

больной Штрауса в течение двух лет чувствовал себя хорошо; в случае Герцена (опубликованном Волхонской) больной жил более года без диспептических явлений, сл. Жуковицкого — 4 м, наши 2—6 м. Но это осложнение в конце концов приводит к истощению и смерти. Оперативное вмешательство может избавить больного от страдания, и чем раньше будет диагностирован свищ, тем возможно радикальное вмешательство.

Оперативное вмешательство при внутренних свищах ж. к. канала, особенно в поздних случаях, считается тяжелой операцией, дающей 60% смертности. Учитывая тяжелое состояние больного, мы во втором случае прибегли к консервативной операции — отделению ободочной кишки от тощей и ушиванию отверстий, что произведено было с меньшей травмой и малой затратой времени. Отдаленный результат получился хороший.

Получила 19 апр. 1940 г.

Доц. Я. Ф. ЛЕВИН

### Дивертикулы желудка

Из Украинского центрального рентгено—радиологического и онкологического института (директор А. С. Золотарев) и клиники внутренних болезней (зав. проф. В. М. Коган-Ясный) сан. гиг. факультета I Харьковского медицинского института

Клиническая картина дивертикулов желудка не дает какого-либо выраженного симптомокомплекса. Прижизненное определение дивертикулов желудка возможно только путем рентгеновского исследования.

Методика исследования обычная — та же, которая принята для исследования кардиального отдела желудка. Необходимо обратить особое внимание на тщательную подготовку больного, так как при ретенции пищи в дивертикуле контрастная взвесь в него не поступает, и такой дивертикул рентгенологически просматривается,

Мы применяем жидкую контрастную взвесь и начинаем исследование больного в вертикальном положении, тщательно следя за прохождением контрастной взвеси, особенно при прохождении ее через дистальный отдел пищевода и кардиальный отдел желудка, задерживая первые же глотки в верхнем отделе желудка. Иногда уже в этом положении удается заполнение дивертикула. В дальнейшем необходимо исследование в положении на спине, на животе и в косых положениях. Ввиду излюбленной локализации дивертикулов по задней стенке желудка в кардиальном отделе, здесь особенно применимо исследование на спине в профильном или первом косом положении.

Иногда удается, как указывает Экерлунд, видеть сообщение желудочного просвета с дивертикулом во фронтальном положении.

Как уже отмечено, клиническая картина этого заболевания не дает каких-либо характерных симптомов, могущих навести клинициста на мысль о дивертикуле. Иногда указывается изжога, неясные боли, чувство полноты, изредка — рвота. В некоторых случаях больные являются с типичным язвенным анамнезом. В части случаев дивертикулы являются случайной находкой.

В течение последних пяти лет мы диагностировали 3 дивертикула желудка, причем во всех этих случаях клиническая картина представлялась различной. Мы постараемся дать рентгенологическую характеристику этого процесса на иллюстрируемых здесь 3 случаях.

1. У., 50 лет, явился с жалобами на непостоянные боли в подложечной области, усиливающиеся через полчаса после приема пищи независимо от характера ее, постоянную тошноту, чувство тяжести в желудке, изжоги. Не худеет, не слабеет. Болен 15 лет. Последнее время отмечает нарастание интенсивности перечисленных явлений. Желудочный сок: общая кислотность 48, свободная — 1,4. Со стороны крови особых уклонений нет. При рентгеновском исследовании определяется в кардиальном отделе желудка, ближе к задней стенке, выпячивание величиною со сливу, четко ограниченное и связанное с просветом желудка узким перешейком. Описанное образование безболезненно. Вблизи этого выпячивания в стенке желудка нет никаких изменений. Через 3 часа желудок пуст, выпячивание остается заполненным.

2. И., 35 лет, поступил с жалобами на боли в мезогастрии, отдающие в поясницу, не зависящие от еды (наступающие иногда через 5-6 часов после нее), отрыжка тухлыми яйцами, иногда рвоту пищей и наклонность к запорам. Болен 10 лет. Заболевание началось остро, когда однажды после еды появились боли в животе и рвота. После тепла боли успокоились. Через год боли стали повторяться, постепенно приняли постоянный характер. Общая кислотность желудочного сока — 20, свободная — 0. В картине крови изменений нет. При рентгеновском исследовании в кардиальном отделе желудка, по задней стенке, с первым же глотком контрастной взвеси выявилось довольно четко ограниченное образование овальной формы, связанное с желудком довольно широким перешейком, смежаемое с желудком. Контуры его четкие, гладкие. Видны складки слизистой, идущие в шейку этого выпячивания. При наклонении больного вправо можно отметить увеличение выпячивания. Через 2 часа контрастная взвесь эвакуировалась из желудка, в дивертикулообразном же выступе осталось небольшое количество взвеси.

3. М., 36 лет, поступил с жалобами на боль в подложечной области, отдающую в правое и левое подреберье. Боль наступает через 40 мин. после еды и продолжается 1—1½ часа. Тошнота, иногда рвота после еды, отрыжка тухлым яйцом, небольшое исхудание. Больным считает себя 2 года. В начале заболевания отмечал боли, которые стали постепенно усиливаться, чаще в связи с приемом грубой пищи. Боли успокаивались теплом и приемом соды. В дальнейшем присоединились диспептические явления. Общая кислотность желудочного сока — 64, свободная — 1,82. При рентгеновском исследовании в кардиальном отделе, на задней стенке, обнаружена добавочная тень величиною с большой орех, с четкими гладкими контурами, виден узкий перешеек, связывающий это выпячивание с полостью желудка. Изменений желудочной стенки возле указанного выпячивания не определяется. 4. В этом выпячивании отмечается задержка взвеси в течение 3 часов.

Как видно из приведенных случаев, клиническая картина не дает каких-либо опорных пунктов для заподозрения дивертикула желудка. В первых 2 случаях имеется неясная клиническая картина желудочного заболевания, в 3 случае анамнез подозрителен на язву.

Рентгеновская картина представляется довольно убедительной: типичная локализация выпячивания на малой кривизне в кардиальном отделе желудка ближе к задней стенке; полукруглая и овальная форма с довольно коротким перешейком, связывающим его с просветом желудка; заполнение непосредственно после первого глотка и некоторое увеличение размеров этого выпячивания по мере заполнения его контрастной взвесью; наконец, длительный остаток после эвакуации взвеси из желудка — все это является достаточно убедительным для диагностирования дивертикула. Четкая, гладкая контурировка является типичной для дивертикула. Зубчатые контуры иногда встречаются при воспалительных процессах с образованием спаек или при изъязвлении дивертикула. В таких случаях клиническая картина также больше соответствует осложненному дивертикулиту. Некоторое увеличение размеров в лежащем положении на правом боку тоже является характерным для данного процесса. Отдельные

авторы подчеркивают, как важный симптом дивертикула желудка, выпячивание имеющегося выпячивания. Отсутствие каких-либо инфильтративных изменений в желудочной стенке по соседству с выпячиванием является также одним из симптомов, говорящих за дивертикул.

Важным моментом для диагностики дивертикула является наличие складок слизистой желудка, внедряющихся в шейку дивертикула.

С дифференциально-диагностической точки зрения в первую голову следует упомянуть о высоко располагающихся язвах желудка. Отсутствие укороченной малой кривизны, типичная локализация по задней стенке, четкость контуров, отсутствие инфильтрации стенки желудка, отсутствие болезненности, неизменная слизистая, наличие складок ее, входящих в шейку образования, — все это в большинстве случаев дает возможность дифференцировать дивертикул от язвы. Только в осложненных случаях дивертикулов диагностика может быть затруднительной. Тщательное исследование слизистой с учетом клинической картины может привести к правильному диагнозу.

Несколько затруднительной может иногда представляться дифференциальная диагностика с каскадным желудком при образовании его на почве спастического сокращения первого пучка, идущего вдоль малой кривизны. В таких случаях следует помнить, что каскадные желудка представляют исключительную редкость и что они не являются постоянным образованием, поэтому вопрос о диагнозе может быть разрешен лишь при повторных исследованиях.

Мы не встречали затруднений в дифференциальной диагностике с грыжами диафрагмального отверстия, на что указывает Экерлунд. Здесь, понятно, решающим фактором является поддиафрагмальное расположение дивертикула. В отдельных случаях нам приходилось дифференцировать дивертикул желудка с нишей на почве распадающейся карциномы. Это относится к тем случаям, где язвенные изменения были значительно сильнее выражены, чем опухолевые. В таких случаях мы имели нишеподобное выпячивание по малой кривизне, причем в положении на спине оно представлялось величиною с орех, с довольно четкими контурами и напоминало дивертикул. Широкое основание этого выпячивания, инфильтрация стенки вокруг него и симптом обтекания являлись решающими и указывали на наличие распадающейся карциномы.

Поступила 4.IV. 1939.