

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ СИНДРОМА ФИЕСКИ ПРИ СПЛЕНОМЕГАЛИИ

Б.Н. Жиборев, Ю.Б. Кириллов

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

Изучены шесть клинических случаев спленомегалии, проявившихся по преимуществу урологической симптоматикой. Дополнена характеристика редко встречающегося в клинике синдрома Фиески, который возникает в следствие давления увеличенной селезенки на левую почку и проявляется пальпируемой опухолью в подреберье.

Благодаря использованию в практике новейших инструментальных, ультразвуковых, радиологических методов исследования диагностические ошибки при операциях на почке стали встречаться намного реже, чем в хирургии заболеваний других органов брюшной полости.

Прощупываемое объемное образование в подреберье – частый симптом опухоли почки, паразитарной кисты, дистопии, поликистоза почек, забрюшинных околопочечных опухолей. В числе последних определенную сложность для диагностики имеют объемы, которые локализуются над почкой. Улавливаемая в таком случае в подреберье “опухоль” представляет собой смещенную почку. На этапах догоспитальных, когда выявляется объем в проекции расположения почки, проводимое в дальнейшем дообследование может, порой, принципиально менять изначальную диагностическую версию [1, 6].

К казуистическим наблюдениям, для которых характерны находки “опухоли” в левом подреберье, относится

симптомокомплекс, получивший название синдрома Фиески (Fieschi). Его клинические признаки объясняются давлением патологически увеличенной селезенки на почку. В литературе встречаются указания на то, что даже физиологические условия длительного контакта селезенки с левой почкой имеют определенные последствия для анатомического строения и конфигурации последней. J.Friemann-Dahl [7] предполагает, что возникновение характерного выпячивания латерального контура левой почки, принятого за норму (т.н. “горбатая” или дольчатая почка), обусловлено продолжительным давлением селезенки на почку. Особенность синтопии названных органов состоит в их тесной анатомической близости. В условиях патологии, при спленомегалии, физическое воздействие на левую почку становится более очевидным, что находит выражение в рассматриваемом клиническом синдроме.

И.Р.Лазовскис [3], определяя синдром Фиески как результат сдавления левой почки селезенкой, описывает сле-

дующие его признаки. Больные предъявляют жалобы на чувство давления в левой половине брюшной полости; в левом подреберье прощупывается увеличенная селезенка и смещенная почка. Изменений в моче обычно не наблюдается. Диагноз подтверждается после выполнения экскреторной урографии и сканирования почки. Последнее положение необходимо подчеркнуть особо, поскольку ориентация на дополнительные объективные радиологические (в том числе ультразвуковые) методы исследования весьма существенна.

Синдром Фиески встречается не часто. За 15 лет в урологической клинике наблюдалось 6 пациентов с таким симптомокомплексом. При этом правильный диагноз в процессе обследования не установлен у 4 больных. Характер патологического процесса был уточнен у них лишь в ходе хирургического вмешательства, которое вместо планируемого оперативного приема на почке заканчивалось удалением измененной селезенки. Во всех случаях не был реализован и догоспитальный этап диагностики. Результаты амбулаторного исследования интерпретировались врачами, направляющими больных с синдромом Фиески в стационар, как "объемное заболевание" левой почки, или опухоли надпочечника, или оформлялись как урологический синдром -- гематурия, почечная колика.

Действительно, проявления синдрома Фиески у наших больных выражались довольно яркой урологической

симптоматикой (табл. 1). Типичный болевой феномен и пальпирующаяся в подреберье "опухоль" сочетались с лейкоцитурией, иногда -- с микрогематурией. У одного больного отмечались эпизоды макрогематурии, другой имел клинику повышенного артериального кровяного давления по типу симптоматической гипертензии. Изменения в моче, наряду с данными дополнительных методов диагностики, у большинства больных соответствовали признакам хронического пиелонефрита.

Просчеты в распознавании заболевания можно было бы связать, в определенной мере, с ограниченными ранее возможностями использовать в диагностике такие распространенные теперь методы как почечная ангиография, ультразвуковое сканирование, методы компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ). Однако, фактом, заслуживающим внимания клинициста, является то обстоятельство, что спленомегалия у больных данной группы проявлялась симптомами заболевания верхних мочевых путей. Рутинные способы диагностики в своей совокупности фиксировали внимание врачей на значительных изменениях со стороны левой почки. Так, при хромоцистоскопии наблюдалось угнетение функции левой почки по задержке выведения индигокармина. По данным экскреторной урографии имело место снижение контрастирования полостной системы почки (рис. 1), вплоть до отсутствия ее функции. На радиоизотопной сканограмме (рис. 2)

Сводные данные о наблюдаемых в клинике больных с синдромом Фисески.

Клиническое наблюдение	Диагноз направившего учреждения	Диагноз до операции	Диагноз клинический (после операции)	Основные клинические проявления	Заключение по дополнительным методам диагностики
1	2	3	4	5	6
Больная А., 62 г., поступила 13.10.76 г.	левосторонняя почечная колика	опухоль левой почки, симптоматическая гипертония	тромбофлебитическая спленомегалия, хронический пиелонефрит, с-м Фисески	- тупые боли - эпизод почечной колики - пальпируемая опухоль - артериальная гипертензия - лейкоцитурия - микрогематурия	- хромоцистоскопия: задержка выведения индигокармина слева до 12' наблюдения - экскреторная урография: нефункционирующая левая почка - радиоизотопная ренография: существенных изменений функций почек нет
Больная В., 62 г., поступила 23.06.80 г.	опухоль левой почки	рак левой почки, операция по поводу рака желудка 8 лет назад	рак желудка (T4N1M1) с метастазом в селезенку, спленомегалия*, с-м Фисески	- тупые боли - пальпируемая опухоль в подреберье - микрогематурия	- экскреторная урография: объемный процесс в левой почке - радиоизотопная сканогграфия: размеры левой почки уменьшены за счет дефекта наполнения препарата в нижнем полюсе
Больная Г., 38 л., поступила 28.12.84 г.	опухоль левой почки (?)	-	болезнь Вакеза (эритремия), спленомегалия, хронический пиелонефрит, с-м Фисески	- тупые боли - пальпируемая опухоль в подреберье - лейкоцитурия - эритремия	- экскреторная урография: нефункционирующая левая почка - ретроградная пиелография: поясничная дистопия левой почки (?) - хронический пиелонефрит - радиоизотопная рено-сканогграфия: афункциональный тип кривой слева, тотальное поражение левой почки (нефункционирующая почка)

Больной С., 47 л., поступил 19.03.85 г.	макрогемату- рия	рак левой почки	гемангиома селе- зенки, спленоме- галия, с-м Фиески	- тупые боли - эпизоды макрогематурии - микрогематурия	- хромоцистоскопия: симметричное выведение индигокармина - экскреторная урография: увеличение нефро- граммы слева со смещением лоханки вниз, де- формация чашечек, снижение контрастирования полостной системы левой почки
Больной Ф., 55 л., поступил 02.02.90 г.	нефроптоз слева, хрони- ческий пиело- нефрит	нефроптоз слева, хронический пиелонефрит, перинефрит, постхолецистэк- томический син- дром	тромбофлебिति- ческая спленомега- лия, хронический пиелонефрит, с-м Фиески	- тупые боли - пальпируемая опухоль в подреберье - лейкоцитурия	- экскреторная урография: симметричное кон- трастирование, левая почка на уровне L3-4, смещение почки в ортостазе незначительное - ретроградная пиелография: сглаженность сво- дов и расширение шеек чашечек левой почки - ультразвуковое исследование: толщина стенки паренхимы и просвет чашечно-лоханочных систем почек равнозначны. Исследование селе- зенки не проводилось
Больная Ж., 60 л., поступила 01.03.93 г.	опухоль левого надпочечника	тромбофлебити- ческая сплено- мегалия, фокси- рованные неф- роптоз слева, холецистэктомия 15 лет назад	тромбофлеби- тическая сплено- мегалия, хрониче- ский пиелонефрит, с-м Фиески	- тупые боли - пальпируемая опухоль в подреберье - лейкоцитурия	- экскреторная урография: фиксированный неф- роптоз слева - ультразвуковое исследование: размеры почек не увеличены, контур ровный, изменений в па- ренхиме не выявлено. Селезенка – структура однородная, размеры 187х76 мм - радиоизотопная ренография: снижение уровня секреции почек, больше слева; замедление вы- ведения радиофармпрепарата

* Заключение о спленомегалии при метастатическом поражении селезенки приводится в связи с рекомендациями И.Барта [2].
Признаки инвазивного роста опухоли не отмечены.



Рис. 1. Б-ная Г., экскреторная урограмма, 7 мин. после введения рентгеноконтрастного вещества. Чашечно-лоханочная система левой почки не просматривается, справа – тугое заполнение полостной системы.



Рис. 2. Б-ная Г., радиоизотопная сканограмма почек; слева радиоизотопный препарат в левой почке практически не накапливается.



Рис. 3. Б-ной С., экскреторная урограмма, рентгеноконтрастное вещество определяется с обеих сторон. Лоханка левой почки несколько уменьшена, располагается низко, верхняя группа чашечек деформирована.



Рис. 4. Б-ная Г., ретроградная пиелография слева. Отмечаются дефигурация и сближение чашечек, характерные для хронического пиелонефрита. Почка смещена из-за увеличенной селезенки медиально и вниз до $L_3 - L_4$, признаки поясничной дистопии отсутствуют.

можно было увидеть очаговые изменения, характерные для опухоли, либо практически полное отсутствие накопления изотопа в проекции левой почки. Контрастирование полостной системы выявляло смещение почки книзу и различные деформации лоханки и чашечек (рис. 3, 4).

Анализ историй болезни показывает, что специфические "урологические" симптомы у наших больных, порой, приобретали значение решающего клинического синдрома и выводили на первое место в диагностическом процессе патологию органов мочевой системы. В этом, на наш взгляд, состоит одно из объяснений имевших место ошибок в дифференциальной диагностике спленомегалии. Рекомендоемое в таких случаях рациональное комплексное обследование больных может рассматриваться не только как условие снижения числа диагностических люмботомий, но и числа ненужных направлений на такие дорогостоящие методы исследования как КТ и МРТ [5].

Анализ приведенных клинических случаев подводит к более общему выводу о причинах, затруднивших диагностику спленомегалии. Недостаточная информированность врача о данном заболевании и о специфическом синдроме лишает его возможности выполнить целенаправленное корректное диагностическое обследование. Еще

В.А.Оппель говорил: "Чтобы диагностировать заболевание, надо о нем вспомнить" [4]. При пальпируемой опухоли в левом подреберье необходимо верно оценивать роль анатомических взаимоотношений почки и селезенки в условиях патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабич А. Распознавание диагностических ошибок в ходе урологических операций. — Будапешт. Изд-во АН Венгрии, 1984.
2. Барта Имре Селезенка. Анатомия, физиология, патология и клиника. — Будапешт, Изд-во АН Венгрии, 1976.
3. Лазовскис И.Р. 2668 клинических симптомов и синдромов. — Издание 3, перераб. и дополн. - М., 1995. — С. 256-257.
4. Оппель В.А. Цит. по: Черкес В.Л., Ковалевский Е.С., Соловьев Ю.Н. // Внеорганные забрюшинные опухоли. - М.: Медицина, 1976.
5. Пытель Ю.А., Золотарев И.И. // Ошибки и осложнения при рентгенологическом исследовании почек и мочевых путей. — М., Медицина, 1987.
6. Трудный диагноз в урологии: Пер. с англ. / Под ред. Д.Л. Мак — Каллаха. — М.: Медицина, 1994. — 438 с.
7. Friemann-Dahl. J. (1961), Цит. по: Пытель Ю.А., Золотарев И.И. Ошибки и осложнения при рентгенологическом исследовании почек и мочевых путей.-М., Медицина, 1987.-254с.

CLINICAL SIGNIFICANCE OF FIESCHI SYNDROME IN SPLENOMEGALY

B.N.Zhiborev, Ju.B.Kirillov

Clinical features of rarely occurred Fieschi syndrome are reported. Fieschi syndrome is considered to be significant in differential diagnosis of urologic diseases and retroperitoneal tumours. The complex clinical examination including angiographic and ultrasound diagnostic is very important.