

КРАТКИЕ НАУЧНЫЕ СООБЩЕНИЯ

Г. А. ЕПРЕМЯН

АМЕБОМА ТОЛСТОЙ КИШКИ

Амебиаз, как нозологическая единица, присуща, главным образом, тропическим и субтропическим странам. В этом отношении Армения не составляет исключения, т. к. в некоторых районах Армении амебиаз имеет место [3, 4]. В редких же случаях амебомы описаны в трудах Немилова, Астрова, Штарка, Деревенко (цитировано по М. М. Аликишибекову) [1], И. А. Кассирского, Л. Ф. Бурова [2] и М. М. Аликишибекова [1]. Указанные авторы описывают воспалительное разрастание тканевых элементов на почве амебиаза с характерными язвами, с подрытыми краями, гноящимися с зеленым дном, представленные в виде муфты или опухоли в том или ином отделе толстой кишки взрослых людей. В этом отношении описываемый нами случай амебомы толстой кишки напоминает морфологическую, отчасти и клиническую картину описанных случаев у упомянутых авторов, но в некотором отношении и отличается от них. Это отличие выражается в том, что, во-первых, амебома имела место в раннем детском возрасте, во-вторых, в том, что рост амебомы шел слишком быстро, проявляя слабые симптомы нарушения желудочно-кишечного тракта.

Рассматривая настоящий случай, как исключительно редкий, считаем необходимым осветить его в литературе.

Больной А. Г., ист. бол. № 2091, 6 месяцев, поступив в детскую клинику 17. VII. 1951 года, на 4-й день болезни был в весьма тяжелом состоянии. Умер 18. VII. 1951 г. Диагноз дизентерия и инвагинация кишечника. По сообщению матери у ребенка временами, начиная с 5-месячного возраста отмечалось расстройство желудочно-кишечного тракта в виде жидкого стула. Настоящее заболевание началось поносами слизисто-кровянистого содержания и тенезмами, а 17. VII ребенок дважды имел рвоту характера кофейной гущи.

Ребенок пониженного питания, живот резко вздут, вследствие чего брюшные органы не поддавались исследованию. Ректальным исследованием установлена опухоль эластичной консистенции. Ввиду тяжелого состояния ребенка операция не была совершена.

Анализ крови от 18. VII: гемоглобин 56%, эрит.—3100000, цвет. показ.—0,8, РОЭ—32 мм, лейкоциты—9600, пл.—12%, ся—64%, лф—20%, мц—4%.

Анализ кала показывает умеренное количество лейкоцитов.
Лечение—синтомцином.

Краткая выписка из протокола вскрытия № 552: труп мальчика пониженного питания. Кожные покровы восковидного оттенка. Видимые слизистые бледной окраски. Кишечник вздут, а стенки полнокровны; нисходящая и сигмовидная части толстой кишки, скрученные вокруг своей оси на 360° . На границе указанных отделов кишки ощущалась плотноватость. При вскрытии кишки оказалась наглухо закрывающая

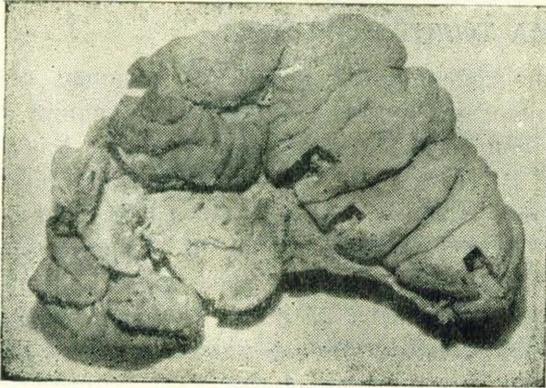


Рис. 1. Амебома толстой кишки с мелкими язвами.

просвет кишки массивная опухоль в виде муфты длиной 8 см, которая охватила 3 слоя стенки кишки с папилломатозным разрастанием слизистой. На слизистой наблюдались гниющие язвы с подрывными краями с ярко зеленым дном (рис. 1).

Гистологические исследования: эпителиальный покров слизистой оболочки местами некротизирован, изъязвлен,

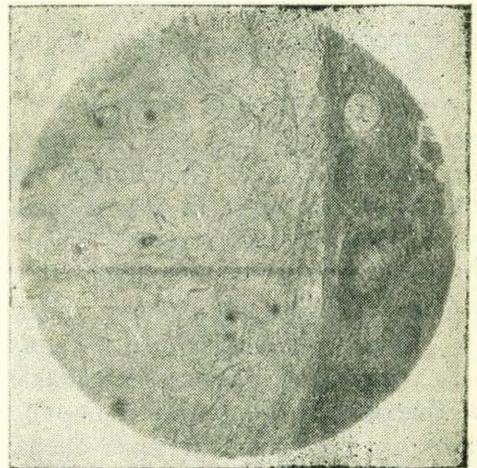
а на соседних участках папилломатозное разрастание. В подслизистом слое, в особенности ближе к язвам, имеются гистолитические амебы. В районах амебы соединительно-тканые элементы расположены сравнительно ниже. В остальных же участках отмечаются разрастания соединительно-тканых структур с явлением отека.

На некоторых участках, на границе слизистого и подслизистого слоев отмечаются моноцитарные элементы с примесью лимфоцитов и плазматических клеток (микрофото 2, 3, 4, 5). В остальных органах изменений не обнаружено.

