

КРАТКИЕ НАУЧНЫЕ СООБЩЕНИЯ

Г. Т. Григорян

К рентгенодиагностике ожогов желудка\*

К числу факторов, обуславливающих деформацию желудка, относятся и ожоги: Последние принадлежат к редко встречающимся поражениям желудка и вызываются обычно в результате случайного или преднамеренного приема кислот или щелочей определенных концентраций. Местные изменения в желудке, вызванные вышеуказанными веществами, бывают при этом настолько сильно выражены, что затушевывают признаки общего отравления. Наряду с этим имеются яды, при приеме которых признаки общего отравления преобладают над проявлениями местных пато-морфологических изменений стенки желудка.

Химические вещества, могущие вызвать ожоги желудка, многообразны. Но из серии последних наиболее часто встречаются вещества, широко применяемые в быту. Так, например, по данным Маята, основанным на статистическом материале скорой помощи при Московском институте им. Склифасовского, больше половины всех случаев отравлений было вызвано уксусной кислотой. По личным же его данным, среди ожогов желудка преобладающее место занимали отравления каустической содой.

Степень и выраженность ожогов варьирует в зависимости от характера прижигающего вещества, его концентрации, степени заполнения желудка пищей и жидкостью, а также состояния центральной нервной системы.

Прижигающее вещество в первую очередь действует на слизистую оболочку желудка, а при высокой концентрации может повредить и нижележащие слои, вплоть до перфорации желудочной стенки. При слабой концентрации имеет место только воспаление слизистой, а при более сильной—слизистая оболочка некротизируется и отпадает. Вследствие этого образуются язвы, которые впоследствии, зарубцовываясь, вызывают деформации желудка различных типов и степеней. Несмотря на большое разнообразие видов деформаций желудка, отмечается определенная закономерность в их характере, зависящая от функционального состояния желудка, находящегося в тесной и регулирующей зависимости от центральной нерв-

\* Из доклада, прочитанного на научной конференции Института рентгенологии и онкологии 18 X 1950 г.



ной системы. Прижигающая жидкость может длительно задерживаться в кардиальном и пилорическом отделах, т. е. в области естественных сфинктеров, вызывая тем самым значительные повреждения ткани.

Различными авторами сделаны попытки классифицировать послеожоговые рубцовые изменения и вторичные деформации желудка. Наиболее удачной и заслуживающей внимания с нашей точки зрения является классификация, предложенная Маятом\*.

Упомянутый автор, как явствует из нижеприведенного, послеожоговые изменения желудка подразделяет на четыре группы, причем вторую и третью из них дополнительно делит еще на подгруппы:

I. Полное поражение желудка, II частичные поражения.

1. Кардиальная часть желудка: а) дно, б) тело, в) вся кардиальная область.

2. Пилорическая часть желудка: а) преддверие, б) пилорический канал, в) вся пилорическая область.

3. Кольцевидные поражения: 1) кардия, 2) на границе между телом и преддверием, 3) на границе между преддверием и пилорическим каналом.

4. Привратник.

III. Комбинированные поражения.

Эта классификация удобна тем, что она дает более полное и правильное представление о локализациях ожогов желудка. Изучение Маятом 283 случаев ожога желудка кислотами и щелочами, описанных в отечественной и зарубежной литературе в аспекте локализации рубцовых сужений, показывает, что наиболее частым их месторасположением является пилорический жом (28%), антральная часть желудка (19,5%) и вся пилорическая область (16,5%). Полное же поражение желудка имело место в 15% случаев, субтотальное (поражение тела и всей пилорической области)—в 2,8% случаев. Остальные отделы желудка подвергались ожогу значительно реже.

Клинические проявления ожогов в основном выражаются в следующем. Больные, помимо общих признаков отравления, жалуются на сильные боли в брюшной полости, частые рвоты большим количеством слизи и крови, чувство неутолимой жажды.

Диагноз ожога желудка трудностей не представляет, если больной сообщает о приеме им прижигающего вещества. Однако бывают случаи, когда больные это обстоятельство скрывают от врача, особенно, если они обращаются за помощью по истечении некоторого промежутка времени, когда общие явления уже прошли и остались только признаки местного поражения.

Рентгенологическое исследование при ожогах желудка является не только методом диагностики, но, что самое главное, средством, уточняющим вызванные ожогом осложнения, характер и степень их

\* Маят, Ожоги желудка и их лечение, 1949.



выраженности, распространенности патологического процесса, а также уточняющим необходимость и возможность оперативного вмешательства. Рентгенологическое исследование обычно производится через 3—4 недели с момента отравления. В первые недели, как указывает Фанарджян, в желудке, кроме анатомических деформаций, имеют место и спастические явления той или иной степени.

В первые недели рентгенологическое исследование, благодаря указанным выше спастическим явлениям, дает картину, значительно отличающуюся от той, которая наступает по минувании острого периода, т. е. тогда, когда в желудке преобладают исключительно рубцовые деформирующие изменения.

В этом именно свете понятным и справедливым является предложение Фанарджяна о необходимости, в целях окончательного выяснения состояния желудка, производства серийных повторных рентгенологических исследований.

Само собой разумеется, что для правильного понимания и толкования рентгенологической картины исследователь должен точно знать, в каком периоде заболевания он исследует больного. В начальном периоде после ожога, как уже было отмечено выше, происходят спазмы, вследствие которых желудок может принять чрезвычайно разнообразные формы. Если же больной исследуется в периоде, когда воспалительные явления в стенке желудка уже прошли, и желудок, под влиянием рубцово-сморщивающих процессов, принял ту или иную стойкую форму, то расхождения между рентгенологическими и операционными данными в значительной степени сходят на нет.

В рентгенологическом изображении форма желудка после ожога может напоминать таковую при других заболеваниях. Айзенштейн и Цейтлин\* находят, что послеожоговые рубцовые изменения желудка в рентгенологическом изображении по форме напоминают скирр.

По Фанарджяну\*\*, желудочные изменения, возникшие вследствие ожога, часто невозможно отличить от таковых, вызванных различными видами рака, сифилисом и туберкулезом желудка. Иногда желудок напоминает по форме песочные часы.

Из наблюдаемых нами двух случаев первый относится к таким отравлениям, при которых, вследствие сильного прижигающего действия принятого химического вещества, местные изменения в желудке были резко выражены. Второй же относится к отравлениям веществами с ослабленным прижигающим действием.

Больная X. Н., 21 г., жалуется на сильные боли в области верхнеправой части брюшной полости и на непрерывную рвоту. На рентгенологическое исследование направлена без определенного диагноза через 3 недели после начала заболевания.

Рентгенологические данные: слизистую желудка не удается исследовать. Же-

\* Айзенштейн и Цейтлин. Учебник рентгенологии, 1938.

\*\* В. Б. Фанарджян, Рентгенодиагностика, т. II, 1951.



лудок имеет овоидно-продолговатую форму. На нижнем контуре преинфарического, отдела виден дефект наполнения, имеющий гладкие контуры (рис. 1). Под экраном в области указанного дефекта прощупывается плотное образование, связанное с желудком. Прохождение контрастной массы к привратнику во время исследования не удается установить.

Через 24 часа в желудке обнаруживаются довольно большое количество контрастного вещества и незначительные следы его в толстых кишках.

Заключение: опухоль желудка, препятствующая дальнейшему прохождению контрастной массы в двенадцатиперстную кишку.

*Данные операции:* сморщенный, высоко расположенный желудок. В препилорической части рубцовые утолщения стенок. Наложена гастро-этероанастомоз.

После операции состояние больной постепенно ухудшилось. Спустя одну неделю после операции больная скончалась от перитонита. Только перед смертью она призналась, что с целью самоубийства приняла соляную кислоту. Таким образом, лишь анамнестические данные о приеме соляной кислоты помогли уточнению диагноза ожога желудка.

Большая Х. А., 25 лет, домохозяйка, жалуется на сильные боли, появляющиеся в области желудка после еды, не зависящие от характера концентрации пищи, твердой или жидкой.

