



АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДКА

Нормальная рентген-анатомия желудка.

Желудок расположен в брюшной полости

- в левой половине, в эпи- и мезогастрии.

На рентгенограмме в желудке выделяют следующие

отделы желудка:

- **кардиальный отдел** (выделяют супракардиальный и субкардиальный отдел) – радиусом около 2 см вокруг анатомической кардии;

субкардиальный отдел - ниже на 2 см;

- **свод (дно) желудка** - от угла Гиса до противоположной стенки;

- **тело желудка** (выделяют верхнюю, среднюю и нижнюю трети тела);

- **синус** - нижний участок тела клиновидной формы, вершина которого находится в угловой вырезки; нижний его край - угол желудка;

- **антральный отдел** (в нем выделяют препилорический отдел - дистальный отрезок пилорической части шириной 3 - 5 см, заканчивающийся сфинктером привратника)

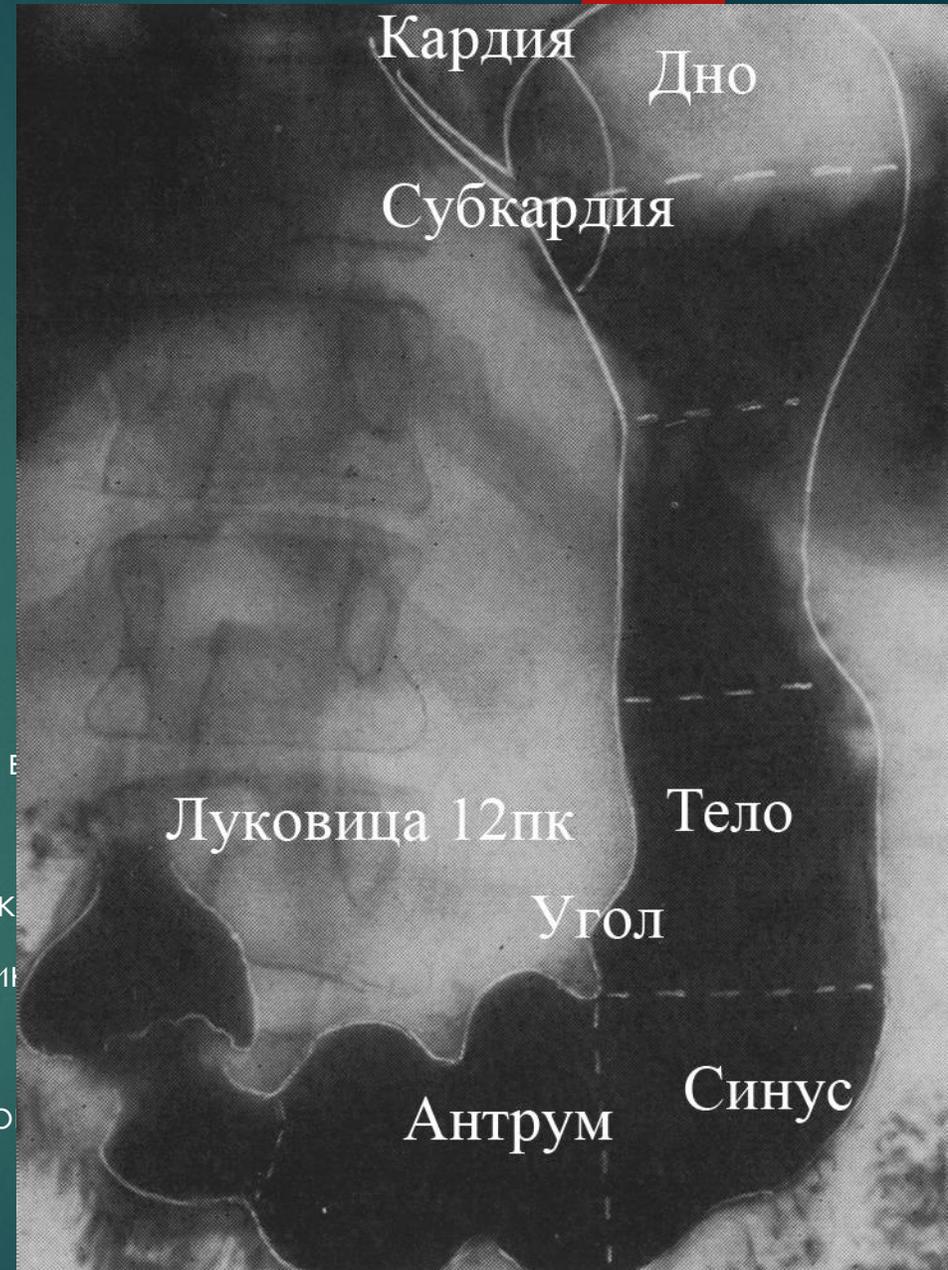
- **пилорический отдел** (привратник).

Кардиальный отдел свода, субкардиальный отдел и прилегающие к ним переднюю и заднюю стенки малой и большой кривизны обозначают единым понятием –

"верхний (проксимальный) отдел" желудка.

Справа желудок прилежит к левой доле печени, малому сальнику,

печеночно-дуоденальной связки ; **сверху** - к диафрагме; **слева** - к селезенке, поперечной



Аномалии и пороки развития желудка встречаются достаточно редко.

К ним относят :

1 полное (добавочный желудок)

2 неполное (энтерогенные кисты) удвоение желудка

3 дивертикул желудка

4 антральная диафрагма

5 гипертрофия привратника

6 Болезнь Менетрие (врожденный гигантизм складок)

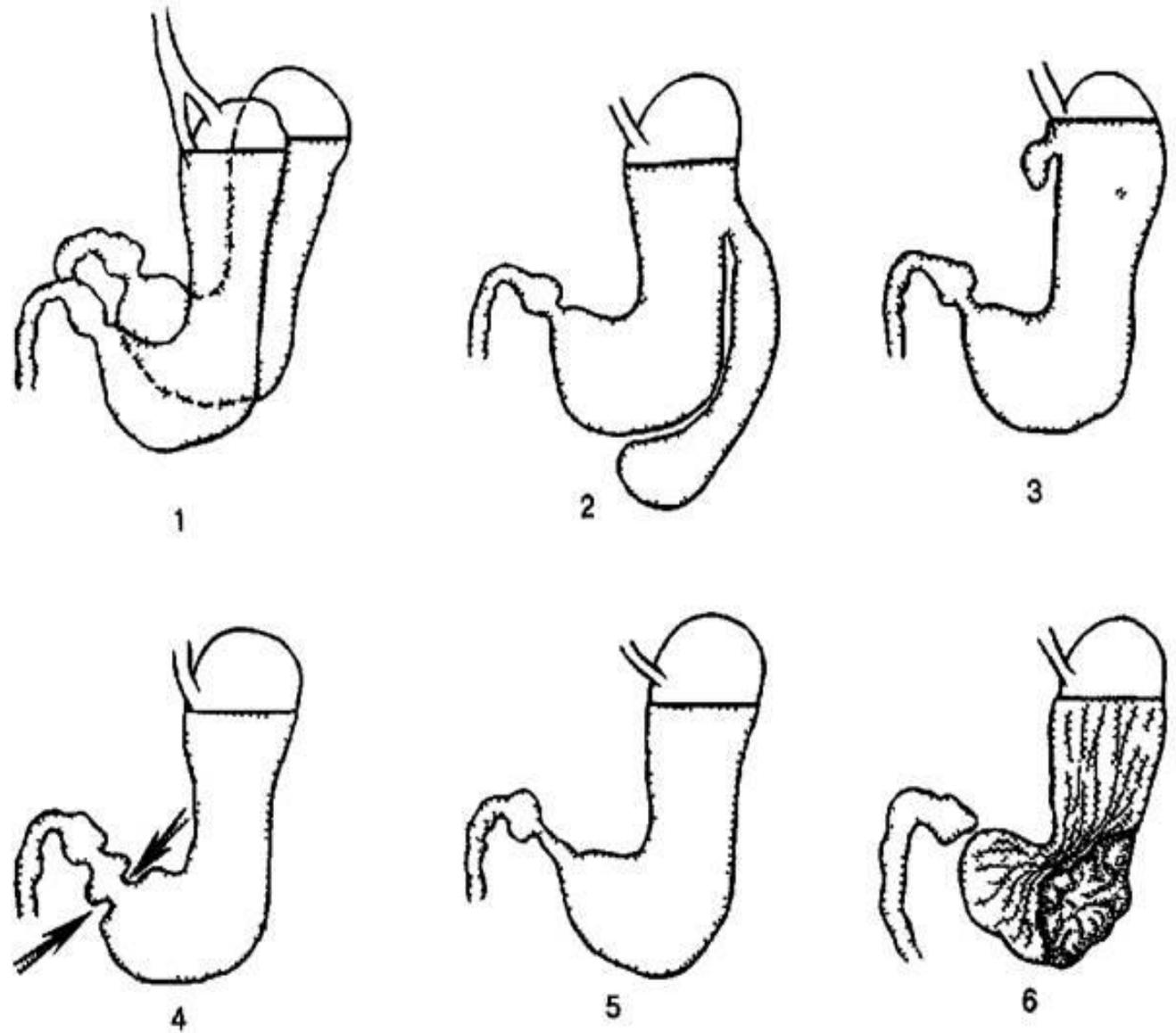


Рис. 37. Рентгеновская картина аномалий развития желудка (схема).
1 — полное удвоение желудка; 2 — неполное удвоение желудка, 3 — дивертикул;
4 — антральная диафрагма, 5 — гипертрофия привратника, 6 — локальная форма
болезни Менетрие

Удвоение желудка(полное)

Диагностируется обычно в молодом возрасте. Добавочное образование локализуется чаще всего вдоль задней стенки желудка и большой кривизны. Располагается чаще всего внутростеночно, имеет сферическую или трубкообразную форму, может сообщаться с полостью желудка или существовать изолированно; в последнем случае его диаметр составляет от 3 до 12 см.

