

С. А. АРУСТАМЯН, Л. Н. МКРТЧЯН, А. М. АМБАРЦУМЯН

ФЛЮОРОДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ В СОЧЕТАНИИ С ЭНДОСКОПИЕЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ЖЕЛУДКА

Приводится методика полифлюорографического исследования органов грудной и брюшной полостей в сочетании со сканографией и эндоскопией для выявления различных заболеваний селезенки при доброкачественных и злокачественных опухолях желудка. Указанный метод позволяет повысить дифференциально-диагностическую информативность.

Комплексная методика одновременного полифлюорографического исследования (ПФИ) органов грудной и брюшной полостей, а также молочных желез разработана нами в 1968 г. Наш опыт свидетельствует о высокой эффективности метода ПФИ в выявлении сердечно-сосудистых заболеваний, а также онкологических, воспалительных и кистозных поражений органов грудной и брюшной полостей. Метод ПФИ ускоряет диагностику и обеспечивает своевременное специализированное лечение с реабилитацией. Полифлюорография включает от 3 до 5 снимков (грудная клетка—2, область живота—1 и молочные железы—2).

В настоящей работе приводятся результаты многолетних исследований, выполненных в флюорографическом кабинете ОНЦ им. В. А. Фанарджяна МЗ АрмССР с целью выявления нормы и патологии селезенки, а также заболеваний соседних органов—желудка, печени и др. В литературе подобных исследований нам не встретилось.

По этой методике было обследовано 38672 чел. и проанализировано 126756 крупнокадровых флюорограмм. Из общего числа обследованных лиц с учетом анамнестических и клинико-лабораторных данных различные заболевания селезенки при флюорографии после отбора выявлены у 159 больных (0,4%): хроническая малярия—у 21, аномалия положения органов с правосторонней локализацией селезенки—у 18, атрофия селезенки—у 65, спленомегалический цирроз—у 23, добавочная селезенка—у 2, эхинококкоз селезенки—у 3, болезнь Ходжкина—у 9, болезнь Вакеза—у 3, блуждающая селезенка—у 5, дольчатая селезенка—у 5, газы, симулирующие опухоль в левой половине брюшной полости,—у 5 больных.

Впервые в практике отечественного здравоохранения при массовом профилактическом и диагностическом обследовании больных нами использовано флюорографическое в сочетании с рентгенологическим и сканографическим исследование органов брюшной полости—селезенки, печени, почек и проведена дифференцировка с учетом анамнестических и клинико-лабораторных данных с целью выявления ранних морфологических изменений [5]. Ценность этого метода исследования особенно возрастает при его сочетании с эндоскопией желудка при злокачественных и доброкачественных опухолях с привлечением других комплексных методов исследований (ЭКГ, ФКГ, ци-

тологическое, гистологическое, клиническое, биохимическое, стеральная миелография и др.).

При выявлении различных заболеваний селезенки у больных с диспептическими жалобами производится сочетанное эндоскопическое и рентгенологическое исследование желудка, дополненное сканографией печени и селезенки. Для конкретного примера обратимся к рассмотрению сканографических данных у 35 обследованных больных, у которых выявлено: гепатолиенальный синдром—16, гемолитическая желтуха—6, блуждающая почка слева—5, аденома правой доли печени с компенсаторной гипертрофией левой доли—1, первичные опухоли печени с вовлечением левой доли—7 случаев. Клиническое исследование крови у больных с болезнью Ходжкина в возрасте от 20 до 39 лет (мужчин—7, женщин—2) выявило анемию, лимфопению, в лейкоцитарной формуле—нейтрофилез со сдвигом влево; СОЭ, как правило, ускорена. Диагноз подтвержден гистологически. Из 9 больных у 2 произведена спленэктомия с последующим летальным исходом через год. Остальные 7 больных направлены на химиотерапевтическое и лучевое лечение. В настоящее время хирургическое удаление органов производится после предварительной эмболизации питающих их артерий, что позволяет избежать излишней кровопотери и рассеивания паразитов или опухолевых клеток. **Примером выявления болезни Ходжкина** является крупнокадровая задне-передняя флюорограмма, где ясно бросается в глаза увеличенная в размерах селезенка и печень (рис. 1, а). В приведенном случае болезни Ходжкина в легких патологических изменений не выявлено. Диагноз подтвержден гистологически.

