

РЕФЕРАТ

УДК 616.33/34—006.44

С. А. МАЗМАНЯН

СИМПТОМАТОЛОГИЯ ЛИМФОГРАНУЛОМАТОЗА
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Лимфогрануломатоз желудочно-кишечного тракта представлен в литературе разрозненными сообщениями об отдельных наблюдениях, в большинстве своем являющихся операционной или секционной находкой. Клиническая картина и симптоматология его не разработаны. Отсутствие патогномичных симптомов и чрезвычайно большое многообразие клинических проявлений затрудняют правильное клиническое распознавание заболевания. И тем не менее, определенная совокупность признаков при соответствующем опыте клинициста делают дооперационную диагностику при всей ее трудности вполне возможной.

Первичный лимфогрануломатоз пищеварительной трубки проявляется местными и общими симптомами. К первым относятся боли в животе, рвота, тошнота, отрыжка, упорные поносы или бессистемное чередование поносов и запоров, понижение или полное отсутствие соляной кислоты в желудочном соке и т. д. Вторые проявляются разнообразной лихорадкой, зудом и изменениями кожи, изменением картины крови, резкой потливостью, похуданием и выраженной общей слабостью. Эти симптомы в диагностическом отношении представляют наибольшую ценность.

Из 451 опубликованного в отечественной литературе наблюдения, включая и собственные (41), пригодными для клинической разработки оказались 214, тщательный анализ которых позволил составить сводную таблицу частоты общих и местных симптомов, характеризующих данную локализацию лимфогрануломатоза.

По литературным данным, наиболее частый и ранний болевой синдром выявлен у 180 больных из 214 и у 35 больных из 41 на собственном материале. В зависимости от локализации процесса в желудке или кишечнике можно установить некоторые особенности в характере и интенсивности болей. Для желудочной локализации типичны постоянные тупые боли в эпигастрии, усиливающиеся после еды, нарастающие по мере прогрессирования болезни и резко меняющие характер при развитии осложнений. Для кишечной локализации можно отметить большую интенсивность болевого синдрома с начала же заболевания.

По характеру боли жгучие, режущие, схваткообразные, приступообразные и т. д.

Рвота (99—19) и нарушение стула (96—23) соответственно второй и третий по частоте симптомы заболевания. В дифференциальной диагностике наибольшее значение приобретают последние и проявляются в виде поносов (48—6), чередования запоров с длительными поносами (28—11) и запоров (20—6). Остальные местные симптомы определяются в следующей последовательности: отсутствие аппетита (78—18), тошнота (65—15), отрыжка (30—6), изжога (17—4) и т. д. В 16—5 сл. больные сами нащупывали у себя опухоль. Из общих симптомов больные чаще констатируют: общую слабость (133—31), похудание (119—31), лихорадку (87—24), резкую потливость (36—15), зуд кожи (16—10).

Из объективных признаков первое место в симптоматической таблице, по сводным литературным и собственным данным, занимают изменения картины крови. Данные о состоянии крови получены у 200 больных, из них нормальная картина оказалась лишь у 9, у остальных 191 обнаружены те или иные отклонения, характеризующиеся высоким РОЭ, вторичной анемией, лимфопенией, умеренным лейкоцитозом с выраженным палочкоядерным сдвигом. Понижение питания, вплоть до кахексии,—второй по частоте признак заболевания отмечен у 128—31 больных. Опухоль пальпаторно была установлена в 92—29 случаях. Данные, полученные при пальпации, зависят от величины опухоли, характера роста, локализации и т. д.

Следующий по частоте признак—лихорадка (88—28). Характер температуры весьма разнообразный: волнообразный, изнуряющий, интермиттирующий, неправильного типа, субфебрильный и т. д. Температурная реакция может наблюдаться на самых ранних или терминальных стадиях заболевания, совпадать с обострениями или манифестировать осложнения. Наличие лихорадки, ее характеру при лимфогрануломатозе пищеварительной трубки мы придаем чрезвычайно большое значение в дифференциальной диагностике и, в первую очередь, со злокачественными новообразованиями. Большую силу убедительности приобретают сочетания температуры с профузными потами, температуры и зуда кожи и т. д.

Большую диагностическую ценность представляют изменения кожи токсического и специфического характера; они выявлены у 19—11 больных.

Указание на исследование желудочного сока мы обнаружили в 96—16 наблюдениях. Нормальным он оказался в 13—3 сл., в остальных случаях изменения секреции характеризовались чаще резким подавлением секреции с отсутствием свободной соляной кислоты, а нередко и ахилией. Анализ собственных наблюдений позволил установить, что секреторная функция в значительно большей степени нарушается при локализации патологического процесса в желудке и в прямой зависимости от степени его распространенности.

Такова в общих чертах клиническая симптоматика—характер, частота и последовательность развития клинических симптомов при лимфогранулематозе пищеварительной трубки. Рис. 5. Табл. 3. Библиогр. 18.

Армянский институт рентгенологии
и онкологии

Поступило 30/XII 1968 г.

Полный текст депонирован в ВИНТИ