

УДК 616–073.7



Є.В. Горбачук, Г.М. Протопопова

Випадки пухлиноподібної форми сифілісу шлунка

Вузлова лікарня на станції Миколаїв Одеської залізниці,
Дорожня клінічна лікарня на станції Одеса Одеської залізниці

Ключові слова: рентгенодіагностика, молодий вік, виразка шлунка, бластома, сифіліс.

Наслідком складної економічної ситуації в країні є зазвичай зниження морального, культурного рівня населення, що своєю чергою супроводжується тенденцією до зростання кількості випадків венеричних захворювань, зокрема сифілісу. Специфічне ураження сифілісом шлунка є рідкісним явищем. Поняття «сифіліс шлунка» є більше збірним, аніж нозологічним, оскільки об'єднує клініко-морфологічні виявлення від гастропатії при вторинному сифілісі до виразково-гумозних уражень при третинному. Вперше на можливість сифілітичного ураження шлунка звернув увагу Р. Andral у 1834 р., а морфологічні зміни при сифілісі були описані Н. Chiari у 1891 р. Першими спостереженнями були прояви третинного сифілісу, причому частота уражень шлунка у хворих була досить великою – до 1 % [1].

У сучасних умовах специфічні ураження шлунка реєструють здебільшого у хворих на ранні форми сифілісу, частота цієї патології не перевищує 0,25–1 % від усіх клінічних форм сифілісу [2, 3]. Часто перебігають на тлі вторинного запального процесу, а також поєднуються із специфічним ураженням інших органів.

При рентгеноендоскопічному дослідженні виділяють три характерні форми:

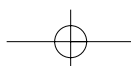
1. Виразкову, яка виникла внаслідок некрозу гумозних утворень. Укриття виразкою зазвичай численні, неправильної форми, різного розміру, іноді дуже глибокі, мають тенденцію до пенетрації і часто ускладнюються перфорацією та кровотечею. Найчастіше розташовані в антральному відділі шлунка.

2. Інфільтративну, за якої розвивається виражений проліферативний процес, переважно у підслизовому шарі. Внаслідок цього виникають великі ділянки інфільтрації органа з формуванням ригідних потовщених стінок. Ця форма сифілісу шлунка рентгенологічно може бути діагностована на підставі циркулярного симетричного чи лійкоподібного звуження антрального відділу або тіла шлунка з чіткими і рівними контурами, зяянням

пілоруса, втратою еластичності та ослабленням чи повною відсутністю перистальтики в зоні ураження, чітким відмежуванням зони ураження від сусідніх здорових ділянок. У разі звуження середньої частини шлунка, що найчастіше розвивається при вродженому сифілісі, може спостерігатися рентгенологічна картина «піщаного годинника». Дифузне ураження патологічним процесом усього шлунка супроводжується його різкою деформацією, зменшенням просвіту і розмірів, а також втратою еластичності (ригідністю) стінок. Рентгенологічна картина подібна до такої у разі тотального скірозного ураження шлунка.

З часом новоутворена грануляційна тканина заміщується фіброзною, відбуваються рубцювання і деформація цих зон, інфільтративна форма змінюється дифузно-інфільтративною (склерозуючою), яка характеризується потужним розвитком сполучної тканини. Шлунок набуває вигляду вузької трубки, стінки потовщені, склерозовані. У разі обмеженого ураження середньої третини тіла шлунка, його форма нагадує піщаний годинник з широким перешийком. Контури змінених ділянок зазвичай гладенькі, плавні та рівні, рельєф слизової оболонки згладжений. При суцільному ураженні шлунка спостерігають концентричне звуження його просвіту, різке зморщування (мікрогастрія) і зяяння пілоруса зі швидкою евакуацією бар'євої суспензії. Ця картина хронічного запального пластичного ураження шлунка за формальними рентгенологічними ознаками не відрізняється від такої при шкірі.

3. Пухлиноподібну (локальна гумозно-гіперпластична). Найчастіша форма сифілітичних змін у шлунку (понад 50 % усіх випадків). У вигляді однієї чи кількох гум помітний відповідних розмірів чітко відмежований дефект (дефекти) наповнення правильної геометричної форми, подібний до таких при доброякісних пухлинах. Якщо в процес залучені всі шари стінки, то відзначається локальна відсутність перистальтики. Контури дефекту наповнення гладенькі, не «поїдені». Найчастіше





гуми локалізуються в антральному відділі. Схильні до розпаду. При вкриванні гуми виразкою (після розпаду гуми) до дефекту наповнення додається рентгенологічний симптом «ніші» з масивним інфільтративним валом. Рентгенологічні дані відповідають картині інфільтративно-виразкової карциноми з вираженою ригідністю стінки, звуженням і деформацією просвіту органа [2, 4].

У всіх випадках необхідно диференціювати пухлиноподібну форму сифілісу від ракового ураження. Своєчасна діагностика сифілісу шлунка ускладнена через відсутність патогномонічних клінічних проявів. Клінічна картина часто нагадує таку при гастриті, гастродуоденіті, виразковій хворобі або злоякісному захворюванні шлунка (аденокарцинома, лімфосаркома). Основні скарги хворих — слабкість, втрата маси тіла, нудота, блювання нещодавно спожитої їжі. На користь сифілісу свідчать молодий вік, тривалий перебіг хвороби і порівняно добрий загальний стан хворого, відсутність пухлини при пальпації, відсутність стенозу пілоруса, а також позитивні серологічні реакції та ефективність специфічної терапії. Правильна інтерпретація рентгенологічної картини можлива лише в поєднанні з ретельним вивченням анамнезу хворого, клінічних проявів, ендоскопічних і лабораторних даних [2].