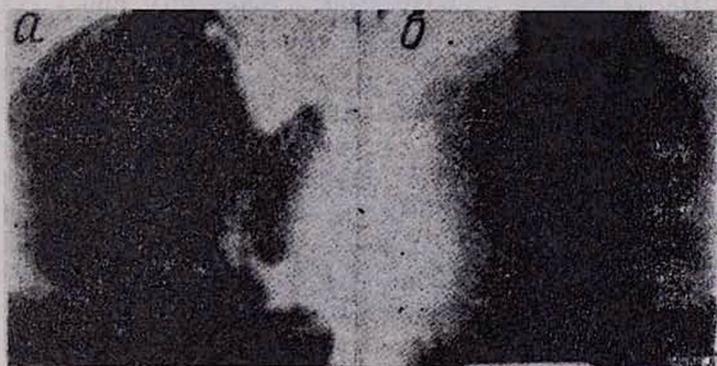


Рис. 1

По данным И. Барта [4], иногда процесс при заболеваниях ретикулоэндотелиальной системы исходит из лимфоузлов, из области корня легкого или брюшинных лимфатических узлов и локализуется в брыжеечной и забрюшинной областях. Изменения забрюшинных лимфатических узлов могут быть выявлены при помощи лимфоаденографии. Селезенка в большинстве случаев увеличена, но путем клинического обследования не всегда удается выявить спленомегалию. Она обнаруживается приблизительно в 75% вскрытий.

Однако несложная, но весьма информативная методика ПФИ органов грудной и брюшной полостей в отличие от однопроекционной грудной флюорографии дает возможность выявить увеличенную селезенку, печень и обследовать их комплексно.

Следующим примером флюорографического наблюдения сплено-мегалии является болезнь Вакеза (эритремия, полицитемия) [3, 7—9]. Данная болезнь проявляется в виде истинного полнокровия. Масса крови в организме увеличивается за счет полнокровия. В трех наших наблюдениях (мужчины в возрасте 55—58 лет) с помощью флюорографии выявлена спленомегалия с изображением селезенки огромных размеров, занимающей всю левую половину брюшной полости (рис. 1 б).

В анамнезе—головная боль, головокружение, чувство жара, приливы к голове, утомляемость, боли в левом подреберье, костях. Объективно: интенсивная гиперемия кожи и слизистых. Язык и губы ярко-красные. Резкое повышение артериального кровяного давления—до 220/140 мм рт. ст. Больные были направлены в ОНЦ на флюорографическое обследование с диагнозом: левосторонний плеврит—в двух случаях и абсцесс селезенки—в одном. При клиническом исследовании крови выявлена эритремия; число эритроцитов в 2 случаях доходило до 7, в одном—до 8 млн, лейкоцитов—до 10000. Число тромбоцитов и вязкость крови повышены. Гематокрит доходит до 85%, СОЭ 1—2 мм в час, ретракция кровяного сгустка понижена. Изучение костного мозга стерильной миелографией показало тотальную гиперплазию всех ростков кроветворения.

По данным А. В. Демидова [3], вторичные абсолютные эритроцитозы изредка могут наблюдаться при гипертонической болезни, язвах двенадцатиперстной кишки, различных заболеваниях центральной нервной системы, сопровождающихся повышением внутричерепного давления. По данным З. Т. Белугиной и соавт. [2], при I стадии болезни лечение не требуется, при II стадии использовали различные методы лучевого лечения (терапия радиоактивным фосфором, сочетанная терапия, рентгено- и гамма-терапия костного мозга, а также химиотерапия и комбинированные методы). При переходе болезни в III стадию активная лучевая и цитостатическая терапия не показана. Проведенное эндоскопическое исследование у 648 лиц выявило: злокачественные опухоли желудка—у 115, доброкачественные опухоли—у 148, язва двенадцатиперстной кишки—у 226, поверхностный гастрит—у 159 с последующим цитологическим и гистологическим подтверждением характера полибиоптата. В группу риска вошли больные с поверхностным гастритом и язвой двенадцатиперстной кишки. Контрольное дообследование с применением консервативного лечения у 111 из 159 чел. выявило выздоровление, у 48—без заметных изменений. Зарубцевание язвы двенадцатиперстной кишки наступило у 95 из 226 больных, размеры язвы значительно уменьшились, контуры сгладились. У остальных 95 чел., которые употребляли в день по 2 и более пачки сигарет и алкогольные напитки, улучшения не отмечалось. Малигнизация язвы наблюдалась у 3 больных.

Приводим одно из наших наблюдений.

