

КРАТКИЕ НАУЧНЫЕ СООБЩЕНИЯ

Г. М. Сагателян

**Случай врожденного нахождения желудка
в грудной полости**

В большинстве случаев диафрагмальные грыжи принимались за другие заболевания и очень редко, без помощи рентгенологического исследования, диагностировались правильно.

Надо отметить, что и при рентгеновском исследовании правильный диагноз оказывается возможным лишь при определенном навыке и знакомстве с этим заболеванием. Нередко диафрагмальные грыжи могут остаться незамеченными и ошибочно истолкованными, как заболевания другого происхождения. Однако при внимательном исследовании и при появлении подозрения на наличие диафрагмальной грыжи, применение контрастной взвеси легко разрешает вопрос, и диагноз становится ясным. О диафрагмальных грыжах имеется ряд работ [1, 2, 3, 5, 6, 7, 8].

Имея в виду, что диагноз диафрагмальных грыж представляет известный практический интерес, мы считаем нужным привести описание случая, находящегося под нашим наблюдением.

Диафрагмальные грыжи по происхождению могут быть как врожденными, так и приобретенными. Первые относятся к аномалиям развития диафрагмы.

В процессе развития диафрагмы (в эмбриональном периоде) часть ее, чаще всего левая половина, остается недоразвитой; иногда же эта часть диафрагмы вовсе отсутствует или же все три слоя диафрагмы сохранены, но мышечный и сухожильный слои заменены соединительной тканью, вследствие чего диафрагма лишена своей упругости и мышечной силы.

В первом случае, когда имеется отсутствие диафрагмы, органы брюшной полости проникают в грудную полость, куда могут проникнуть почти все более или менее подвижные брюшные органы. Чаще всего органами, проникающими в грудную полость, оказываются желудок и кишки.

Во втором случае, диафрагма настолько слаба, что не может сопротивляться давлению, оказываемому со стороны брюшной полости и присасывающему действию грудной клетки.

Под их действием диафрагма в этом отделе поднимается вверх и образует грыжевой мешок, в котором находятся желудок и кишки.

При отсутствии всей половины диафрагмы или ее части (наличие щели) мы имеем дело с диафрагмальной грыжей. Вторая же аномалия обозначается различными названиями: эвентрация диафрагмы, идиопатическое высокое стояние, френикопатия, релаксация и т. п.

Другой аномалией, способствующей образованию диафрагмальных грыж, является недоразвитие пищевода, который остается коротким, а желудок, не имея возможности после формирования диафрагмы опуститься в брюшную полость, остается в грудной полости. Грыжевое отверстие соответствует hiatus'у, через который в данном случае проходит не пищевод, а привратник или дуоденум.

Подобные формы диафрагмальных грыж, называемые «грудным желудком» (Thoraxmagen. Thoraci estomach), относятся к аномалиям развития не самой диафрагмы, а пищеварительного тракта.

Дефект диафрагмы раньше считали несовместимым с жизнью больных. Однако в последующие годы стало ясно, что субъекты с таким дефектом не только жизнеспособны, но могут дожить до глубокой старости.

Клиническая картина и субъективные жалобы лиц, имеющих диафрагмальные грыжи, ничего характерного не представляют. Больные иногда, после приема обильной пищи, жалуются на тяжесть и стеснение в груди, сменяющиеся временами приступообразными болями и облегчающиеся после рвоты. Больные обычно не в состоянии лежать на правом боку и внезапно просыпаются, если случайно поворачиваются на правый бок.

Объективные исследования не дают ничего характерного. При перкуссии получается резкий тимпанит в области левой половины грудной клетки, иногдаходящий до II-го ребра, тимпанит всегда чередуется с тупым звуком после принятия пищи, или большого количества жидкости. Местоположение сердца меняется: оно смещается, главным образом, в правую сторону грудной клетки.

Очень часто подобные случаи принимаются за гидропневмоторакс и т. п. Однако попытки выпустить плевральную жидкость всегда оказываются безуспешными, а при выкачивании желудочного содержимого, явления, симулирующие гидропневмоторакс, исчезают.

Рентгеновское исследование (р-скопия грудной клетки), также дает многообразную картину, в зависимости от того, содержит ли желудок жидкость или нет. Но всегда, одновременно с картиной гидропневмоторакса, можно отметить легочный рисунок на фоне газового пузыря, чего не бывает при истинном пневмотораксе. Помимо этого, при грыже газовый пузырь не имеет однородного рисунка, а состоит из отдельных кружков, которые соответствуют петлям и гаустрам кишок.

Прогноз диафрагмальных грыж зависит от вида и размера грыжевого отверстия. При узких отверстиях возможно ущемление со всеми их последствиями. При полном отсутствии одной половины диафрагмы обычно ущемление не наступает, и прогноз в этих случаях всегда благоприятный.

При узких грыжевых отверстиях обязательно оперативное вмешательство, ибо всегда имеется опасность ущемления. При полном отсутствии одной половины диафрагмы или при широком отверстии лечение консервативное, и сводится, главным образом, к регулированию питания.

Частая еда с небольшими порциями способствует полному исчезновению неприятных ощущений.

После такого краткого изложения вопроса, переходим к описанию нашего случая.

Больной М., 25 лет, среднего роста, нормального телосложения, удовлетворительного питания. Видимые слизистые розового цвета. Вес 58 кг. В прошлом не болел. В детстве инфекционных заболеваний не отмечает. Не курит. Спиртных напитков не употребляет. Признан годным к военной службе и в момент исследования находился в рядах Красной Армии.

Свыше 10 лет жалуется на боли в подложечной области и в области сердца, особенно после еды. Временами после еды чувствует себя плохо и успокаивается лишь после искусственно вызываемой им самой рвоты.

Лабораторные исследования крови, мочи, мокроты ничего патологического не обнаруживают.

При перкуссии грудной клетки отмечается тупость в левом нижнем отделе легкого с тимпаническим звуком над ней. Размеры тупости и тимпанита сильно колеблются в течение дня. Выслушивание этих отделов легкого снизу дает отсутствие дыхания, а сверху—неопределенное дыхание. Сердечная тупость увеличена в правую сторону. Сердце аускультативно отклонений от нормы не представляет. Печень и селезенка не прощупываются. Мочевой тракт в норме.

Рентгенологическое исследование. В левой половине грудной клетки виден значительной величины пузырь с толстой вертикальной перегородкой, доходящей до второго ребра и с горизонтальным уровнем жидкости.

Газовый пузырь желудка не равномерный. Имеются плотные тяжи, иногда округлой формы, образующие отдельные полости. Сердце смещено вправо.

При введении контрастной массы *per os* контрастная пища заполняет газовый пузырь снизу и, поднимаясь вверх, занимает больше половины медиального отдела газового пузыря. Кое-где в нижнем отделе этого пузыря контрастная масса дает картину рельефа слизистой желудка.

После заполнения желудок постепенно опорожняется, и через 30—60 минут р. с. в латеральной части газового пузыря обнаруживается рентгенологическая картина тонких кишок. Через 18—24 часа р. с. имеется картина заполнения толстых кишок, занимающая наружную половину грудной клетки слева. Дистальный отрезок толстой кишки продолжается вниз в брюшную полость и образуется за счет сигмовидной кишки.

Заключение. В описанном случае по нашему мнению имеется отсутствие левой половины диафрагмы. Мы полагаем, что этот случай врожденный, поскольку в анамнезе не отмечалось какой-либо травмы. В 1932 году Захар Сагал [4] описал аналогичный случай, отнеся его к редким случаям диафрагмальных грыж.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. В. И. Абгаров и Д. А. Донышев—К вопросу о врожденных диафрагмальных грыжах.
2. В. М. Белоцерковский—К вопросу клиники и этиологии заболевания диафрагмы. Терап. архив., т. XII, в. 5, 1935.
3. Гессе, Гирголав, Левит и Шак—Частная хирургия, т. I, 1937.
4. Захар Сагал—Случай врожденного нахождения желудка в грудной клетке. Вестник рентгенологии и радиологии, т. XI, в. 5—6, 1932.
5. А. Н. Крюков—О брюшных катастрофах. Журн. клинич. мед., т. XIV, 10, 1936.
6. А. С. Рубинович—К казуистике врожденных диафрагмальных грыж.
7. В. А. Фанарджян—Руководство по рентгенодиагностике, т. II, ч. I.
8. Р. С. Яхшина—Случай правосторонней эквентрации диафрагмы и правостороннего положения желудка. Журн. Клин. мед., т. XIII, 2, 1935.

Հ. Մ. Սաղարեկյան

ՍՏԱՄՈՔՍԻ ԲՆԱԾԻՆ ԿԵՐՊՈՎ ԿՐԾՔԻ ՎԱՆԴԱԿՈՒՄ ԳՏՆՎԵԼԸ

Ա Մ Փ Ո Փ Ո Ւ Մ

Սովորաբար այս հիվանդությունը ընդունվում է որպես մի շարք ուրիշ հիվանդությունների, ինչպես օրինակ՝ հիդրոպնևմոթորաքս, էքսուդատիվ և մեգրաստինալ պլերիտներ և այլն: Պետք է ասել, որ ռենտգենյան քննության ժամանակ նույնպես հազվագյուտ չեն սխալներ:

Ծիշտ դիագնոզելու համար անհրաժեշտ է միշտ հաշվի առնել այն հանգամանքը, որ տվյալ հիվանդությունը հայտնաբերվում է մեծ մասամբ կոնտրաստային կերակուր տալուց հետո: Այդ պատճառով, ամեն անգամ կրծքի վանդակը ռենտգենյան քննության ենթարկելիս, վերոհիշյալ հիվանդության կասկածի դեպքում, անհրաժեշտ է կատարել ստամոքսի կոնտրաստային քննություն:

Հիշյալ հիվանդությունն ունի պրակտիկ նշանակություն, հետևաբար պետք է ժամանակին հայտնաբերել: