

Сведения об авторах статьи:

Хасанова Людмила Александровна – ассистент кафедры инфекционных болезней с курсом инфектологии факультета ДПО ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Адрес: 390026, г. Рязань, ул. Высоковольная, 9. E-mail: lyudmila-khasanova@mail.ru.

Мартьянов Владимир Александрович – д.м.н., профессор, завкафедрой инфекционных болезней с курсом инфектологии факультета ДПО ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Адрес: 390026, г. Рязань, ул. Высоковольная, 9. E-mail: inf-disease@mail.ru, dr.martinov@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лобзин, Ю.В. Менингиты и энцефалиты / Ю.В. Лобзин, В.В. Пилипенко, Ю.Н. Громыко. – СПб.: Фолиант, 2006. – 124 с.
2. Современные особенности клинического течения тяжелых форм менингококковой инфекции в Республике Башкортостан / Г.М. Хасанова [и др.] // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. – 2019. – № 1. – С. 331-335.
3. Предикторы неврологического дефицита при гемодинамически значимых стенозах сонных и позвоночных артерий / Г.Б. Баба-ян, [и др.] // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2019. – Т. 7, №4. – С. 533-540.
4. Нагибина, М.В. Бактериальные гнойные менингиты: актуальные проблемы патогенеза, диагностики и лечения: автореф. дис... д-ра мед. наук/ М.В. Нагибина. – М., 2017. – 46 с.
5. Галиханова Л.И. Характеристика церебрального кровотока и когнитивной функции у молодых женщин с ожирением и артериальной гипертензией / Л.И. Галиханова, Э.Г. Сагадеева, Э.Г. Муталова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2019. – Т.14, № 4. – С.30-36.
6. Актуальные аспекты патогенеза, диагностики и лечения бактериальных гнойных менингитов/ Ю.Я. Венгеров [и др.]// Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2018. – Т. 7, №1(24). – С. 78- 85.
7. Cerebral haemodynamics in acute bacterial meningitis in adults / Lu CH [et al.] // QJM. – 2006. - Vol. 99, № 12. - P. 863-9.
8. Tai, M.S. Role of Transcranial Doppler in the Evaluation of Vasculopathy in Tuberculous Meningitis / Tai MS, Sharma VK. // PLoS One. – 2016.- Vol. 10.- № 10.- :e0164266. doi: 10.1371
9. Transcranial color-coded sonography findings of patients with reversible cerebral vasoconstriction syndromes / Terasawa Y [et al.] J Clin Neurosci. -2019.- V.61.- №3.- P.290-292.

REFERENCES

1. Lobzin, YU. V. Meningity i entsefality / YU. V. Lobzin, V. V. Pilipenko, YU. N. Gromyko. - SPb. : Foliant; 2006. (in Russ)
2. Sovremennyye osobennosti klinicheskogo techeniya tyazhelykh form meningokokkovoy infektsii v respublike Bashkortostan / G.M. Khasanova [et al.]// Vestnik Bashkirskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta. 2019; (1): 331-335. (In Russ).
3. Prediktory nevrologicheskogo defitsita pri gemodinamicheski znachimykh stenozakh sonnykh i pozvonochnykh arteriy / G.B. Babayan, [et al.]// Nauka molodykh (Eruditio Juvenium). 2019; 7(4): 533-540. (In Russ). doi:10.23888/HMJ201974533-540
4. Nagibina, M.V. Bakterial'nyye gnoynyye meningity: aktual'nyye problemy patogeneza, diagnostiki i lecheniya: avtoref. diss...dokt. med. nauk/ M.V. Nagibina.- M., 2017.- 46. (In Russ)
5. Galikhanova L.I. Kharakteristika tserebral'nogo krovotoka i kognitivnoy funktsii u molodykh zhenshchin s ozhireniyem i arterial'noy gipertenziyey /L.I. Galikhanova, E.G. Sagadeyeva, E.G. Mutalova // Meditsinskiy vestnik Bashkortostana. 2019; 14 (4): 30-36. (In Russ)
6. Aktual'nyye aspekty patogeneza, diagnostiki i lecheniya bakterial'nykh gnoynykh meningitov/ YU.YA. Vengerov [et al.]// Infektsionnyye bolezni: novosti, mneniya, obucheniye. 2018; 7, №1(24).- S. 78- 85.
7. Lu CH, Chang HW, Lui CC, Huang CR, Chang WN. Cerebral haemodynamics in acute bacterial meningitis in adults. QJM. 2006 Dec;99(12):863-9. doi: 10.1093/qjmed/hcl119. PMID: 17121767.
8. Tai MS, Sharma VK. Role of Transcranial Doppler in the Evaluation of Vasculopathy in Tuberculous Meningitis. PLoS One. 2016 Oct 10;11(10):e0164266. doi: 10.1371/journal.pone.0164266. PMID: 27723828; PMCID: PMC5056701.
9. Terasawa Y, Arai A, Sakai K, Mitsumura H, Iguchi Y. Transcranial color-coded sonography findings of patients with reversible cerebral vasoconstriction syndromes. J Clin Neurosci. 2019 Mar;61:290-292. doi: 10.1016/j.jocn.2018.11.002. Epub 2018 Nov 22. PMID: 30470655.