Давность болезни—8 лет. На рентгенологическое исследование направлена с диагнозом—язва желудка.

Расширение складок слизистой в верхней трети желудка. Нижняя половина желудка грубообразно сужена и местами выпячивается. Контрастная масса проходит в двенадцатиперстную кишку тонкой струей. В области сужения перистальтические движения желудка отсутствуют. На малой кривизне виден дефект наполнения (рис. 2).

Заметив в области сужения желудка дефект наполнения с ровными контурами и учитывая некоторую нехарактерность его картины по сравнению с раковым процессом, мы заподозрили ожог желудка, что и подтвердил анамнез. 8 лет тому назад больная случайно, ошибочно приняв за воду, выпила стакан жидкости, которую ее муж использовал при лужении посуды.

Отсюда для нас стало ясно, что изменения в желудке вызваны были ожогом, возникшим вследствие приема прижигающего вещества слабой концентрации. На основании этого было дано следующее рентгенологическое заключение: учитывая анамнез и клиническую картину, описанные выше изменения в желудке больной относятся к последствиям ожога, вызванного слабой концентрацией прижигающего вещества.

Приведенные выше случаи позволяют нам сделать следующие выводы:

1. При ожогах желудка рентгенологическое исследование имеет важное значение. Оно дает представление о характере, величине и распространенности поражения, о деформациях желудка, а также о возможностях оперативного вмешательства.

2. На основании рентгенологической картины можно только предположить о наличии ожога желудка. Решающими же в этом вопросе являются анамнестические данные.

3. Вызванные ожогом изменения в желудке, их степень и характер зависят от вида и концентрации прижигающей жидкости.

4. При обнаружении во время рентгенологического исследования в пораженном отделе желудка карманов, сужения и дефектов с ровными краями и нехарактерной для рака картины обязательно следует выяснить, не принимал ли больной внутрь прижигающей

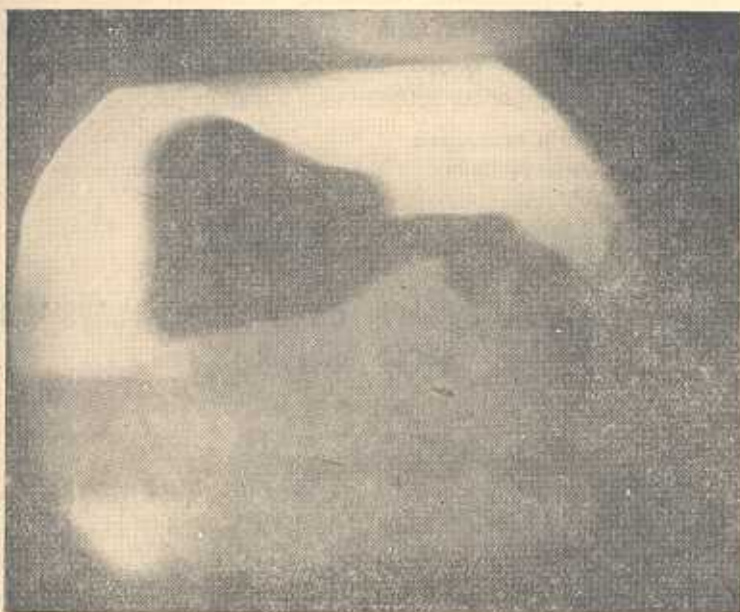


FIG. 2.

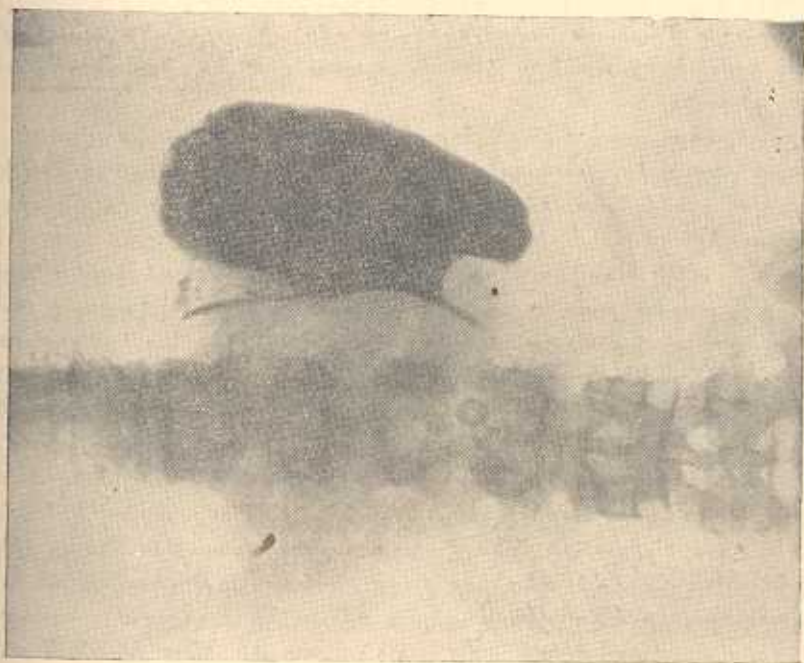


FIG. 1.



жидкости. При этом надо учесть, что нередко, по истечении большого срока после отравления, больные забывают о нем или же преднамеренно умалчивают о случившемся.

5. Функциональное состояние центральной нервной системы также оказывает влияние на вызванные ожогом деформации желудка.

Институт рентгенологии и онкологии

Министерства здравоохранения

Арм. ССР

Поступило 23 IV 1952 г.

#### 4. Թ. Գրիգորյան

### ՍԱՍՈՔՍԻ ԱՅՐՎԱԾՔՆԵՐԻ ՌԵՆՏԳԵՆՈՂԻԱԳՆՈՍՏԻԿԱՅԻ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋԸ

#### Ա Մ Փ Ո Փ Ո Ւ Մ

Ստամոքսի այրվածքները պատկանում են նրա հազվագեղ պատանոց ախտահարությունների շարքին: Առաջանում են պատանարար կամ դիտավորյալ կերպով որոշ խտաստիճանի թթուներ կամ հիմքեր ընդունելու հետևանքով: Տեղական փոփոխությունները ստամոքսում լինում են այնքան ուժեղ արտահայտված, որ նրանք սքողում են ընդհանուր թունավորման նշանները:

Ստամոքսում այրվածք առաջացնող քիմիական նյութերը բազմազան են: Սակայն վերջիններից ավելի շատ պատանում են այնպիսիները, որոնք չայն կերպով գործ են տվում կենցաղում:

Համաձայն Մայատի ավյալների ստամոքսի այրվածք առաջացնող թունավոր նյութերից ամենից հաճախ պատանում են քաղախաթթու և կաուստիկ սոդան:

Այրվածքների աստիճանը և արտահայտվածությունը կախված է այրող նյութի բնույթից, խտաստիճանից, ստամոքսի կերակրանյութով և հեղուկով լցված լինելու աստիճանից, նաև կենարոնական ներվային սխառմի գրությունից:

Այրող նյութը առաջին հերթին ազդում է ստամոքսի լորձաթաղանթի վրա, իսկ բարձր խտաստիճան ունենալու դեպքում կարող է ֆուսել նաև ստամոքսի պատի մյուս շերտերը, հասցնելով մինչև պերիտորացիա: Թույլ խտաստիճանի դեպքում ակտի է ունենում միայն լորձաթաղանթի բորբոքում, իսկ ավելի ուժեղ խտաստիճանի ժամանակ լորձաթաղանթը ենթարկվում է նեկրոզի և թափվում է: Դրա հետևանքով գոյանում են խոցեր, որոնք հետագայում ենթարկվում են սպիացման և այդպիսով առաջ են բերում ստամոքսի տարրեր ձևի և աստիճանի դեֆորմացիաներ:

Ստամոքսի այրվածքի կլինիկական արտահայտությունները հիմնականում հետևյալն են: Հիվանդները բացի ընդհանուր թունավորման նշաններից զանդառվում են ուժեղ ցավերից որովայնի խոռոչում, հաճախակի փսխումներից մեծ քանակությամբ լորձի և արյան հեռ խոռոչ և անհագ ծարավի զգացումից:

Դիագնոզը դժվար է, եթե հիվանդը հայանում է այրող նյութ ընդունած լինելու մասին:

Ստամոքսի այրվածքի դեպքում սենտզենոլոգիական հետազոտությունը հանդիսանում է ոչ միայն դիագնոստիկայի մեթոդ, այլ որ ամենագլխավորն է: Նա պարզում է այրվածքից առաջացած բարդությունները և նրանց արտահայտվածության աստիճանը, պաթոլոգիական պրոցեսի տարածվածությունը, նաև օպերատիվ միջամտության անհրաժեշտությունը և ննարավորությունը:

Ռենտգենոլոգիական հետազոտությունը սովորաբար կատարվում է թունավորումից 3—4 շաբաթ անց: Առաջին շաբաթներում կատարված սենտզենոլոգիական հետազոտությունը, շնորհիվ սպաստիկական երևույթների, տալիս է այնպիսի պատկեր, որը չափազանց տարբերվում է նետազայում կատարված հետազոտության պատկերից, երբ արդեն ստամոքսում առաջացել են սպիններ և կայուն ձևափոխող փոփոխություններ:

Ինքստինքյան հասկանալի է, որ հետազոտողը պետք է իմանա, թե հիվանդության որ շրջանում է հետազոտում հիվանդին:

Ըստ մանարջյանի ստամոքսում այրվածքի հետևանքով առաջացած փոփոխությունները, հաճախ ննարավոր չէ տարբերել քաղցկեղի զանազան ձևերից, ստամոքսի սիֆիլիսից և տուբերկուլյոզից: Երբեմն ստամոքսը իր ձևով նմանվում է ավազի ժամացույցի:

Մեր դիտած երկու դեպքերից առաջինը վերաբերում է այնպիսի թունավորումներին, որոնց դեպքում, ընդունած քիմիական նյութի ուժեղ այրող ազդեցության հետևանքով, ստամոքսում տեղական փոփոխությունները ուժեղ արտահայտված էին: Իսկ երկրորդը վերաբերում է թույլ այրող ազդեցության ունեցող նյութերով թունավորումներին:

Ելնելով առաջին դեպքից, երկրորդ դեպքի սենտզենոլոգիական հետազոտության ժամանակ մենք ենթադրեցինք, որ ստամոքսում տեղի ունեցող փոփոխությունները հետևանք են թունավորումից առաջացած ստամոքսի այրվածքի: Հիվանդին հարցնելուց հետո պարզվեց, որ իրոք տարիներ առաջ նա պատահաբար ընդունել է թունավոր նյութ, սրից հետո սկսել է ցավեր զգալ ստամոքսում ուտելուց հետո: Հիվանդը մեզ մոտ ուղարկված է եղել ստամոքսի խոց դիագնոզով:

Մեր նկարագրած դեպքերը մեզ թույլ են տալիս անել մի շարք հետևություններ:

1. Ստամոքսի այրվածքների դեպքում սենտզենոլոգիական հետազոտությունը կարևոր նշանակություն ունի: Նա պատկերացում է տալիս արտահայտման բնույթի, մեծություն և տարածվածության վերաբերյալ, ստամոքսի դեֆորմացիաների, նաև օպերատիվ միջամտության ննարավորությունների մասին:

2. Ստամոքսում այրվածքից առաջացած փոփոխությունները, նրանց աստիճանը և բնույթը կախված են այրող նյութի աեսակից և խտացածանից:

3. Կենտրոնական ներվային սխտեմի ֆունկցիոնալ վիճակը նույնպես ազդեցություն է գործում այրվածքից առաջացած ստամոքսի դեֆորմացիաների վրա:

4. Ռենտգենոլոգիական պատկերի հիման վրա կարելի է միայն ենթադրել ստամոքսի այրվածքի առկայության վերաբերյալ: Իսկ որոշողը այդ հարցում անամենատիկ տվյալներն են: