigor'ev Nikita S. – Junior Research Fellow, Department of Abdominal Surgery¹

Kaluzhskiy Anatoliy A. – MD, PhD, Associate Professor, Chair of Radiology, Postgraduate Training Faculty¹

¹ Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI); 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation