

Г. М. Сагателян

## К вопросу о дивертикулах желудка

Дивертикулы желудка встречаются довольно редко. По частоте нахождения дивертикулос желудка, по сравнению с другими отделами желудочно-кишечного канала, занимает последнее место. Процент нахождения дивертикулов желудка, по данным различных авторов, составляет 0,1—0,2 всех исследований желудка.

Обнаружение дивертикулов в дорентгеновскую эру базировалось на случайных находках при оперативных вмешательствах или патолого-анатомических вскрытиях.

В отечественной литературе вопрос прижизненного нахождения дивертикулов желудка рентгеновским методом исследования тщательно разрабатывается начиная с 1935 г., когда Фанарджян [8] подробно описал свои 2 случая в „Руководстве по рентгенодиагностике“ (т. 1, вып. 1), а позже появился ряд работ, с описанием данного заболевания (Жодзишский и Рубанович [3]—1 случай в 1936 г., Хорошко [9]—1 случай в 1937 г., Иргер [5]—1 случай в 1939 г., Левин [6]—3 случая в 1940 г., Савицкий [7]—2 случая в 1940 г., Амелин [1]—2 случая в 1941 г., Березова [2]—1 случай в 1942 г., Иванов и Чеботарев [4]—16 случаев в 1947 г.). Особенно следует отметить обстоятельную работу Иванова и Чеботарева из Киевского Рентгено-Онкологического Института. Всего, по их данным в мировой литературе описано 176 случаев дивертикула желудка.

Прижизненная диагностика дивертикула желудка без применения рентгенологического метода исследования невозможна. Это становится понятным, если учесть в особенности бессимптомное течение заболевания. Хотя некоторые авторы описывают ряд симптомов при дивертикулах желудка, однако все эти явления—как боли в эпигастриуме, жалобы, напоминающие язву и гастрит—не являются патогномоничными для дивертикулов желудка. Дивертикулы нередко просматриваются также и рентгенологически или принимаются за нишу другого происхождения.

Рентгенологическая симптоматология дивертикула желудка базируется на ряде признаков, довольно характерных для этого заболевания.

При рентгенологическом исследовании дивертикул желудка дает следующую картину: выпячивание стенки желудка на ограниченном участке в области малой кривизны. Большинство рентгеновских описаний относится к дивертикулам с прекардиальной локализацией. Поскольку такой дивертикул располагается вблизи кардия и в области

малой кривизны, мы находим на этом месте ограниченное выступание.

Одним из характерных рентгенологических признаков дивертикула желудка является наличие складок слизистой в шейке дивертикула и даже в самом дивертикуле, что не бывает при язвенных и раковых нишах, где механизм образования ниши совершенно иной. Далее, вокруг входа в дивертикул нет красного вала, что характерно для язвенной ниши и на рентгеновской картине дает просветление, соответствующее месту вала. Фанарджян приводит данные Акерлунда и др. авторов, говорящих о наличии газа в дивертикуле, с горизонтальным уровнем жидкости. Характерным рентгенологическим признаком дивертикула желудка, по мнению Фанарджяна, является способность его растягиваться, т. е. показать различную степень наполнения. Этот симптом может иметь дифференциально-диагностическое значение.

Распознавание дивертикулов желудка рентгенологическим методом исследования имеет большое значение в руках рентгенолога, знакомого с этим заболеванием, так как в ряде случаев малоопытные рентгенологи их принимают за язвенную нишу. Так было с одним нашим случаем, который до исследования у нас предыдущим рентгенологом трактовался как язва желудка. При рентгенологическом исследовании необходимо применять все существующие методы и в особенности метод исследования в горизонтальном положении больного, или в положении Тренделенбурга.

По локализации различают:

1. прекардиальные дивертикулы,
2. дивертикулы в области привратника,
3. дивертикулы на большой кривизне,
4. дивертикулы на малой кривизне и передней стенке.

Последняя локализация дивертикулов желудка является очень редкой. Самой частой является прекардиальная локализация.

Причиной образования прекардиального дивертикула является особое расположение продольных мышечных волокон в области свода желудка, где эти волокна разделяются на два пучка и направляются по малой и большой кривизне. В этом месте мышечный слой образован только круговыми волокнами.