УДК 616.381-003.6

© Коллектив авторов, 2021

А.А. Гумеров¹, Р.Р. Зайнуллин², Р.А. Гумеров^{1,3}, Е.С. Семенова¹,
И.И. Галимов¹, Н.Н. Шарипов¹, С.В. Габдуллина³, А.А. Гумеров¹

**ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БЕЗОАРА
В ЖЕЛУДКЕ И КИШЕЧНИКЕ У ДЕТЕЙ**

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ «Городская детская клиническая больница № 17», г. Уфа

³ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», г. Уфа

В работе проведен ретроспективный анализ хирургического лечения двенадцати девочек с безоаром в желудке и одной девочки с безоаром в кишечнике, находившихся на лечении в Республиканской детской клинической больнице с 2000 по 2020 годы. Возраст девочек колебался от 4 до 13 лет. Авторы отмечают трудности диагностики, связанные с отсутствием специфических симптомов. На ранних стадиях клиническая картина заболевания манифестировала диспепсическими расстройствами, общей слабостью, отсутствием аппетита, снижением массы тела, тошнотой, рвотой, болями в эпигастриальной области после приема пищи. Пальпируемое образование в эпигастрии – поздний симптом заболевания. Клинически безоар тонкой кишки реализуется в виде обтурационной кишечной непроходимости.

Для ранней диагностики безоара в желудочно-кишечном тракте у детей мы считаем необходимым детей с диспепсическими расстройствами и дурными привычками жевать, откусывать кончики своих волос включать в группу риска для проведения мониторинга данного состояния.

Ключевые слова: желудок, кишечник, безоар, дети.

A.A. Gumerov, R.R. Zainullin, R.A. Gumerov, E.S. Semenova,
I.I. Galimov, N.N. Sharipov, S.V. Gabdullina, A.A. Gumerov
**DIFFICULTIES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT
OF STOMACH AND INTESTINAL BEZOAR IN CHILDREN**

The work carried out a retrospective analysis of the surgical treatment of twelve girls with gastric bezoar and one case of intestinal bezoar treated at the Republican Children's Clinical Hospital from 2000 to 2020. The girls ranged in age from 4 to 13. The authors note the difficulties of diagnosis associated with the absence of specific symptoms. At early stages, the clinical picture of the disease was manifested by dyspeptic disorders, general weakness, lack of appetite, weight loss, nausea, vomiting, pain in the epigastric region after eating. Palpable formation in the epigastrium is a late symptom. Clinically, bezoar of the small intestine is realized in the form of intestinal obstruction.

For the early diagnosis of gastrointestinal bezoars in children, we consider it necessary to include children with dyspeptic disorders and «bad habits» (chewing, biting off the ends of their hair) in the risk group for the occurrence of bezoars for monitoring this condition.

Key words: stomach, intestines, bezoar, children.

Трихобезоар (волосяная опухоль) – это инородное тело, образующееся из проглоченных волос в желудке [1,3,6]. Предрасполагающими факторами образования безоаров являются различные аномалии развития желудочно-кишечного тракта [4-5], а также употребление жирной пищи [1]. Это заболевание встречается крайне редко. Ряд авторов в своих работах приводят отдельные наблюдения или работы, основанные на небольшом клиническом материале. Так, Ю.Ю. Соколов [5] на протяжении 20 лет наблюдал 13 детей с безоаром в желудке, S.Fullon [6] за 8-летний период оперировал всего 7 больных с трихобезоарами желудка.

Цель – изучение особенностей клиники и диагностики безоара в желудке и кишечнике у детей.

Материал и методы

В основу данной работы положены наблюдения в течение последних 20 лет тринадцати девочек с безоаром в желудке (БЖ), и одной с безоаром тонкой кишки. Возраст детей составил от 4 до 13 лет, наибольшее число больных (10 детей) было в возрасте от 8 до 13 лет. Диагностика базируется на данных анамнеза клинического и физикального, лабораторного, рентгенологического, эндоскопического и ультразвукового методов исследования и компьютерной томографии (КТ) [1-6].

Результаты и обсуждение

Диагностика безоара желудка на ранних стадиях заболевания вызывает определенные затруднения из-за отсутствия патогномичных симптомов. Имеющиеся субъективные симптомы – чувство тяжести в области желудка, тошнота, периодические боли в животе, снижение масса тела, отсутствие аппетита – часто имитируют различную патологию брюшной полости. Наши больные длительное время наблюдались и лечились у участковых педиатров по поводу различных заболеваний (гастрит, дуоденит, панкреатит, дискинезия желчевыводящих путей). Так, из 13 детей, посту-

пивших в клинику, правильный диагноз поставлен только у 3 больных. Остальные направлены в хирургические стационары с различными диагнозами: опухоль брюшной полости (6 случаев), острый аппендицит (4 случая), кишечная непроходимость (3 случая). Большой процент диагностических ошибок, наблюдавшихся в условиях периферической лечебной сети, дает основание считать, что участковые педиатры и врачи других специальностей недостаточно знакомы с клинической картиной и особенностями течения безоаров в желудке у детей.

Клиническая картина на раннем этапе развития заболевания была крайне скудная. Однако при внимательном изучении анамнеза выявлено, что все пациенты имели дурную привычку вырывать волосы, кусать и проглатывать кончики собственных волос, жевать ткань. Все это с течением времени приводило к образованию «волосяной» опухоли желудка. Кроме того, нами установлено, что еще до появления пальпируемой в эпигастриальной области опухоли наблюдались «скрытые» симптомы (общая слабость, отсутствие аппетита, отрыжка, потеря массы тела), не замеченные врачами. По мере увеличения безоара, детей беспокоили боли в эпигастриальной области различной интенсивности, появляющиеся или усиливающиеся после приема пищи (9 случаев), а у 4-х пациентов периодически возникали схваткообразные боли. В то же время у двоих детей жалобы отсутствовали и безоары были выявлены при профилактическом осмотре. Наиболее постоянным, но поздним симптомом почти у всех пациенток было пальпируемое опухолевидное образование в эпигастриальной области.

При осмотре больные отставали в физическом развитии. При физикальном обследовании со стороны легких и сердца патологические изменения не обнаружены. Пульс 78–82 удара в минуту, АД 110/65 мм рт. ст. Язык влажный, обложен негустым налетом. В

большинстве случаев (7 человек) наблюдалась асимметрия живота за счет выбухания в эпигастральной области, где пальпировалось малоподвижное безболезненное образование округлой формы, плотной консистенции. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. В анализах крови у 8 детей выявлены гипохромная анемия и гипопропротеинемия. В анализах мочи изменений не обнаружено.

Наши исследования показали, что клиническая картина безоаров желудка состоит из совокупности нескольких симптомов. Одним из ранних признаков заболевания являются: диспепсические расстройства – общая слабость, отсутствие аппетита, отрыжка, тошнота, рвота и потеря массы тела, а также периодические боли в эпигастрии. Поздний признак заболевания – пальпируемое опухолевидное образование в эпигастральной области.

Диагностика проводилась на тщательном изучении анамнестических, клинических, рентгенологических и УЗИ-данных. По нашим данным решающим методом распознавания данного заболевания является фиброгастроудоденоскопия.

Большинству детей, поступивших в плановом порядке, предоперационную подготовку осуществляли по общехирургическим правилам. Под общим обезболиванием выполнены верхнесрединная лапаротомия и гастротомия. Извлечено плотное образование, представляющее собой клубок волос черного цвета, повторяющий форму желудка. У 4-х детей обнаружено продолжение в двенадцатиперстную кишку и у 3-х в тощую кишку в виде хвоста различной длины (20–97см); синдром Рапунцель (рис. 1). У одной пациентки при извлечении безоара из двенадцатиперстной и тощей кишок путем вытягивания длинного тяжа произошла перфорация тощей кишки на месте пролежня, которая была ушита. После удаления инородного тела в слизистой оболочке желудка, в зоне прилегания безоара, выявлены различные изменения: мелкие точечные кровоизлияния, эрозии (4 пациента), хроническая язва (4 пациента), пролежни (3 случая), передняя стенка желудка ушита двухрядным швом, брюшная полость послойно зашита наглухо.

По данным литературы среди различных причин обтурационной непроходимости кишечника иногда выявляются копростаз, аскаридоз, опухоли, инородные тела, в том числе и безоар [7]. Безоары тонкой кишки встречаются весьма редко и описаны в виде единичных наблюдений. Диагностика этого заболевания чрезвычайно сложна [1,3].

Клиническое наблюдение

Больная С. 11 лет была оперирована в хирургическом отделении ЦРБ 2.02.2018 г. по поводу катарального аппендицита. После операции больную продолжали беспокоить боли в животе. На 4-е сутки она переведена в РДКБ. При поступлении в клинику состояние девочки средней тяжести, пониженного питания. Жалобы на периодические приступообразные боли и животе отрыжку, рвоту.

При изучении анамнеза, в течение последних 2-х лет девочку часто беспокоят приступообразные боли в животе, рвота. Неоднократно больная доставлялась в хирургическое отделение ЦРБ с подозрением на острый аппендицит. Боли трактовались как кишечная колика. Кроме того, девочка часто жаловалась на слабость, снижение аппетита и потерю массы тела. При очередном поступлении с аналогичными жалобами пациентке произведена аппендэктомия. После операции больную продолжали беспокоить боли в животе, и с диагнозом спаечная кишечная непроходимость она переведена в клинику РДКБ. При поступлении состояние пациентки средней тяжести. Кожный покров и видимые слизистые чистые, физиологичной окраски. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Пульс 92 удара в минуту. АД 160/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот вздут, в правой подвздошной области операционная рана, без признаков воспаления. При пальпации отмечается болезненность и определяется подвижное опухолевидное образование размерами 15×6×6см. На обзорной рентгенограмме брюшной полости определяются чаши Клойбера.

После предоперационной подготовки с диагнозом кишечная непроходимость под эндотрахеальным наркозом выполнена срединная лапаротомия. При ревизии в просвете подвздошной кишки выявлено опухолевидное образование плотной консистенции, обтурирующее просвет кишки. Проведена продольная энтеротомия (рис. 2). Извлечено каменистой плотности инородное тело, состоящее из волос черного цвета размером 12×5×6см (рис. 3). Кишечник ушит в поперечном направлении двухрядным швом. Операционная рана ушита наглухо. Послеоперационных осложнений не выявлено. Данное клиническое наблюдение демонстрирует крайне редкую в детском возрасте патологию – безоар тонкой кишки, вызывающий обтурационную кишечную непроходимость. Заболевание проявлялось периодически приступообразными болями в животе, рвотой, что вызывало подозрение на острый аппендицит и частичную кишечную непроходимость.

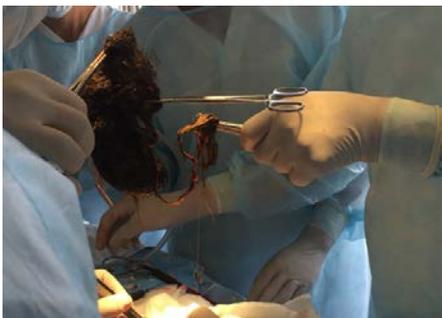


Рис. 1. Безоар желудка с продолжением в кишечник в виде хвоста

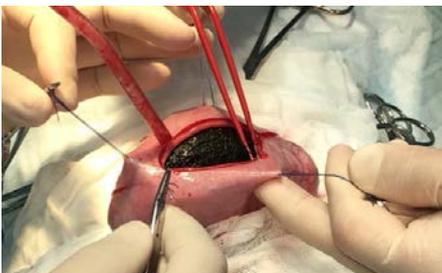


Рис. 2. Энтеротомия, в просвете тонкой кишке визуализируется безоар



Рис. 3. Извлечённый из кишечника безоар

Анализируя данное наблюдение, следует отметить, что в процессе диагностики и лечения допущены диагностические и тактические ошибки. Хирурги принимали вторичные изменения в червеобразном отростке за острый аппендицит, операцию завершали без ревизии органов брюшной полости.

Выводы

Для улучшения ранней диагностики данного заболевания мы считаем целесообразным выделить группу риска, включив в нее девочек школьного возраста с диспепсическими расстройствами и с дурными привычками (откусывать и глотать кончики собственных волос), у которых в эпигастральной области пальпируется опухолевидное образование. Необходимо вести постоянный мониторинг для раннего выявления безоаров желудка.

Клиническая симптоматика безоара тонкой кишки чаще манифестирует обтурационной кишечной непроходимостью и диагностируется со значительным опозданием.