Большой Ш. А., 55 лет. Жалобы на колющие боли в левом подреберье, иногда тошноту, изредка ночные боли, утомляемость. Отмечает головную боль, головокружение, чувство жара, приливы к голове. Резкое повышение АД—220/140 мм рт. ст. Направлен в ОНЦ на флюорографическое исследование с диагнозом: левосторонний плеврит. Клиническое исследование крови: эритроциты—7 млн, лейкоцитоз—10000. Число тромбоцитов и вязкость крови повышены. Гематокрит—85%, СОЭ 1—2 мм в час, ретракция кровяного сгустка понижена. Стернальная миелография—тотальная гиперплазия всех ростков кроветворения. Клиническое исследование мочи—большое количество оксалатов. Флюорографическое исследование органов грудной и брюшной полостей: легкие—патологических изменений не выявлено. Сердце—границы не изменены. Реберно-диафрагмальные синусы—свободны. Слева в брюшной полости селезенка огромных размеров с гладкими контурами занимает всю левую половину брюшной полости. Вышеописанную спленомегалию с учетом анамнестических и клинико-лабораторных данных следует трактовать как болезнь Вакеза. Больной направлен на специализированное лечение. Рентгеноскопическое исследование желудочно-кишечного тракта—пищевод в норме. Складки слизистой желудка слегка расширены, по большой кривизне желудка определяется образование цилиндрической формы с гладкими контурами, свободно смещающееся в указанном отделе при пальпации, размер—8×18 мм, эвакуация нормальная. Луковица двенадцатиперстной кишки не изменена. Через 24 часа толстая кишка заполнена. Заключение: полип антрального отдела желудка. Эндоскопическое исследование желудка: по большой кривизне определяется полип цилиндрической формы с несколько расширенным основанием. Диаметр образования составляет 7 мм, длина 17 мм. Поверхность гладкая, блестящая, розового цвета. При щипцовой биопсии слизистая не фрагментируется. На фоне полипа видно пилорическое отверстие. Диагноз подтвержден при помощи цитологического и гистологического исследования полибиоптата (рис. 2).

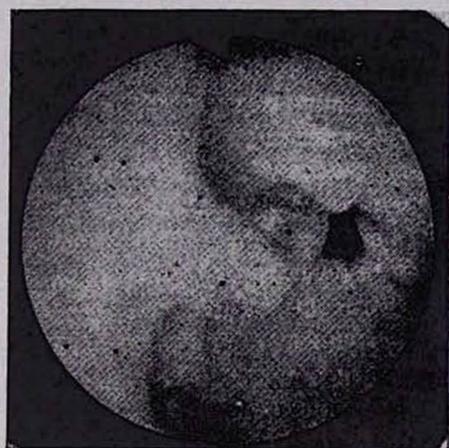


Рис. 2

Приведенное наблюдение представляет определенный интерес из-за синхронной локализации двух заболеваний в левой половине брюшной полости—болезни Вакеза и полипа желудка, протекающих одновременно и симулирующих левосторонний плеврит. Кроме того, однопроекционная флюорография грудной полости не дает возможности выявить и комплексно изучить одновременно заболевания органов брюшной полости.

Методика ПФИ позволила выявить также эхинококковые кисты селезенки [8]. По данным И. Барта [4] и нашим наблюдениям, эхинококкоз селезенки встречается очень редко и составляет 1,1%.

С целью иллюстрации приводим одно из наших наблюдений.

Больной Г. А., 45 лет. Жалобы на тупую боль в левом подреберье. Клинические анализы без отклонений от нормы. При флюорографическом исследовании органов грудной и брюшной полостей выявлено: правый корень легкого слегка расширен, уплотнен. Сердце—умеренная гипертрофия левого желудочка. В области селезенки по длиннику ее обнаружено неполное обызвествление эхинококковой кисты. Реакция латекс-агглютинации положительная. Больной направлен на хирургическое вмешательство. Диагноз тот же (рис. 3 а).

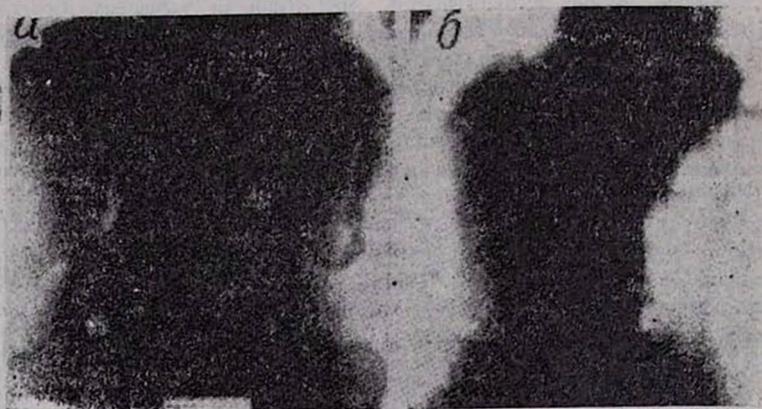


Рис. 3

При эхинококкозе селезенка часто сращена с диафрагмой и соседними органами, причем эти сращения довольно мощные. Растущая эхинококковая киста, увеличиваясь в росте, смещает левую долю печени, желудок, левую почку, толстую кишку. При эхинококкозе селезенка плотная, иногда упруго-эластичная. Возможен разрыв кисты, ее нагноение и, наконец, омертвление. Клинико-рентгенологические данные, подтверждаемые реакцией латекс-агглютинации с кровью, помогают диагностике эхинококкоза селезенки [4].

Иногда больные, страдающие эхинококкозом селезенки, направляются в лечебные учреждения с совершенно другими диагнозами, как, например, киста яичника, гипернефрома, абсцесс селезенки, цирроз печени и др. [5, 6]. При эхинококкозе селезенки приходится проводить дифференциальную диагностику с тромбофлебитической селезенкой, циррозом печени, раком большой кривизны желудка, малярией, гипернефромой.

Методика ПФИ позволила клинически выявить и газы в левой половине брюшной полости, в петлях кишечника, симулирующие спленомегалию у 5 больных. Примером такой иллюстрации является случай, приведенный на рис. 3б. У больного были также сердечные жалобы. Направлен в Институт кардиологии, где диагностирован сердечно-сосудистый невроз с последующим специализированным лечением.

Таким образом, комплексное флюорографическое исследование органов грудной и брюшной полостей и молочных желез в сочетании с другими методами способствует раннему выявлению заболеваний селезенки и соседних органов, доброкачественных и злокачественных

Ս. Ա. ԱՌՈՒՍԱՄՅԱՆ, Լ. Ն. ՄԿՐՏՉՅԱՆ, Ա. Մ. ՀԱՄԲԱՐՉՈՒՄՅԱՆ

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԲԱՐՈՐԱԿ ԵՎ ՉԱՐՈՐԱԿ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ ՓԱՅՄԱԿԻ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՖԼՅՈՒՐՈՍԿՈՒՆՈՐՈՇՈՒՄԸ՝ ԷՆԴՈՍԿՈՊԻԱՅԻ
ՀԵՏ ԶՈՒԳԱԿՑՎԱԾ

Կրճքի և որովայնի խոռոչի օրգանների միաժամանակյա բազմաֆլուորոգրաֆիական հետազոտության կոմպլեքսային մեթոդով ուսմանասիրվել են 38672 մարդու և վերլուծվել 126756 խոշորկադրային ֆլյուորոգրամ: 159 հիվանդի մոտ (0,4 %) հայտնաբերվել են տարբեր հիվանդություններ: Առաջին անգամ բազմաֆլուորոգրաֆիական հետազոտության մեթոդը կիրառվել է էնդոսկոպիայի հետ, որը հնարավորություն է տալիս բացահայտել փայծաղի և հարևան օրգանների հիվանդությունները, ստամոքսի բարորակ և շարորակ ուռուցքները՝ պրոլիբիոպատատի բջջաբանական և պաթոմորֆոլոգիական քննություններով:

Նշված մեթոդը մեծացնում է տարբերակիչ ախտորոշման ինֆորմատիվությունը:

S. A. AROUSTAMIAN, L. N. MKRTCHYAN, A. M. HAMBARTSOUMIAN
FLUOROGRAPHIC DIAGNOSIS OF THE SPLEEN DISEASES COMBINED WITH
ENDOSCOPY AT BENIGN AND MALIGNANT TUMORS OF THE
STOMACH

The methods of polyfluorographic investigations of thoracic and abdominal cavities in combination with scannography and endoscopy are described. These methods are recommended for the diagnosis of different diseases of the spleen at benign and malignant tumors of [the stomach, as it has a high differential-diagnostic informativity.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арустамян С. А., Петросян А. О. Ж. «Арохчапаутюн» (Ереван), 1984, 3, с. 27.
2. Белугина Э. Т. Актуальные вопросы клинической и экспериментальной рентгенологии и радиологии. М., 1977.
3. Демидов А. В. Дис. докт. М., 1962.
4. Барта И. Селезенка—анатомия, физиология, патология и клиника. Будапешт, 1976, с. 263.
5. Фанарджян В. А., Арустамян С. А., Адамян А. А., Багдасарова М. Г. Мат. XVI научной конф., посвященной 50-летию организации Арм. института рентг. и онкол. Ереван, 1972, с. 81.
6. Grace N. D., Muench H., Chalmers T. C. Gastroenterology, 1966, 50, 684.
7. Baker S. L., Jakob E., Rajan K. T., Gault E. W. Brit. J. Haemat., 1961, 7, 210.
8. Grundmann E. Acta hepato-spleni., (Stuttg.). 1961, 8, 34.
9. Peters M. V. Amer. J. Roentgenol., 1958, 79, 114.
10. Phinney A. O. Amer. Heart J., 1961, 62, 270.
11. Ratkoczy N. Pathologie und Therapie der Lymphogranulomatose. Budapest, 1968.