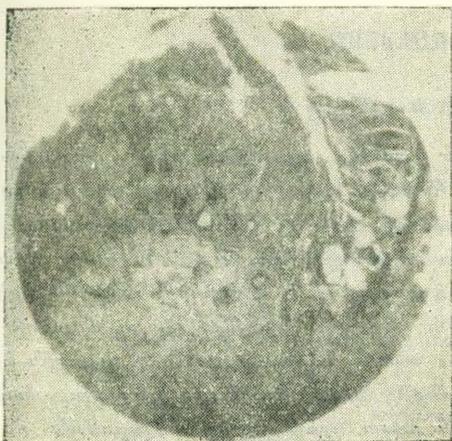
Настоящий случай амебомы, как осложнения амебиаза, является поучительным в том отношении, что у больного воспалительный рост тканевых элементов протекал бессимптомно, что и затруднило современную диагностику. Мы полагаем, что своевременное оперативное вмешательство могло бы спасти ребенка.

Гистологические исследования: эпителиальный покров слизистой оболочки местами некротизирован, изъязвлен,

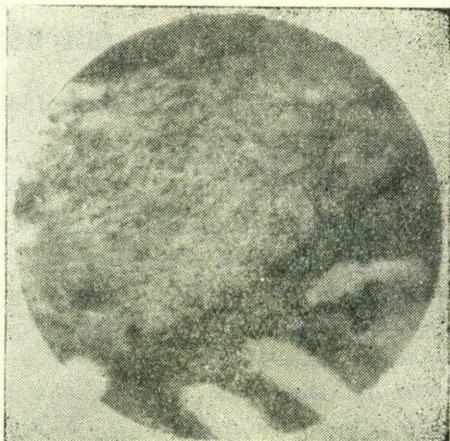
а на соседних участках папилломатозное разрастание. В подслизистом слое, в особенности ближе к язвам, имеются гистолитические амебы. В районах амебы соединительно-тканые элементы расположены сравнительно ниже. В остальных же участках отмечаются разрастания соединительно-тканых структур с явлением отека.



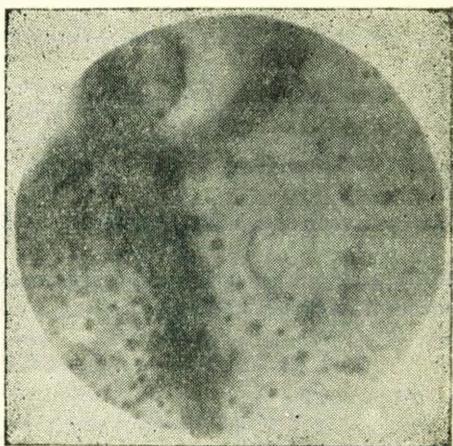
Микрофото 2. Гистолит подслизистой соединительной ткани с множеством гистолитических амеб. Ув. окул. 8, объект 20, Цейсс.



Микрофото 3. Видны язвы с подрытыми краями на слизистой кишечника. Ув. окул. 8, объект 20, Цейсс.



Микрофото 4. Папилломатозный рост с некротизированными участками эпителий слизистой кишечника. Ув. окул. 8, объект 20, Цейсс.



Микрофото 5. Гистолиз с отеком подслизистой соединительной ткани и гистологических амеб. Ув. окул. 8, объект. 40.

Գ. Է. ԵՓՐԵՄՅԱՆ

ՀԱՍՏ ԱՂԻՔԻ ԱՄԵՐՈՄԱ

Ա մ փ ո փ ու մ

Ամլորիազը, որպես հիվանդություն միավոր, յուրահատուկ է արևադարձային և մերձարևադարձային երկրների համար: Այդ տեսակետից Հայաստանը բացառություն չի կազմում, քանի որ ամլորիազը տեղ է գտնում նրա առանձին շրջաններում: Ինչ վերաբերում է ամլորիազից բորբոքման հոգի վրա առաջացած ամլորումային, ապա այն նկարագրված է մի շարք հեղինակների կողմից, այդ իսկ տեսակետից մեր ներկա գեպքը կլինիկական ու մորֆոլոգիական պատկերով հիշեցնում է մինչև այժմ նկարագրված գեպքերին և, միևնույն ժամանակ, տարբերվում է նրանցից նախ նրանով, որ ամլորուման տեղ է գտել մանկական վաղ հասակում և ապա նրանով, որ ամլորուման ընթացել է շատ արագ, պայմանավորվելով աղեստամոքսային ուղու խանգարման թույլ նշաններ:

Հիշյալ առանձնահատկությունների շնորհիվ, այն ուսանելի է բուժող բժշկի կողմից վաղաժամ ախտորոշման համար: Մենք ենթադրում ենք, որ իր ժամանակին վիրաբուժական միջամտությունը կարող էր և փրկել երեխայի կյանքը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аликишибекова М. М., Амебома толстой кишки. Клиническая медицина, том 29, в. 8, 1951.
2. Кассирский И. А. и Бурова Л. Ф., Тропические болезни Средней Азии. Ташкент, 1935.
3. Матевосян Ш. М., Паразитология и эпидемиология амебиаза, 1951.
4. Садоян В. С., Кишечный амебиаз, 1947.