Основным методом диагностики безоаров желудка является фиброэзофагогастродуоденоскопия, которая позволяет не только визуализировать безоар желудка, но и выявить возможные пороки развития желудка и двенадцатиперстной кишки, а также осложнения (эрозии, язвы и т.д.).

Сведения об авторах статьи:

Гумеров Аитбай Ахметович – д.м.н., профессор кафедры детской хирургии с физической и медицинской реабилитацией детей с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: prof.gumerov@gmail.com.

Зайнуллин Роберт Рамилович – детский хирург отделения хирургии ГБУЗ ГКБ № 17. Адрес: г. Уфа, ул. Свободы, 29.

Гумеров Рамиль Айтбаевич – д.м.н., заведующий отделом лучевой диагностики ГБУЗ РДКБ. Адрес: г. Уфа, ул. С. Кувыкина, 98.

Семенова Екатерина Сергеевна – ассистент кафедры детской хирургии с физической и медицинской реабилитацией детей с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: pedsurg@bk.ru

Галимов Ильдар Искадарович – к.м.н, доцент, завкафедры детской хирургии с физической и медицинской реабилитацией детей с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: pedsurg@bk.ru.

Шарипов Нанль Надирович – ассистент кафедры детской хирургии с физической и медицинской реабилитацией детей с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

Габдуллина Сабина Вилевна – врач-стажер, ординатор отделения хирургии ГБУЗ РДКБ. Адрес: г. Уфа, ул. С.Кувыкина, 98.

Гумеров Агзам Азатович – обучающийся кафедры детской хирургии с физической и медицинской реабилитацией детей с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григович И.Н. Трихобезоары желудка/ И.Н. Григович, Ю.Т. Пяттоев, Э.П. Хусу // Непроходимость желудочно-кишечного тракта у детей/ под ред. Ю.А.Козлова, В.В. Подкаменева, В.А. Новожилова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 744 с.
2. Давидов, М.И. Безоары желудочно-кишечного тракта у детей/ М.И. Давидов, Ю.Ю. Соколов // Педиатрия. – 2010. – №2. – С.60-65.
3. Мохаммад, Б. Трихобезоар тощей кишки у подростка/ Б. Мохаммад [и др.] // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии (приложение). – 2017. – № 3. – С.117-118.
4. Соколов, Ю.Ю. Сочетание аномалий гастродуоденальной зоны с безоарами больших размеров / Ю.Ю. Соколов, М.И. Давидов // Детская хирургия. – 2009. – № 3. – С.50-51.
5. Соколов, Ю.Ю. Мини-инвазивные методы удаления трихобезоаров желудка и двенадцатиперстной кишки у детей / Ю.Ю. Соколов, О.В. Ионов, Г.Т. Тумаен [и др.] // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2012. – №1. – С.56-59.
6. Fullon S.C. The Surgical management of Rapunzel syndrome: a case series and literature review / Fullon S.C., Slater B.J., Lanimen E.L. [et al] Brant M.L., Lopez H.E. // J.Pediatr Surg. – 2013 – vol.48 – P.830 -834
7. Мкртычева, Т.Э. Трихобезор подвздошной кишки/ Т.Э. Мкртычева, А.П. Саламоха, А.А. Шахзадянц, Г.И. Чепурной // Детская хирургия, 2004. – №3. – С.48-49.

REFERENCES

1. Grigovich I.N. Trihobezoary zheludka.- Grigovich I.N., Pyatov YU.T., Husu E.P. V kn.: Neprohodimost' zheludochno-kishechnogo trakta u detej/ Pod.red. YU.A.Kozlova, V.V.Podkameneva, V.A.Novozhilova M.izd.»GEOTAR-Media». 2017- 744 s. (In Russ).
2. Davidov M.I. Bezoary zheludochno- kishechnogo trakta u detej./ Davidov M.I., Sokolov YU.YU. //Pediatriya. 2010 № 2, S.60-65. (In Russ).
3. Mohammad B. Trihobezoar toshchej kishki u podrostantka/ Mohammad B., Cybin A.A., Davletcarov M.A., Vajs A.V., Degtyarev L.YU., Yakupov A.N., Kruk N.N. // Rossijskij vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii, (prilozhenie) M.2017.№ 3.- S.117-118. (In Russ).
4. Sokolov YU.YU. Sochetanie anomalij gastroduodenal'noj zony s bezoarami bol'shih razmerov / Sokolov YU.YU., Davidov M.I. // Detskaya hirurgiya 2009. № 3- S.50-51. (In Russ).
5. Sokolov YU.YU. Miniinvazivnye metody udaleniya trihobezoarov zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki u detej / Sokolov YU.YU., Ionov O.V., Tumaen G.T. i dr. // Rossijskij vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii M.2012. №1- S.56-59. (In Russ).
6. Fullon S.C. The Surgical management of Rapunzel syndrome: a case series and litera tune nevin / Fullon S.C., Slater B.J., Lanimen E.L. et al Brant M.L., Lopez H.E. // J.Pediatr Surg. – 2013 – vol.48 – P.830 -834
7. Mkrtycheva T.E. Trihobezor podvzdoshnoj kishki./ Mkrtycheva T.E., Salamoha A.P., SHahzad'yanc A.A., CHepurnoj G.I. // Detskaya hirurgiya 2004. №3.S.48-49. (In Russ).

