

О ДИВЕРТИКУЛАХ ЖЕЛУДКА¹

Асс. А. Ф. Адриановский

2-я кафедра рентгенологии и радиологии (зав.—проф. Д. Е. Гольдштейн)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Дивертикулы желудка хотя и относятся к весьма редким заболеваниям пищеварительного тракта, но имеют важное дифференциально-диагностическое значение.

В течение 1950—59 гг. в различных лечебных учреждениях нами рентгенологически исследовано 9972 больных заболеваниями желудочно-кишечного тракта (мужчин было 5873 и женщин — 4099). Дивертикулы желудка были выявлены у 27 человек (мужчин 15, женщин — 12).

По литературным данным и по нашим наблюдениям, дивертикулы желудка чаще располагаются в субкардиальном отделе на задней стенке — у малой кривизны. Второе место по локализации занимает антральный отдел желудка. В других отделах дивертикулы встречаются реже. Большинство авторов делит дивертикулы желудка на врожденные и приобретенные, а последние — на пульсионные и тракционные. Гистологически различают: 1) истинные дивертикулы, в образовании которых участвуют все стенки желудка, и 2) ложные, представляющие грыжевидные выпячивания слизистой оболочки через дефект или щель в мышечной стенке.

Бергман (цит. по А. З. Амелину) считает, что деление на пульсионные и тракционные дивертикулы не всегда возможно, так как иногда сочетаются оба причинных момента одновременно.

Некоторыми авторами выделяются еще так называемые функциональные дивертикулы желудка (А. И. Савицкий, Е. С. Марголис и др.).

Е. М. Каган на основании тщательного динамического изучения 9 больных с врожденными дивертикулами желудка и около 30 больных, у которых в желудке обнаружены различные дивертикулообразные карманы на почве воспалительных или злокачественных поражений, предложил считать дивертикулами только ограниченные мешковидные выпячивания стенки желудка, возникшие как аномалия развития или вследствие врожденного предрасположения и связанные с просветом желудка при помощи «шейки». Все остальные деформации желудка различного происхождения, даже тогда, когда они имеют дивертикулообразную форму, следует, по его мнению, рассматривать как вторичные изменения на почве перигастрита, рака, изъязвления и т. д. На основании вышеизложенного Е. М. Каган приходит к следующему выводу: «В желудке не может быть и не бывает приобретенных, так называемых тракционных, а, следовательно, тракционно-пульсионных и пульсионных дивертикулов».

Эта новая классификация Е. М. Кагана с теоретической стороны заслуживает внимания; практически же она вызывает ряд замечаний. Для лечащего врача основным после установления рентгенологически врожденного или дивертикулообразного мешковидного выпячивания стенки желудка является вопрос о зависимости от него жалоб больного.

Возникает и другой вопрос, который важно установить,— усиливаются ли болезненные ощущения вследствие имеющегося мешковидного выпячивания, безотносительно к его этиологии (например, рубцовых изменений или спаечных процессов), или не усиливаются.

Поэтому, как мы считаем, рентгенолог обязан: 1) установить наличие дивертикула (врожденного или приобретенного) и 2) на основании клинико-рентгенологических данных уточнить возможность объяснения имеющихся жалоб больного наличием выявленного дивертикула безотносительно к его этиологии.

Мы считаем поэтому возможным для практических целей пользоваться простой рабочей схемой деления дивертикулов желудка на пульсионные и тракционные (те и другие с осложнениями или без осложнений), а также на функциональные.

В образовании приобретенных дивертикулов, как известно, основное значение имеют различные воспалительные процессы в желудке и прилежащих органах (желчный пузырь, печень, поджелудочная железа и т. д.). Патогенез же врожденных дивертикулов имеет несколько теорий, причем возникновение различных по локализации дивертикулов нередко объясняется разными теориями.

Величина дивертикулов желудка, как по литературным, так и нашим данным, колеблется от небольших, величиной с горошину, до куриного яйца и более.

Форма дивертикулов, если они не осложнены воспалением, обычно округлая с ровными, четкими контурами.

Дивертикул желудка, как это подтверждается и нашими наблюдениями, может быть случайной находкой рентгенолога, если он не осложнен воспалением. В таком случае дивертикул быстро освобождается от бариевой массы, а при пальпации в области дивертикула болезненности не отмечается. Иногда же он остается длительно, от нескольких часов до нескольких дней, заполненным контрастной массой. Длительная задержка контрастной массы свидетельствует в пользу воспалительных изменений — дивертикулита с возможным в дальнейшем развитием различных осложнений (кровотечения, изъязвления, гангрены, перфорации и т. д.). На это указывают

¹ Доложено в Обществе рентгенологов и радиологов ТАССР 17/XI-60 г.

многие авторы. Один факт длительной ретенции есть уже источник для развития восходящей и нисходящей инфекции желудочно-кишечного тракта (гастриты, расстройства желудочного химизма, энтероколит, рефлекторное нарушение опорожнения желудка и двенадцатиперстной кишки и т. п.).

Некоторыми авторами описаны единичные случаи развития в дивертикуле доброкачественных и злокачественных новообразований. Но такие наблюдения единичны.

Согласно литературным данным и нашим наблюдениям, при дивертикулах желудка не бывает определенной клинической картины, что делает невозможным клиническое их распознавание.



Рис. 1. Кардиальный отдел желудка. Виден дивертикул округлой формы.



Рис. 2. Кардиальный отдел. Дивертикул с узким ходом сообщения («вишня на веточке»).



Рис. 3. Кардиальный отдел желудка. Дивертикул. Видны складки слизистой, идущие в дивертикул.



Рис. 4. Дивертикулы большой кривизны тела желудка. Отсутствие воспалительного вала.

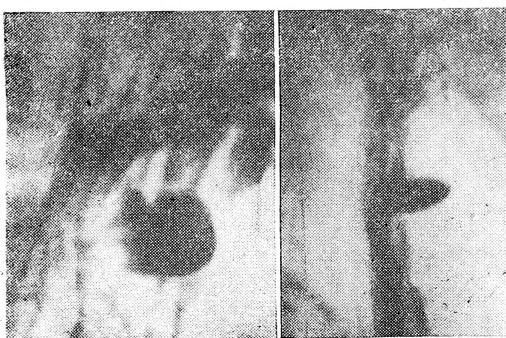


Рис. 5. Дивертикулы большой кривизны. Уменьшение размеров дивертикула в процессе исследования.

Чаще всего такие больные направляются с диагнозом язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, рака желудка, заболевания желчного пузыря, поджелудочной железы и т. д.

Диагнозы больных, направленных к нам на рентгенологическое исследование с дивертикулами желудка, были следующими: а) гастрит (4), б) язва желудка (8), в) язва двенадцатиперстной кишки (6), г) рак желудка (5), д) болезнь оперированного желудка (4). Давность заболевания была различна — от нескольких месяцев до нескольких лет. Жалобы в основном сводились к боли в подложечной области, диспепсическим расстройствам, различно выраженным, иногда приступообразным болям, похуданию в сочетании с плохим аппетитом.

В отличие от клинической картины, рентгенологическая симптоматология ди-

вертикулов желудка является более определенной и сводится к следующему: 1) типичная локализация (рис. 1), 2) округлость формы с четкими, ровными контурами, 3) нередко узкая шейка (ход сообщения), связывающая дивертикул с просветом желудка (он тогда напоминает «вишню на веточке» (рис. 2), 4) весьма ценный симптом — возникновение складок слизистой не только в прилежащих отделах, но и в шейке, а также в дивертикуле (причем в последнем их трудно выявить), ибо, как известно, при нишах любого происхождения этого не бывает (рис. 3), 5) отсутствие воспалительного вала вокруг шейки, даже при явлениях дивертикулита и перидивертикулита (рис. 4), 6) участие в перистальтике, то есть уменьшение размеров дивертикула в процессе исследования (рис. 5), 7) быстрое опорожнение, иногда же длительная задержка бариевой массы в дивертикуле — при воспалительных осложнениях.