Наводимо кілька випадків сифілітичного ураження шлунка у хворих з первинним сифілісом, які ми спостерігали протягом останніх років (один із них — у 2008 р.)

1. Хвора С., 29 років, звернулася зі скаргами на біль в епігастрії, нудоту, блювоту, втрату маси тіла. При рентгенологічному дослідженні у нижній третині тіла шлунка на малій кривизні визначається велика «ніша», ширина якої перевищує глибину, стінки і дно виразки нерівні, горбисті, «запальний вал» широкий, ригідний. У хворої був запідозрений рак нижньої третини тіла шлунка. При фіброгастродуоденоскопії, проведеній у вузловій лікарні на ст. Миколаїв, а також при повторній ендоскопії в обласному онкологічному диспансері був підтверджений діагноз раку шлунка, укрите виразкою. Хворій було назначено оперативне лікування в обласному онкологічному диспансері. Однак під час проведення обстеження перед операцією у пацієнтки виявлена різко позитивна реакція Вассермана, при проведенні реакції мікропреципітації результат також був різко позитивним. Хвора була направлена у шкірно-венерологічний диспансер, де було встанов-

лено діагноз сифілітичного ураження шлунка, проведено лікування. Під час повторного рентгенологічного обстеження шлунка патологічних змін не виявлено.

2. Хвора Г., 24 роки, звернулася зі скаргами на різкий біль у епігастрії, нудоту, іноді блювоту. Під час рентгенологічного дослідження вихідного відділу шлунка виявлена обширна «ніша» з широким ригідним «запальним валом». Враховуючи молодий вік обстеженої, а також маючи певний досвід, лікар-рентгенолог запропонував пацієнтці провести серологічне дослідження крові. Це дало змогу швидко встановити діагноз сифілітичного ураження шлунка. Жінка була направлена у шкірно-венерологічний диспансер, де діагноз підтвердили. Хвора отримала лікування. Під час контрольного дослідження шлунка патології не виявлено.

3. Хвора Д., 21 рік, звернулася зі скаргами на біль у верхній частині живота після їжі, зрідка блювоту, нудоту протягом останніх двох місяців. Не схудла. Під час рентгенологічного дослідження шлунка деформований: вихідний відділ звужений, контури звуження нерівні, «поїдені». По великій кривизні, ближче до синуса, дефект наповнення правильної округлої форми з гладенькими плавними контурами. Рельєф слизової оболонки вихідного відділу шлунка атипово перебудований; перистальтика тут не прослідковується. Евакуація уповільнена. Для диференційної діагностики між бластою та пухлиноподібною формою сифілісу шлунка дівчині проведено аналіз крові на реакцію Вассермана. Після отримання позитивного результату пацієнтка направлена в шкірно-венерологічний диспансер, де перебуває нині на лікуванні.

Висновки

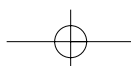
Почастішали випадки такого «екзотичного» захворювання, як сифіліс шлунка.

На підставі рентгеноендоскопічної картини можна запідозрити діагноз сифілісу шлунка.

Остаточний діагноз сифілісу можна встановити тільки після лабораторних досліджень крові на сифіліс.

У лікарів-рентгенологів та лікарів-ендоскопістів має бути відповідна настороженість при виявленні у хворих молодого віку виразки або карциноми шлунка.

У разі підозри на гастросифіліс хворого необхідно направляти у шкірно-венерологічний диспансер на обстеження [5].





Література

1. Дмитриева С.Д., Легостаев Е.М. Диагностика сифилиса желудка при фиброгастроскопии // Вестн. дерматол. и венерол. – 2003.
2. Кишковский А.Н. Дифференциальная рентгенодиагностика в гастроэнтерологии. – М., 1984.
3. Матеріали Х з'їзду онкологів України 10.12.2003 г.
4. Пономарев А.А., Курыгин А.А. Редкие неопухолевые заболевания пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. – М., 1987.
5. Спиридонов В.Е., Заболоцкая Л.М., Рязанова Н.В. Сифилитическое поражение желудка, симулирующее рак. – М., 2004.

Е.В. Горбачук, Г.М. Протопопова

Случаи опухолевидной формы сифилиса желудка

Приведены случаи опухолевидного поражения желудка при ранних формах сифилиса. При обнаружении у пациентов молодого возраста язвы или карциномы желудка у врачей должна быть определенная настороженность; больного необходимо направлять в кожно-венерологический диспансер для обследования.

E.V. Gorbachuk, G.M. Protopopova

Cases of tumor-like gastric syphilis

The article describes cases of tumor-like affection of the stomach at early the syphilis stages. In case when gastric ulcer or carcinoma is revealed in young patients, a physician must have a certain alertness; and the patient should be directed for the additional examination in dermatovenerologic dispensary.