УДК 617.7-001

© Коллектив авторов, 2021

П.М. Балашова^{1,2}, О.Е. Лудченко², Д.И. Беда³,
Е.В. Козина¹, М.А. Березовская¹, А.В. Сидоренко⁴

САМОПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ОФТАЛЬМОЛОГА

¹ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, г. Красноярск

²КГБУЗ «Красноярская краевая офтальмологическая клиническая больница
имени профессора П.Г. Макарова», г. Красноярск

³Филиал ФГБУ «Федеральный Сибирский научно-клинический центр ФМБА России» –
«Клиническая больница 42», г. Зеленогорск

⁴КГБУЗ «Краевая клиническая больница», г. Красноярск

Одними из видов самоповреждения органа зрения являются травмы глазницы, в том числе с повреждением глазного яблока, различные периорбитальные травмы. Предрасполагающими к самоповреждению факторами часто являются психические заболевания, злоупотребление наркотиками. В статье представлены два случая самоповреждения у молодых наркозависимых мужчин. Первый пациент ударил себя в глаз шариковой ручкой. Удаленное через неделю инородное тело представляло фрагмент ручки длиной 12 см и диаметром 7 мм. Нанесенная травма не оказала принципиального влияния на остроту зрения и общесоматическое состояние пациента. Ножевое орбитокраниальное саморанение, полученное вторым пострадавшим, привело к развитию субатрофии поврежденного глазного яблока и атрофии зрительного нерва парного глаза. Ведение таких пациентов требует междисциплинарных подходов.

Ключевые слова: глаз, травма орбиты, краниоорбитальная травма, самоповреждение, самоповреждающее поведение, самоповреждение глаз, наркозависимость, шизофрения.

P.M. Balashova, O.E. Ludchenko, D.I. Beda,
E.V. Kozina, M.A. Berezovskaya, A.V. Sidorenko

SELF- INFLICTED EYE INJURY IN OPHTHALMOLOGIST'S PRACTICE

The types of self-inflicted eye injuries involve eye socket injuries, including damage to the eyeball and various periorbital injuries. Predisposing factors to self-inflicted injury are often mental illness and drug abuse. The article presents two cases of self-inflicted injury in young drug addicted men. The first patient hit himself in the eye with a ballpoint pen. The foreign body removed a week later represented a fragment of a pen 12 cm long and 7 mm in diameter. The injury did not have a fundamental effect on the visual acuity and the general somatic state of the patient. Knife orbitocranial self-inflicted injury, received by the second victim, led to the development of subatrophy of the damaged eyeball, atrophy of the optic nerve of the paired eye. The management of these patients requires a multidisciplinary approach.

Key words: eye, orbital trauma, cranio-orbital trauma, self-inflicted injury, self-injurious behavior, self-inflicted eye injury, drug addiction, schizophrenia.

Глазной травматизм подразделяется на бытовой, детский, спортивный, военный, криминогенный и травматизм при экстремальных ситуациях [1]. При этом крайне редко упоминается такой вид глазной травмы как самоповреждение.

Несмотря на отсутствие единой интерпретации данного термина чаще под «самоповреждением» понимают умышленное причинение вреда своему здоровью без намерения умереть, встречающееся в основном при

психотических расстройствах и как осложнение стереотипий при выраженных формах умственной отсталости [2]. По данным J.G. Gunderson et al. самоповреждения составляют до 9% в отделениях неотложной помощи и до 20% в психиатрических клиниках [3].

Применительно к тяжелым травмам органа зрения наиболее часто описывают случаи аутоэнуклеации (АЭ), под которой понимают редкую форму членовредительства, обычно связанную с психическими расстройствами,