Рентгенологическая картина обусловлена наличием или отсутствием сообщения между основной и добавочной полостями. При наличии сообщения между полостями выявляются два газовых пузыря желудка. Основная полость деформирована, удлинена, сужена. Контраст проникает в добавочную полость и длительное время задерживается в ней. Изолированная полость при рентгеновском исследовании напоминает доброкачественное объемное образование, отличительной особенностью которого является изменение формы при прохождении перистальтической волны или дозированной компрессии. Дифференцируется с кистами и опухолями поджелудочной железы и брюшинного пространства.



Дивертикулы желудка

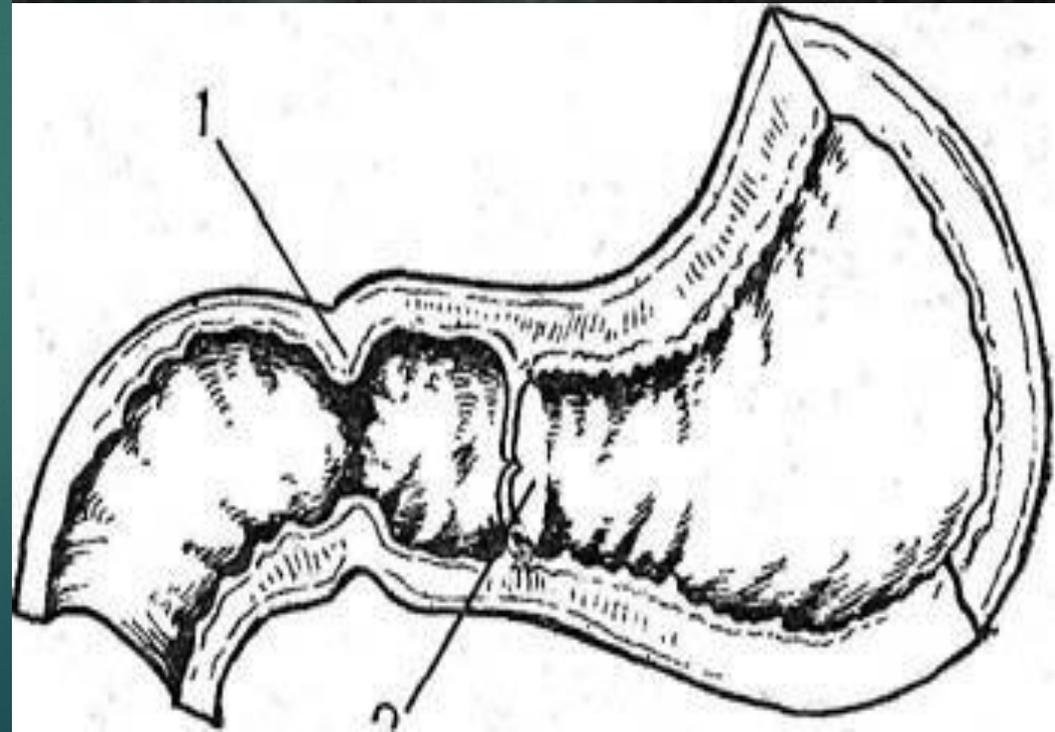
Бывают двух типов. Те, которые представляют собой пролабирование слизистой оболочки через слабые места в мышечном слое, локализуются в области кардии или антральном отделе. Их стенка состоит из слизистой оболочки и брюшины. Большинство же дивертикулов являются следствием неполного удвоения желудка. Они относятся к категории истинных дивертикулов, их стенка состоит из тех же трех слоев, что и стенка желудка. Такие дивертикулы обычно расположены на задней стенке свода желудка. При рентгеноскопии и на снимках дивертикул отображается в виде округлого образования с четкими дугообразными контурами.

Нередко заметна шейка дивертикула, в которой могут вырисовываться узкие складки слизистой оболочки. В отличие от язвенной ниши нет краевого вала, размеры и форма тени меняются, прослеживаются мелкие перистальтические волны на стенках. Лишь в случае развития дивертикулита могут возникнуть затруднения при дифференциации дивертикула от изъязвления.



Антральная диафрагма

Может быть диагностирована как при рентгенологическом, так и при эндоскопическом исследовании. Она представляет собой циркулярную перегородку толщиной 2 — 4 мм, расположенную перпендикулярно продольной оси антрального отдела, чаще всего на расстоянии 1,5 — 3 см от привратника. Перегородка состоит из слизистой оболочки, подслизистого слоя и гипертрофированной собственной мышцы слизистой. Она вызывает дефект тени контрастного вещества. Если центральное отверстие в перегородке большое, то дефект выглядит как узкие неглубокие втяжения на противоположных стенках желудка. При небольшом отверстии рентгенолог может принять частично отделенный препилорический отдел за луковицу двенадцатиперстной кишки.



Врожденная гипертрофия привратника (пилоростеноз)

Решающее значение для своевременного распознавания врожденной гипертрофии или врожденного стеноза привратника принадлежит рентгенологическому исследованию. Рентгенодиагностика этого заболевания базируется на следующих симптомах:

- 1) наличие содержимого в желудке натощак;
- 2) глубокие, часто сегментирующие перистальтические сокращения стенок желудка натощак (что удается видеть при наличии газа в желудке) или после приема бариевой взвеси;
- 3) более или менее выраженная эктазия желудка;
- 4) сужение и удлинение пилорического канала;
- 5) длительное (иногда в течение нескольких часов) закрытие привратника и позднее начальное опорожнение желудка;
- 6) нарушение эвакуаторной функции желудка (остаток бариевой взвеси в желудке в течение 20-24, 48 часов и более).