Патолого-анатомически дивертикулы желудка делятся на истинные и ложные. При первом виде дивертикулов в образовании его участвуют все три слоя стенки желудка, при ложных же стенка дивертикула состоит из слизистого и подслизистого слоев, выпячивающихся через дефект в мышечном слое.

Дивертикулы желудка разделяются на врожденные и приобретенные. Последние бывают пульсионные и тракционные. Как врожденные, так и пульсионные (из приобретенных) дивертикулы имеют форму округлую, овальную или удлиненную, с четкими, резкими контурами. Иванов и Чеботарев сравнивают их с пальцем перчатки.

Дивертикулы имеют шейку различной ширины. Тракционные дивертикулы имеют воронкообразную форму.

Дивертикулы желудка большей частью встречаются у взрослых, но описаны случаи и у детей (Амелин).

По вопросу этиологии и патогенеза дивертикулов желудка существуют различные мнения. По мнению некоторых авторов, прекардиальные дивертикулы являются врожденными образованиями. Подобные дивертикулы наблюдаются у свиней и других животных, что, даю основание некоторым авторам считать их врожденными. Это мнение мы не разделяем.

Довольно большое значение в образовании тракционных дивертикулов имеют спайки желудка с соседними органами.

Как указано выше, клинические симптомы дивертикула желудка весьма неопределенны и ничего характерного не дают для установления их наличия. Имеющиеся иногда желудочные жалобы у больных являются результатом осложнений дивертикула (как, например, воспаление их—дивертикулиты). Одним из опаснейших и, к счастью, редких осложнений дивертикула желудка является прободение его с вытекающими отсюда последствиями, а также профузное кровотечение. Хорошо описал случай аденокарциномы, развившейся в дивертикуле желудка.

Иванов и Черботарев придают существенное значение вторичному гастриту, дающему определенные симптомы. Эти авторы находили явный гастрит в 10 из 12 случаев истинных дивертикулов, причем в трех случаях была гипохилия, в четырех—ахилия, в одном—нормальная кислотность и в двух—повышенная кислотность. В соответствии с этим наблюдаются и определенные симптомы диспептического характера, как отрыжка, тошнота, нарушение аппетита, изжога, давление под ложечкой, эпигастральные боли и т. д.

На основании клинических картин Иванов предлагает следующую клиническую классификацию дивертикулов, что, по его мнению, имеет практическое значение:

1. латентная (бессимптомная) форма;
2. диспептическая форма (гастритическая) с диспептическими жалобами при явлениях гипо-или анацидного гастрита;
3. псевдо-язвенная форма, с периодическими типичными болями и гиперсекрецией, иногда с кровотечениями;
4. псевдо-карциноматозная форма (общее истощение, похудание, адинамия, желудочные жалобы, боли, ахилия, резистентность или уплотнение при пальпации и эпигастрии);
5. комбинированные формы (сочетание дивертикула с язвой, раком, холециститом, аппендицитом и пр., где клинические проявления часто определяются основным заболеванием, маскирующим наличие дивертикула).

Течение дивертикула и его прогноз неопределенны и зависят от сочетания дивертикула с другими заболеваниями и их осложнениями.

Дифференциальная диагностика дивертикула от других заболеваний желудка клинически невозможна. Их можно дифференцировать только при исследовании рентгеновыми лучами. При рентгенологической диагностике и дифференциальной диагностике между дивертикулумом и нишей нужно исходить из следующих положений:

а) форма и величина: прекардиальные дивертикулы желудка имеют округлую, овальную или вытянутую форму, с гладкими и четкими контурами и сравнительно широкую шейку;

б) наличие складок слизистой в дивертикуле и шейке;

в) перистальтика: так как при дивертикулах нет инфильтрации стенки данного отрезка желудка, перистальтика не выпадает в указанном месте, а продолжается по всему контуру желудка, включая и область дивертикула;

г) отсутствие вала вокруг входа в дивертикул, что бывает при нишах язвенного происхождения;

д) по сравнению с язвенной нишей пища в дивертикуле задерживается довольно долго.

При сомнительных случаях необходимо повторное рентгенологическое исследование.

Лечение дивертикула желудка—хирургическое, так как имеется опасность осложнений. В некоторых случаях паллиативное лечение (главным образом диетическое) дает довольно продолжительное облегчение состояния больных.

Переходим к описанию наших случаев:

*Случай первый.* Больной М. С., 57 лет, рабочий-грузчик, поступил на амбулаторный прием 15 VII 1943 г., с неопределенными жалобами—боли в области желудка непостоянного характера, неприятные ощущения и слюнотечение изо рта при пустом желудке. После приема пищи вышеуказанные явления проходят. Временами рвоты. Указанные явления существуют свыше 5—6 лет. Больной выше среднего роста, удовлетворительного питания, подкожный жировой слой развит удовлетворительно. Кожа несколько бледновата. Видимые слизистые бледновато-розового цвета. Костно-суставной аппарат в норме. Органы грудной клетки рентгенологически без заметных изменений. Аорта в пределах возрастных измерений. Кровь—повышенное РОЭ (46 мм). Других изменений со стороны как красной, так и белой крови не отмечается. Анализ желудочного содержимого не дает никаких отклонений от нормы. Реакция на скрытую кровь в кале—отрицательная.

Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта: желудок развешивается по ортотоническому типу, формы удлиненного крючка. На малой кривизне средней трети тела желудка отмечается мешкообразный выступ с широким основанием и четкими контурами. Складки слизистой желудка направляются в сторону шейки этого выпячивания и входят в самый мешочек, образуя картину рельефа слизистой, с продольными складками. При полном заполнении желудка

вышеуказанный выступ увеличивается в размерах и свисает вниз, напоминая форму желчного пузыря. В течение исследования, по мере заполнения, пузырь меняет свою форму и величину. Перистальтика желудка средней глубины и частоты, видна на всем протяжении обеих кривизень, начиная от верхнего отдела желудка до привратника. Эвакуация своевременная, с нормальными порциями. 12-перстная кишка и остальные отделы кишечника без изменений.

*Р-заключение:* — Дивертикул средней трети малой кривизны желудка (рис. 1.).

*Случай второй.* Больной М. М. 34 лет, рабочий-грузчик. Явился в поликлинику Ереванского Института Рентгенологии и Онкологии 6.IV 1947 года, с жалобами на боли в области желудка неопределенного характера, не связанные с приемом пищи. Отмечает частые кишечные расстройства, большей частью в виде поносов, временами чередующиеся запорами. Аппетит хороший. Больной среднего роста, удовлетворительного питания. В последнее время начал худеть. Анализ желудочного сока: общая кислотность—32, свободная соляная кислота—14 (0,05%), связанная соляная кислота—16 (0,005%), реакция на молочную кислоту отрицательная. Рентгеноскопия желудка: при обзорном просвечивании брюшной полости отмечается большое количество газов в кишечнике. Газовый пузырь желудка больших размеров. Желудок развевается по гипотоническому типу, формы крючка. Складки слизистой желудка несколько атрофичны. На малой кривизне верхней трети тела желудка отмечается выпячивание контура силуэта желудка, на ограниченном участке. Выпячивание — дивертикул свисает килзу. В этом выпячивании бариевая масса задерживается дольше, чем в желудке и после опорожнения последнего дает картину изолированного остатка бария в дивертикуле. Контур его четкие и гладкие. При различных степенях заполнения размеры дивертикула изменяются. Складки слизистой желудка продолжают в шейку дивертикула и переходят на его внутреннюю стенку. Перистальтика средней частоты и глубины, без перерывов. Эвакуация своевременная. Смещаемость и положение желудка в норме. Через 24 часа толстый кишечник равномерно заполнен. Гаустрация хорошо выражена.



Рис. 1.

*Р-заключение:*—Дивертикул верхней трети малой кривизны желудка (рис. 2а и 2б.)

*Случай третий.* Больная А. Г. Е., 46 лет, домохозяйка. Поступила из Онкологического диспансера в Рентгенологический кабинет патологии пищеварительного тракта Института Рентгенологии и Онкологии 25 мая 1949 г.



Рис. 2а.



Рис. 2б.

Больная жалуется на нарушение акта глотания в течение четырех лет. Имеется чувство задержки пищи в пищеводе, иногда рвоты. Отмечает облегчение после приема холодной воды. Аппетит хороший. За несколько лет до болезни больная получила ушиб грудины после падения плашмя на землю, вследствие чего у больной были боли в области грудины в течение 3—4 месяцев.

Больная невысокого роста, нормального телосложения. Костно-суставной аппарат развит нормально. Подкожно-жировой слой развит хорошо. На коже тела никаких следов рубцового и другого происхождения не отмечается. Слизистые оболочки с розово-красноватым оттенком.

Результаты специального исследования: анализ крови от 21 мая 1949 г.—заметных отклонений от нормы не имеется, РОЭ—12 мм. Исследование желудочного сока от 23 мая 1949 г.: общая кислотность 24, свободной соляной кислоты—нет, связанная соляная кислота—20,9.

Рентгеновское исследование 20—25 мая 1949 г.: сердце и легкие без заметных изменений. Пищевод: при рентгенологическом исследовании отмечается задержка бариевой массы на уровне кардиального отверстия. Выше этого места пищевод расширен. Контуры всего

пищевода, в том числе и суженного отрезка, гладкие. Временами, главным образом, при принятии холодной воды cardia раскрывается и пропускает содержимое пищевода в желудок. Желудок разветвляется по ортотоническому типу, формы крючка. Складки слизистой сохранены и не изменены в калибре. На задней стенке верхнего отдела желудка имеется большое выпячивание с четкими контурами, мешкообразно свисающее вниз, в котором определяются складки слизистой. Эвакуация нормальная. Двенадцатиперстная кишка без изменений. Через 24 часа в толстых кишках морфологических изменений не обнаружено.

*Заключение:* умеренно выраженное диспептическое расширение пищевода и прекардиальный дивертикул желудка (рис. 3а и 3б).



Рис. 3а.



Рис. 3б.

Два наших случая принадлежат к дивертикулам желудка с редкой локализацией по малой кривизне, а третий встречается сравнительно часто.

По всей вероятности, характер работы двух первых больных — грузчиков некоторым образом влияет на образование дивертикула желудка — вопрос требующий дальнейшего изучения.

Институт Рентгенологии и Онкологии  
Министерства Здравоохранения Армянской ССР.

Поступило 2 VIII 1949.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Амелин А. З.—К вопросу о дивертикулах желудка в раннем детском возрасте. Педиатрия, № 4, 49—57, 1941.
2. Березова Т. И.—К вопросу о дивертикулах желудка. Тр. терапев. клиники Горьковской об. клин. б-цы, т. II, 200, 1942, Горький.
3. Жодзитский Б. Я. и Рубанович И. М.—К вопросу о дивертикуле желудка. Юбилейный сб. посв. проф. Мыш. 1936, Новосибирск.
4. Иванов В. Н. и Чеботарев Д. Ф.—Дивертикулы желудка. Сб. тр. Киевского научно-иссл. Ин-та Рентгенологии и Онкологии, т. 3, 177—221, 1917, Киев.
5. Иргер Ю. М.—К вопросу о дивертикулах желудка. Врач. дело, № 2—3, 161—162, 1939.
6. Левин Я. Ф.—Дивертикулы желудка. Казан. мед. журнал, № 6, 48—50, 1940.
7. Савицкий А. И.—О кардинальных дивертикулах желудка. Хирургия, № 11, 68—73, 1940.
8. Фанарджян В. А.—Руководство по рентгенодиагностике, т. 2, вып. 1. Пищевод, желудок. Стр. 438—440. 1935, Госиздат ССР Армении, Ереван.
9. Хорошко Н. В.—Случай аденокарциномы, развившейся в дивертикуле желудка. Клин. мед. т. XV, № 7, 900—903, 1937.

## Հ. Մ. Սողաթեյան

## ՍՏԱՍՈՒՄԻ ԴԻՎԵՐՏԻԿՈՒԼՆԵՐԻ ՀԱՐՑԻ ՄԱՍԻՆ

## Ա Մ Փ Ո Փ Ո Ի Մ

Մինչև սենտզենարանական զարաչրճանը ստամոքսի զիվերտիկուլները հայանարեքվում էին պատանական կերպով՝ վերարուժական միջամբարտությունների կամ դիաներձուսների ժամանակ:

Այդ հիվանդությունները հայանարեքիլու համար սենտզենյան քննություն կտարարող բժիշկն անպայման պետք է դիտենա նրա սրտը սենտզենյան նշանների մասին, սրտի նեակ այս զեպքում նույնպես ստացվում է ստամոքսի խոցից առաջացած վորվածքի պատկեր, որը կարող է զիպզնոստիկական սխալների առիթ հանդիսանալ:

Ստամոքսի զիվերտիկուլը չունի կլինիկական այլ նշան. նեակարար հիվանդությունը կարելի է սրտչել միայն սենտզենյան քննությամբ: