

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА СПАЕЧНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЖЕЛУДКА

Б. Б. Кудашев, М. К. Набиуллина, Л. А. Лоскутова, Р. В. Циммергакл

*Кафедра рентгенологии и радиологии (зав. — проф. Б. Б. Кудашев) Башкирского
медицинского института*

Реферат. Обследовано по поводу спаечной болезни брюшины 308 человек, из них 208 — по общепринятой методике и 100 — с проведением комплексного клинко-рентгенологического исследования, включающего многопроекционную рентгеноскопию с изучением рельефа слизистой, полиграфию, двойное и тройное контрастирование, применение фармакологических препаратов (аэрон, атропин), динамическое наблюдение за эвакуаторной функцией отделов желудочно-кишечного тракта. У 28 пациентов обнаружен спаечный процесс в области желудка.

При спаечной болезни брюшины в процесс нередко вовлекается желудок. Это ведет к нарушению секреторной, моторной и эвакуаторной функции органа с соответствующей клинической симптоматикой, требующей дифференциальной диагностики с опухолями, язвенной болезнью желудка и некоторыми формами гастрита.

Нами обследовано 308 больных по поводу спаечной болезни брюшины. У 100 из них наряду с общепринятым клиническим проведено многоплоскостное рентгенологическое исследование по выработанной нами методике с использованием 200 мл стандартно приготовленной бариевой взвеси, включая изучение рельефа слизистой желудка, определение его формы, величины, положения, эластичности стенок. Смещаемость мы оценивали с помощью обзорных снимков желудка при «тугом» заполнении на фазе вдоха и выдоха на одной пленке (диплограмма) в вертикальном положении больного и в латеропозициях. Изучение моторно-эвакуаторной функции желудка включало полиграфию и динамическое наблюдение через каждый час от начала исследования до полного опорожнения желудка от бариевой взвеси. При необходимости производили двойное и тройное контрастирование, парietoграфию. Использовали и фармакологические препараты (аэрон, атропин).

Посредством указанной выше методики нам удалось у 28 больных определить наличие спаечного процесса в области желудка. При этом мы столкнулись с трудностями при уточнении характера патологических процессов в области желудка у 10 больных (8 мужчин и 2 женщины). 6 из них поступили в клинику с диагнозом язвенной болезни желудка, установленным в поликлинике при клинко-рентгенологическом наблюдении. У одной больной в результате неоднократного клинко-рентгенологического исследования в стационаре и поликлинике была определена язвенная болезнь, рубцово-язвенная деформация желудка. При исследовании в нашей клинике диагностирована спаечная болезнь, рубцово-спаечная деформация желудка, что подтвердилось при оперативном лечении. У 5 больных при исследовании в клинике с применением методов двойного и тройного контрастирования, а также с помощью фармакологических препаратов и контрольной рентгенографии после противовоспалительного лечения по Гурвичу исключить язву желудка не удалось. Во время операции у этих больных обнаружены перивисцеральные сращения, плотные тяжевые спайки, оттягивающие стенку желудка с образованием дивертикуллоподобного выпячивания (у 3 больных), рубцово-спаечные изменения (у 2 больных).

Приводим для иллюстрации одно наблюдение.

С., 50 лет, поступил в 6-ю городскую клиническую больницу с жалобами на боли в подложечной области, тошноту, похудание, плохой аппетит, рвоту съеденной пищей, изжогу, отрыжку воздухом, чувство тяжести в эпигастрии после еды. В анамнезе — ушивание перфоративной язвы желудка в 1965 г. При рентгенологическом исследовании в республиканском онкодиспансере накануне госпитализации была выявлена язвенная ниша с воспалительным околязвенным валом в препилорическом отделе желудка.

Произведено рентгенологическое исследование: желудок натощак содержит жидкость и слизь; рельеф слизистой образован утолщенными продольными складками, переходящими в поперечные в антральном отделе. По малой кривизне в препилорическом отделе определяется неровность контуров, на задней стенке — стойкое контрастное пятно (рис. 1, 2). Перистальтика желудка сегментирующая. Первичная эвакуация содержимого желудка замедлена. Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована. Петля двенадцатиперстной кишки формируется правильно. Через 30 мин. от начала исследования желудок полностью опорожнился от контрастного вещества. Петли тонкой кишки расположены обычно.