Болезнь Менетрие

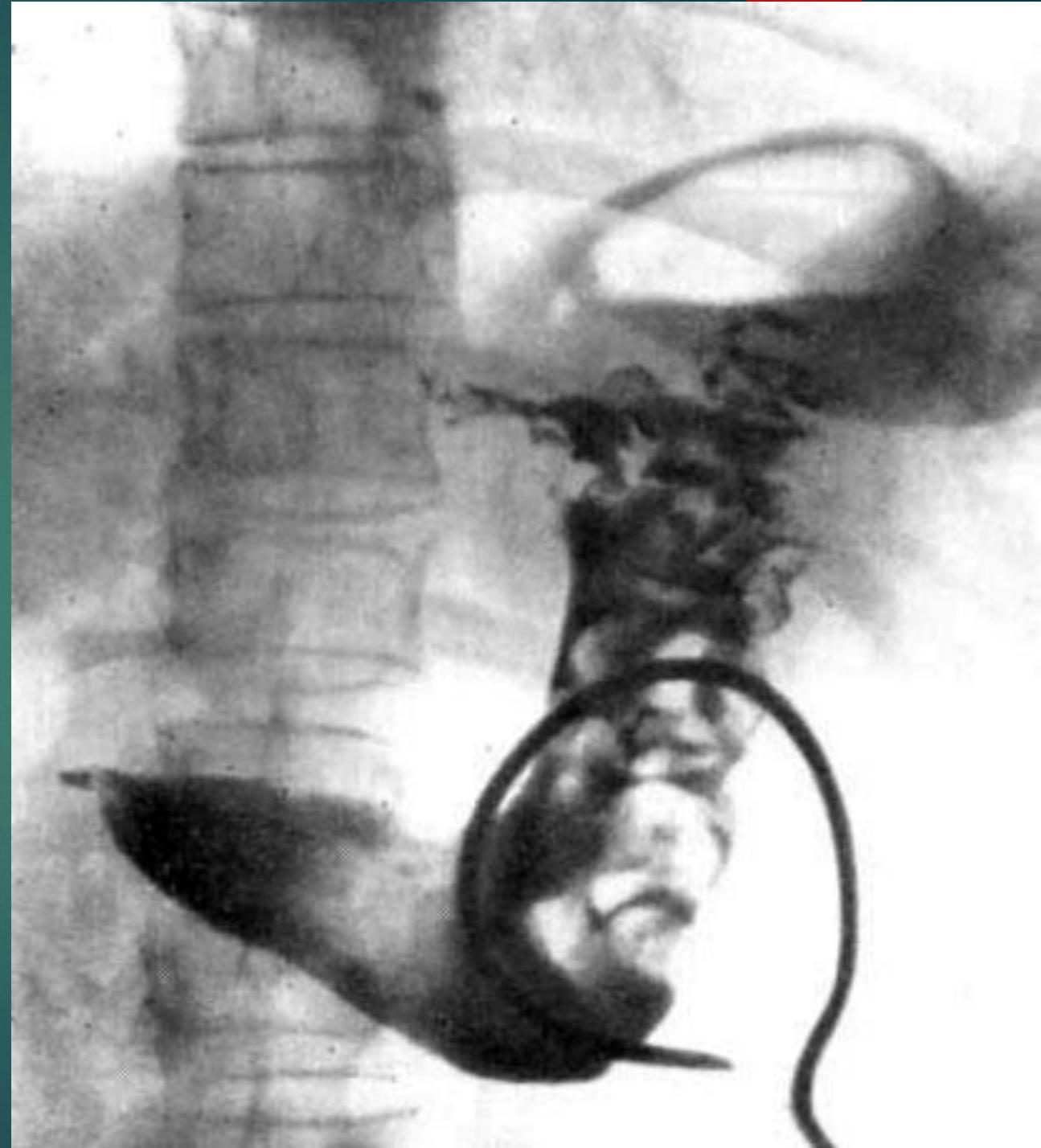
Высокие гигантские складки или большое их количество обуславливают картину множественных дефектов на рельефе или дефектов наполнения с неровными бугристыми очертаниями при тугом заполнении желудка, бариевая взвесь задерживается между складками в бороздах в виде пятен, линейных полос, имитируя картину изъязвления. Эта картина нестабильна, она меняется под действием проходящей перистальтической волны, пальпации, при изменении положения тела обследуемого, раздувании желудка воздухом и др.

В месте перекреста складок нередко возникают полипоподобные дефекты. Процесс обычно четко ограничен областью синуса, в то же время малая кривизна и антральный отдел не изменены. По контуру большой кривизны определяется более или менее выраженная зубчатость.

Обзорная рентгенограмма желудка. Избыточная слизистая оболочка вдоль большой кривизны. Форма и размеры дефектов наполнения меняются в процессе исследования.

Дифференциальную диагностику следует проводить с атипичным рельефом слизистой оболочки при раке, хроническом гастрите, полипозом.

Необходимо отметить, что существуют переходные формы хронического гастрита и болезни Менетрие, при которых разграничить эти заболевания не всегда удается.



СПАСИБО

ЗА

ВНИМАНИЕ!!!