Мы начинаем исследование больного с тщательного обзорного просвечивания брюшной полости. Затем предлагаем больному выпить один-два небольших глотка обычной бариевой массы и тщательно изучаем рельеф слизистой. Нередко при дивертикуле уже в начальной фазе исследования выявляется небольшой карман в кардиальном отделе, что в дальнейшем требует тщательного дополнительного исследования. Затем больному предлагается принять весь оставшийся в стакане барий, причем предварительно рукой блокируется желудок в среднем отделе его тела. Указанный прием обычно позволяет «стуго» заполнить верхнюю часть желудка и кардиальный отдел. После этого, не отпуская руки, поворачиваем больного в косые положения. При дивертикуле особенно ценно первое косое положение с некоторым наклоном в правую сторону. Если имеется подозрение на патологический процесс в кардиальном отделе, то больной исследуется в положении Тренделенбурга с обязательным поворотом в первое и второе косые положения. Дивертикул также хорошо заполняется и в положении больного на животе.

Следует подчеркнуть важность, по выражению Е. М. Кагана, определенной «дивертикулонастороженности» врача-рентгенолога, который при любом исследовании желудка должен помнить о возможности дивертикула. Несмотря на то, что рентгеновская симптоматика и методика исследования достаточно хорошо разработаны, все же бывают случаи, когда рентгенологически не представляется возможности дать окончательное заключение, и некоторые авторы рекомендуют для уточнения прибегать к гастроскопии.

Отличие дивертикула желудка от эпикардиального дивертикула служит то, что первый всегда располагается ниже кардии.

Перегиб («каскад») желудка в субкардиальном отделе также может симулировать дивертикул. Многоосевое исследование в различных положениях больного, особенно после наклонов и натуживаний, а также повторные контрольные исследования в таких неясных случаях позволяют обычно провести дифференциальную диагностику. К этому считают необходимым добавить обязательное применение рентгенографии, особенно пристильных снимков.

Следует отметить, что при однократном исследовании дивертикул желудка может быть не выявлен рентгенологически, а иногда выявленный ранее дивертикул при повторном исследовании не виден. Это объясняется тем, что ножка дивертикула может оказаться резко суженной за счет воспаления, отека слизистой или закупорки ее просвета сгустком крови (после кровотечения), пищевой массой и т. п. Вместе с тем, выявление дивертикула желудка не дает повода ограничиться этим и прекратить рентгенологическое исследование. Необходимо тщательное исследование всего желудка для исключения других его заболеваний, ибо, как показывает наш опыт и литературные данные, могут быть сочетания дивертикула с язвой и другими заболеваниями желудка. Сочетание дивертикула с язвой создает значительные трудности при решении вопроса, чем обусловлены болезненные симптомы. Если после противоязвенного лечения многократные рентгенологические исследования не обнаруживают язвенную нишу при сохранении тех же клинических симптомов, то последние следует отнести за счет дивертикула.

Что касается методов лечения дивертикулов желудка, то по этому поводу до сих пор мнения различны. Большинство авторов выскаживается в пользу консервативных методов.

Ряд авторов рекомендует хирургическое лечение, однако лишь при осложнениях дивертикулитом или перидивертикулитом, сопровождающихся тяжелыми клиническими симптомами (боли, кровотечения и т. д.).

Надо иметь в виду, что иногда выявленный рентгенологически дивертикул, как это отмечает А. И. Савицкий, не обнаруживается на операции, так как нахождение дивертикула на операционном столе при расслаблении стенок желудка, при высоком расположении дивертикула, да к тому же еще на задней стенке, является подчас делом далеко не легким.

На нашем материале оперативное лечение проведено лишь в одном случае, когда имелись упорные боли, длительно не поддававшиеся воздействию терапевтических мероприятий. На операции оказались тракционный дивертикул задней стенки желудка и выраженный перигастрит.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амелин А. З. Педиатрия, 1941, 4.— 2. Каган Е. М. Клин. мед., 1956, 4.—
3. Марголис Е. С. Вестн. рентген. и радиол., 1940, 2—3.— 4. Савицкий А. И. Хирургия, 1940, 11.— 5. Фанарджан В. А. Руководство по рентгенодиагностике, 1951, т. II.— 6. Хорошко Н. В. Клин. мед., 1937, 7.

Поступила 21 марта 1961 г.

ВЛИЯНИЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА НА УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН

Asп. А. Ф. Агеев

Кафедра хирургии и неотложной хирургии (зав.—проф. П. В. Кравченко)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В результате развития грудной хирургии и расширения показаний к большим и комбинированным внутрибрюшным и торакальными операциям, вопросы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения таких больных становятся все более актуальными. В особенности это касается мероприятий, направленных на максимальное сохранение или восстановление жизненно важных функций организма, нарушенных в результате как основного заболевания, так и той травмы, с которой неизбежно связаны большие оперативные вмешательства на желудочно-кишечном тракте. В связи с этим и в отечественной, и в зарубежной литературе в последнее десятилетие появляется много работ по изучению углеводного обмена и роли в нем печени при хирургических заболеваниях [Д. Г. Абрамович и Э. Д. Бабук (1950), Л. В. Авдей (1959), М. С. Говорова (1957), М. Е. Депп (1953), К. З. Данович (1950), С. А. Иохельсон (1957), И. Д. Коломина (1958), А. Т. Колесникова (1955), П. В. Кравченко (1954), Н. Ф. Скопиченко (1954), Ф. А. Спектор (1959), Ellenberg M., Ossegman K. E. (1956), Keeton R. W. (1948)].

Мы изучали нарушения углеводного обмена на основании гликемических кривых, полученных у больных раком желудка, язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, а также динамику его восстановления при применении таких распространенных средств, как введение глюкозы, инсулина, переливание крови и ее компонентов и др. Натощак больному определялся сахар крови по методу Хагедорна—Иенсена, затем внутривенно вводилось 40 мл 40% раствора глюкозы и через 5, 15, 30 мин определялось количество сахара в крови. На 30-й мин повторялось введение глюкозы в той же дозе и вновь определялось количество сахара в крови через 5, 15, 30, 60 мин.

По полученным данным вычерчивалась гликемическая кривая.

В гликемической кривой принято различать три фазы: увеличение уровня сахара крови, выраженная стабилизация этого уровня и возвращение сахара к исходному уровню. При оценке сахарной кривой пользуются данными максимального подъема сахара, продолжительностью гликемии и сроком возвращения сахара крови к исходному уровню. При этом могут быть в основном следующие, схематически представленные вариации гликемических кривых (см. рис. 1, 2).

Нами исследовано 110 больных. Общая характеристика им дана в таблице 1.

У всех больных при поступлении в первые 2—3 дня проводилась проба с двойной внутривенной нагрузкой глюкозой.

После предоперационной подготовки или лечения исследовано 93 больных и на различных сроках после операции — 85. Не было оперировано 35 больных из-за отсутствия показаний или отказа от оперативного лечения.

Из больных язвой желудка количество сахара натощак было в пределах нормы у 8, и у 5 больных с выраженным болевым синдромом оно выходило за ее пределы (до 142 мг%).

После двойной углеводной нагрузки сахарная кривая имела все три типа нарушений. Нормальной или же близкой к ней сахарная кривая оказалась у 4 больных, причем давность заболевания этих больных не превышала 2,5 лет, и болевой синдром был не резко выражен. Возраст, по-видимому, значения не имеет, так как возрастной состав этих 4 больных был в пределах от 24 до 62 лет.

Из 26 больных язвой двенадцатиперстной кишки нормальная гликемическая кривая встретилась у девяти. Исходная величина сахара крови натощак у 17 обследованных была в пределах нормальных величин, и только у 5 она находилась у верхней границы нормы, а у 4 больных, поступивших на лечение с выраженными болями, оказалась повышенной от 121 до 143 мг%. Следует заметить, что среди больных с нормальным содержанием сахара крови (у 10 из 17) болевой синдром был выражен значительно. Таким образом, обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки не всегда сопровождается увеличением количества сахара крови. Зависимости степени нарушения углеводной функции от возраста и давности заболевания у этой группы больных нам отметить не удалось.

Несколько большие нарушения найдены у больных язвой двенадцатиперстной