



Рис. 2. Внешний вид больного со спины.

пальцев стоп. На рентгенограммах: очаги гетеротопического остеогенеза и гиперостоза, «лишние» кости в области шеи, спины, грудной клетки, таза, верхних и нижних конечностей. Крупные участки окостенения в мышцах, сращение их с костями. Анкилозирующий спондилез: позвоночный столб в виде бамбуковой палки. Врожденная микро- и клинодактилия больших пальцев стоп. Рассматривая рентгенограммы в динамике новых очагов остеогенеза с 1990 г. нет. Оссификация у больного закончилась в 16 лет. В настоящее время больной практически обездвижен и является инвалидом I группы.

Необходимо подчеркнуть, что редкие нозологические формы костно-мышечной системы представляет несомненный интерес для ревматологов, как с позиций дифференциальной диагностики, так и общих представлений о патогенезе. ПОФ может выступать в качестве модели системного кальциноза, изучение этой нозологии может привести к пониманию молекулярных механизмов костеобразования. Решение проблемы лечения этого тяжелого заболевания возможно при помощи молекулярных манипуляций с геном, ответственным за синтез морфогенных белков кости и их антагонистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антелава О.А., Лобжанидзе Т.Б., Никишина И.П. и др. Прогрессирующая оссифицирующая фибродисплазия // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13. №8. – С.560-564.
2. Бадюкин В.В., Мякоткин В.А. Клинико-генетические аспекты прогрессирующей оссифицирующей фибродисплазии // Consilium medicum. – 2007. – Т. 9. №2. – С.
3. Корж А.А., Логачев К.Д. Многоотомное руководство по ортопедии и травматологии. – М., 1967. – Т. 1. – С.496-515.
4. Крисюк А.П., Горюнов В.Н., Салдиминова Л.Я. Способ лечения прогрессирующего оссифицирующего миозита // Ортопедия. – 1983. – №9. – С.
5. Проскурова В.И., Костенко И.Н. О множественном прогрессирующем миозите (оссифицирующем) // Врачебное дело. – 1973. – №4. – С.114-118.

Информация об авторах: 664046, Иркутск, ул. Байкальская, 118, МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», тел. (3952) 224819, e-mail: tzlobina@yandex.ru, Злобина Тамара Исаевна – заведующая центром, Сафонова Ольга Эдуардовна – врач-рентгенолог, Калягин Алексей Николаевич – заместитель главного врача по терапии, доцент, к.м.н.

© СОБОТОВИЧ Д.В., КОЛМАКОВ С.А., ЛИХАНОВ А.А. – 2010

ГИГАНТСКИЙ ТРИХОБЕЗОАР ЖЕЛУДКА

Д.В. Соботович¹, С.А. Колмаков¹, А.А. Лиханов²

(¹МУЗ «Клиническая больница №1 г. Иркутска», гл. врач – Л.А. Павлюк, отделение хирургии №2, зав. – к.м.н. С.А. Колмаков; ²Иркутский государственный медицинский университет, ректор – проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии с курсом урологии, зав. – д.м.н., проф. В.А. Белобородов)

Резюме. Описано редкое наблюдение гигантского трихобезоара желудка у женщины 20 лет. Проведена операция гастротомия, извлечение трихобезоара. Выписана с выздоровлением.

Ключевые слова: трихобезоар, желудок.

A GIGANTIC TRICHOBEZOAR OF STOMACH

D.V. Sobotovich¹, S.A. Kolmakov¹, A.A. Lihanov²

(¹Irkutsk Municipal Clinical Hospital №1, ²Irkutsk State Medical University)

Summary. A rare sobsevation of gigantic trichobezoar of a stomach in the woman of 20 years old has been described. The operation gastrotomy, extraction of trichobezoar has been executed. The patient was dischaeged from the hospital after recover.

Key words: trichobezoar, stomach.

Имеющиеся в литературе описания случаев нахождения безоаров у взрослых немногочисленны и указывают на их казуистическую редкость [2], что побудило нас описать собственное наблюдение гигантского трихобезоара желудка у молодой женщины 20 лет.

Безоарами называются инородные тела, образующиеся в желудке вследствие попадания в него с пищей таких ее

компонентов, которые не перевариваются, а накапливаются и формируют инородное тело. Существует несколько вариантов происхождения слова «безоар». Большинство считает, что безоарные камни названы так по имени горных козлов безоаров, в желудке которых их нередко находят. Ряд авторов связывают название с арабским словом badzar – «противоядие» [2]; так называли округлые, плотные отложения,

различные по химическому составу, образующиеся в кишечном канале жвачных животных, в особенности у некоторых диких коз, газелей, у гуанако, вигони и т.п. [3,8]. Древние приписывали безоару чудесные целебные свойства, считалось, что он приносит пользу при многих заболеваниях и способен предотвратить отравление ядом. Первое медицинское сообщение о трихобезоаре желудка в отечественной литературе сделано В.М. Мышем в 1912 г., он описал “волосаную опухоль” весом 2800 г [5]. В мировой литературе до 1991 г. было описано около 400 случаев [2].

По классификации Ш.А. Гулордавы и А.С. Кофкина (1969) у людей безоары желудка и кишечника можно разделить на следующие группы:

1. Трихобезоары. Образуются вследствие заглатывания волос. Преимущественно распространён у женщин и девочек, имеющих привычку жевать волосы, чаще у лиц с психическими расстройствами. Следует иметь в виду, что эту привычку они обычно скрывают.

2. Фитобезоары или безоары растительного происхождения. Возникают в желудке в результате употребления в пищу больших количеств хурмы, дикой груши, кедровых орехов и ряда других растительных продуктов. Основа их – растительная клетчатка.

3. Стибо (себо) безоары — безоары животного происхождения. Возникают в желудке под воздействием холодной воды после принятого в большом количестве животного жира.

4. Безоары органического происхождения. Образуются в желудке при заглатывании смолистых веществ: лаков, смол, гудрона (так называемые пиксобоары, шеллакобезоары), при минерализации сгустка крови в просвете желудка (гематобоары).

5. Безоары эмбрионального происхождения. Формируются из дермоидной кисты желудка. К этой группе следует отнести и мекониевые камни.

6. Полибезоары – безоары смешанного происхождения. Могут возникать после травматического попадания инородных предметов в полость желудочно-кишечного тракта, например, при осколочных ранениях брюшной полости.

Трихобезоары чаще встречаются у детей, что обычно связано с навязчивым выдергиванием волос на голове, бровей и ресниц и поеданием их – трихотилломанией [2,3,5,6].

Отдельный интерес представляют фитобезоары, образующиеся после операций на желудке – резекции и ваготомии. Отмечено, нередкое их образование в первые 6 месяцев после операций на желудке в стадии эвакуаторных послеоперационных нарушений. А.И. Нечай и соавт. сообщили о 76 собственных наблюдениях больных фитобезоарами, случаи чаще возникали после оперативных вмешательств на желудке сочетающихся с ваготомией [9]. К факторам, способствующим их образованию, относят снижение кислотообразования и пептической активности желудочного сока, нарушение моторики желудка, изменение характера микрофлоры и др. [7].

Клиническая картина при трихобезоарах желудка в течение многих лет может не иметь специфических проявлений [1,4,5]. По мере их увеличения в размерах появляются диспепсические расстройства (чувство тяжести или боли в эпигастриальной области, периодически возникающие тошнота, рвота, быстрое насыщение, нарушения аппетита), которые обусловлены развитием гастрита, изъязвлениями слизистой желудка и эвакуаторными расстройствами.

Растущий безоар постепенно заполняет просвет выходной части желудка и вызывает явления непроходимости. Одно из самых частых осложнений безоаров – изъязвление желудка вследствие пролежня стенки, которое обычно бывает поверхностным; гастрит, гастроптоз. Язвы обычно располагаются в пилорическом отделе. Причиной образования язв является нарушения кровообращения в слизистой оболочке и некроз стенки. Иногда встречается и кровотечение из язвы и множественных эрозий [8]. Большие и плотные безоары могут вызвать перфорацию стенки желудка с развитием перитонита. Описаны случаи попадания безоарного камня из желудка в тонкую кишку, её обтурации и развития острой непроходимости с последующей перфорацией кишечной стенки [6,10]. Наконец, безоары могут привести к аллергическим проявлениям (аллергический дерматит, отек Квинке, эозинофилия) [2].

Распознавание безоара основано на анамнезе и наличии плотного безболезненного объемного образования в проекции желудка. Окончательный диагноз устанавливается на ультразвуковом или эндоскопическом исследованиях, рентгеноскопии желудка. Учитывая прогрессивный рост безоара и возможные осложнения, показано его удаление, которое в большинстве случаев возможно только хирургическим путем, посредством лапаротомии, гастротомии, и извлечения безоара, при этом фрагментации он не поддается ввиду очень плотной структуры.

В связи с редкостью этой патологии у взрослых и гигантскими размерами трихобезоара желудка, приводим наше наблюдение.

Больная С., 20 лет, поступила в хирургическое отделение 21.12.2009 г. в плановом порядке, по направлению поликлиники с жалобами на дискомфорт и тяжесть в эпигастрии, левом подреберье, чаще после приема еды, отрыжку и плохой аппетит. Из анамнеза выяснилось, что с раннего детского возраста имеет привычку грызть и глотать собственные волосы. Перестала это делать последний год, после того как сделала короткую стрижку.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Индекс массы тела 17 кг/м². Кожные покровы обычной окраски и влажности, тургор сохранен. При осмотре живота отмечается округлое выбухание в левом подреберье, эпигастрии около 5 см в диаметре, где пальпаторно определяется плотное, безболезненное, несмещаемое объемное образование овальной формы 13х6 см. Со стороны других органов и систем без патологии. Физиологические отправления в норме.

Обследована амбулаторно. Лабораторные анализы крови в пределах референтных значений. На УЗИ живота объемное образование в желудке с приблизительным размером 20х5х6 см, стенки желудка утолщены до 8-9 мм. Другой патологии не выявлено. На ФГДС поверхностный гастрит с гиперемией и гипертрофией слизистой оболочки желудка, хронические множественные эрозии желудка на верхушках складок. Полость желудка выполнена плотным, нефрагментирующимся трихобезоаром. Попытка поднаркозного эндоскопического извлечения трихобезоара оказалась безуспешной из-за большого размера образования и невозможности его фрагментирования.

24.12.2009 операция: под эндотрахеальным наркозом произведена верхне-средняя лапаротомия протяженностью 10 см. В желудке определяется малоподвижное, бугристое образование, занимающее всю его полость. На уровне средней трети желудка выполнена продольная гастротомия 6 см. Извлечен трихобезоар. Гастротомическая рана ушита непрерывным однорядным неслизистым швом. Рана брюшной стенки ушита послойно наглухо.



Рис. 1. Выполняющий желудок трихобезоар и рядом сотовый телефон для сравнения размера.

Макропрепарат (рис. 1): Трихобезоар 20х9х6 см напоминает слепок желудка, состоит из сваланных до консистенции суконного валика волос с запахом брожения. Масса 1200 г. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Выписана с выздоровлением на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре через 2 месяца больная чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азрба В.З. Тактика в лечении трихобезоаров // Клиническая медицина. – 1981. – №4. – С.85-86.
2. Арабаджян В.А. и др. Безоары в хирургической практике // Росс. мед. журн. – 1996. – №4. – С.51-53.
3. Беляев А.А. Случай большого трихобезоара // Хирургия. – 1990. – №2. – С.134-135.
4. Березуцкий В.П. Безоары желудочно-кишечного тракта // Вестн. хир. – 1986. – №7. – С.89-90.
5. Иванов В.В. Клиника и лечение трихобезоаров желудка // Вестн. хир. – 1977. – №6. – С.103.

6. Кувшинников М.С. и др. Безоары желудочно-кишечного тракта // Хирургия. – 1991. – №2. – С.147-148.
7. Лалетин В.Г., Аржанов С.Я. Фитобезоары желудка. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 1995. – №4. – С.32-33.
8. Миронов С.А. Безоар желудка // Клиническая хирургия. – 1991. – №2. – С.60.
9. Нечай А.И., Курыгин А.А., Лисицын А.С., Дозорцев В.Ф. Фитобезоары желудка // Вестн. хир. – 1986. – №3. – С.3-6.
10. Шевченко С.И. Трихобезоары желудка в хирургической практике // Клиническая хирургия. – 1990. – №10. – С.54-55.

Информация об авторах: 664046, Иркутск, ул. Байкальская, 118, тел. (3952) 703701, Соботович Дмитрий Владимирович – врач-хирург, Колмаков Сергей Александрович – заведующий отделением, к.м.н., Лиханов А.А.

ЛЕКЦИИ

© КРИСТАЛЕВА О.Н., МЕЛЬНИК М.Г. – 2010

ЦЕЛИАКИЯ У ВЗРОСЛЫХ – СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

О.Н. Кристалева¹, М.Г. Мельник²

(¹Клинический госпиталь для ветеранов войн, г. Краснодар, начальник – д.м.н. С.И. Исаенко; ²Кубанский государственный медицинский университет, ректор – к.м.н. С.Н. Алексеев, кафедра терапии №2 ФПК и ППС, зав. – к.м.н., доц. Ю.С. Кокарев)

Резюме. Целиакия – генетически детерминированное заболевание, вызываемое факторами окружающей среды (глютен некоторых злаковых культур). Многие годы целиакию считали патологией преимущественно детского возраста. Однако, в настоящее время установлено, что данное заболевание широко распространено и среди взрослых. Изменению представлений о целиакии способствовало внедрение в практику современных серологических и гистологических методов диагностики заболевания. Основой лечения целиакии является аглютеновая диета, медикаментозная терапия носит симптоматический характер.

Ключевые слова: целиакия, взрослые, современные подходы, диагностика, лечение.

CELIAC DISEASE IN ADULTS – MODERN APPROACHES TO DIAGNOSTICS AND TREATMENT

O.N. Kristalyova¹, M.G. Melnik²

(¹Clinical Hospital for Veterans of Wars; ²Kuban State Medical University)

Summary. Celiac disease is genetically determined disease caused by factors of environment (gluten of some cereal cultures). Many years celiac disease was considered as pathology of mainly children's age. However, now it is established, that the present disease is also widely distributed among adults. Change in representations about celiac disease was promoted by introduction in practice modern serologic and histologic methods of diagnostics of the disease. A basis for treatment of celiac disease is gluten free diet, medicamentous therapy has symptomatic character.

Key words: celiac disease, adults, modern approaches, diagnostics, treatment.

По историческим данным, хроническая диарея и стеаторея, связанные с употреблением пшеницы, были известны более 2000 лет назад. Первое подробное описание «мучной болезни» как отдельного заболевания представил в 1888 г. S. Gee, а в 1950 г. W.K. Dicke доказал ведущую роль пшеницы и ржи в патогенезе целиакии [2].

В настоящее время под целиакией понимают хроническую генетически детерминированную аутоиммунную Т-клеточноопосредованную энтеропатию, характеризующуюся стойкой непереносимостью белков эндосперма зерна некоторых злаковых культур с развитием гиперрегенераторной атрофии слизистой оболочки тонкой кишки и связанного с ней синдрома мальабсорбции. «Токсичными» для больных целиакией являются глиадин пшеницы, секалин ржи, хордеин ячменя, авенин овса. В медицинской литературе указанные белки злаковых для краткости обозначаются термином «глютен» [3,7].

В течение многих лет целиакия считалась довольно редким заболеванием, встречавшимся преимущественно у детей. Однако, широкомасштабные исследования, проведенные в последние годы, позволили опровергнуть это утверждение. Сейчас целиакию диагностируют повсеместно в популяции, включая лиц средней и старшей возрастных групп. Так, распространенность целиакии у взрослых в странах Западной Европы составляет 1:100 – 1:300 [11,12], в США – 1:111, Новой Зеландии – 1:90 [7], России – 1:133 [8].

Увеличение числа случаев целиакии в последние годы обусловлено изменившимися подходами к диагностике этого заболевания. В данное время помимо типичной формы целиакии, протекающей с диареей, дистрофией, отставанием в развитии с раннего детского возраста в ответ на приём злаковых, в клинической картине заболевания принято выделять латентную и атипичную формы [4]. Латентная форма, по мнению А.И. Парфёнова и соавт. (2005), встречается