Консервативное лечение эффекта не дало. Больной был оперирован. Во время операции обнаружен обширный спаечный процесс в области антрального отдела желудка. Желчный пузырь, средняя добавочная доля печени и антральный отдел желудка образуют единый конгломерат. Плотная тяжевая спайка оттягивает стенку желудка. Спай-

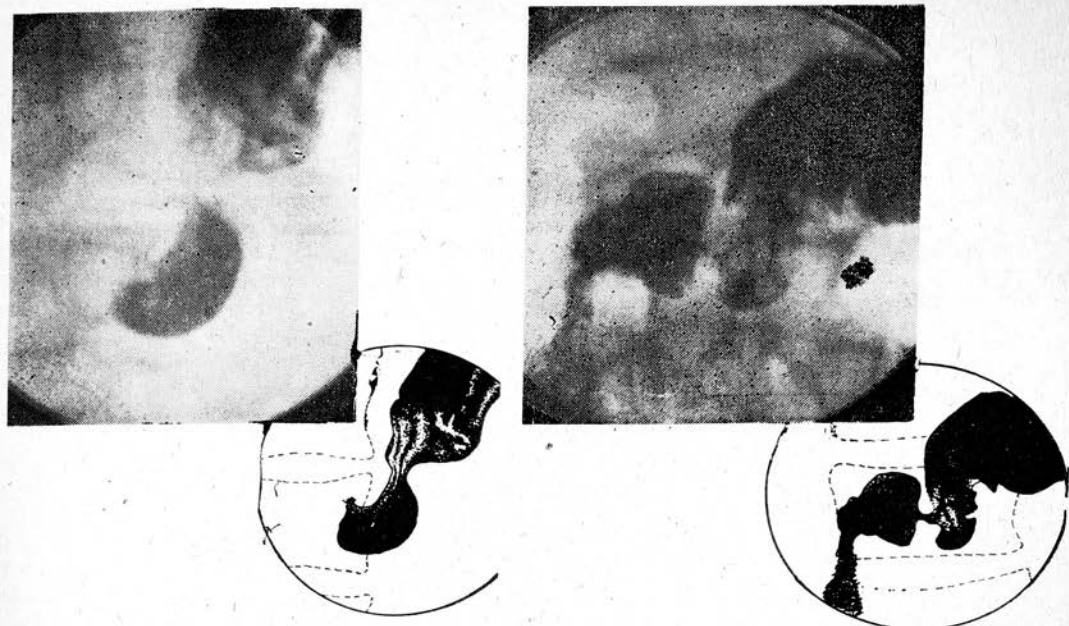


Рис. 1—2. Рентгенограммы больного С., 50 лет.

В препилорическом отделе по малой кривизне желудка определяется неровность контуров, на задней стенке — стойкое контрастное пятно, окруженное валом с конвергенцией складок слизистой.

ки рассечены. При ревизии желудка язвы обнаружить не удалось. Через 2 недели после операции произведено контрольное рентгенологическое исследование — деформация антрального отдела желудка сохраняется.

У 4 больных из 10 подозревали опухоль проксимального отдела желудка. Из них 2 подверглись операции. У одного больного рентгенологически и клинически было предположено наличие опухоли в субкардиальном отделе желудка. Во время операции выявлены плоскостные сращения с плотной, увеличенной левой долей печени, рубцовые изменения в субкардиальном отделе желудка. Из этой группы у 2 больных при повторном рентгенологическом исследовании и фиброгастроскопии удалось исключить наличие опухолевого процесса и установить спаечную деформацию проксимального отдела желудка.

Особый интерес, по нашему мнению, представляет больной, выписку из истории болезни которого мы приводим.

П., 46 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в левом подреберье, иррадирующие в спину, отсутствие аппетита, потерю в весе. В анамнезе — операция по поводу перфоративной язвы желудка (ушивание, наложение заднего гастроэнтероанастомоза). Данные объективного обследования: язык обложен белым налетом. На передней брюшной стенке — послеоперационный рубец от мечевидного отростка до пупка, в области послеоперационного рубца — дефект апоневроза размерами 10×2 см. Рентгенологически установлено: оперированный желудок — задний гастроэнтероанастомоз. При заполнении желудка контрастным веществом наблюдается медленное разворачивание его, рельеф слизистой желудка плохо дифференцируется. По малой кривизне субкардиального отдела желудка определяется дефект наполнения с нечеткими контурами на протяжении около 6 см с двумя асимметрично расположенными контрастными пятнами. На этом уровне по большой кривизне — стойкое втяжение. Эвакуация содержимого желудка происходит естественным путем и через анастомоз. При обычном рентгенологическом исследовании была заподозрена опухоль субкардиального отдела желудка (рис. 3—5). При дополнительном рентгенологическом исследовании с применением разных методик (исследование в латеропозициях, полиграфия, парietoграфия) удалось исключить опухоль субкардиального отдела желудка и выявить спайки в области тонкой кишки. Лапаротомия подтвердила рентгенологические данные: установлены плоскостные сращения с плотной, смещенной влево печенью, вызывающие деформацию субкардиального отдела желудка. Кроме того, наличие варикозно расширенных вен в субкардиальном отделе желудка создавало впечатление изъеденности медиального контура, наличие дефектов наполнения в этом отделе желудка. Все это создавало ложную картину опухоли субкардиального отдела желудка. Спайки рассечены. Опухоли не найдено.



Рис. 3—4. Рентгенограммы больного П., 46 лет.

По малой кривизне желудка в субкардиальном отделе его определяется дефект наполнения с нечеткими контурами, на фоне которого видны два асимметрично расположенных депо бария. По большой кривизне желудка на этом уровне — стойкое втяжение.

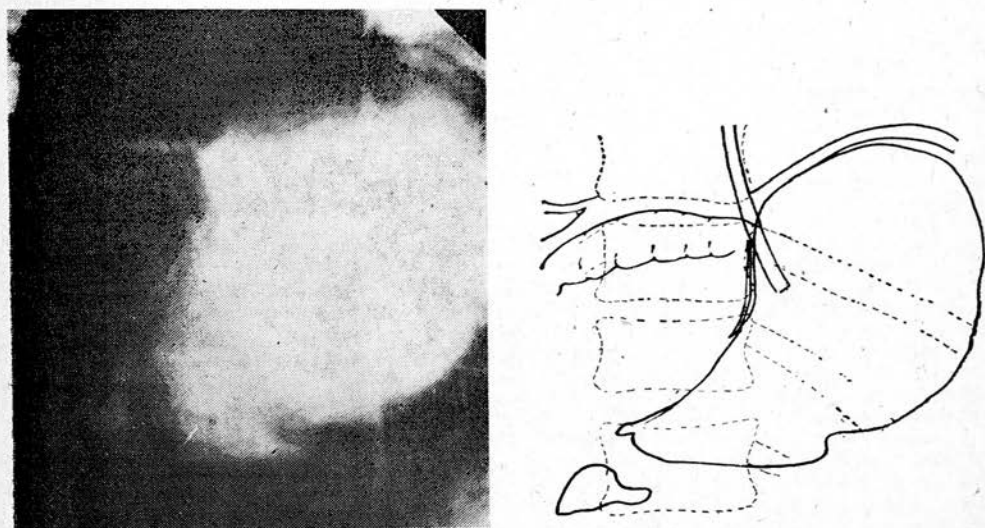


Рис. 5. На париетограмме желудка того же больного эластичность медиальной стенки сохранена.

Таким образом, даже при клинико-рентгенологическом исследовании в стационаре, с применением всех рекомендуемых методов исследования, не всегда возможно точно определить характер патологического процесса, особенно при локализации процесса в субкардиальном отделе желудка. При возникновении сомнений желательно применение эндоскопических методов исследования (фиброгастроскопии, лапароскопии). В исключительных случаях приходится прибегать к диагностической лапаротомии.

Поступила 15 марта 1977 г.