

Из клиники детских болезней (директор заслуженный деятель науки проф. Е. М. Лепский) Казанского гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

## Кардиоспазм у трехлетнего ребенка.

Г. М. Далатказина.

Кардиоспазм у детей раннего возраста наблюдается очень редко. Это обстоятельство дает мне основание опубликовать нам случай кардиоспазма у 3-летнего ребенка; тем более, что некоторые детали в истории болезни больного могут быть отчасти использованы для выяснения патогенеза данного страдания.

Мальчик Ш., 3 лет, поступил первый раз в клинику 15/IV 37 г. с жалобами на упорную, повторяющуюся в течение трех месяцев рвоту, которая наблюдалась даже после приема воды. По словам матери, у больного рвота началась после разреза на шее абсцесса, который появился во время скарлатины. Ребенок рожден в срок, с весом 1900 г. Дальнейшее развитие шло нормально. Перенес воспаление легких в возрасте одного года, корь в 1936 г. и скарлатину в начале 1937 г. Семейный анамнез благополучный, материальные условия жизни хорошие.

Status praesens. Больной резко истощен и бледен, рост 85 см, вес  $9\frac{1}{2}$  кг. Кожа сухая, выраженная волосатость на спине и щеках. На коже груди и живота хорошо выражена сеть венозных сосудов. На шее и на спине (по краю левой лопатки) видны с обеих сторон следы разрезов по поводу бывших здесь абсцессов. Органы грудной клетки и брюшной полости без патологических изменений. Реакция Пирке отрицательная. Кровь: гемоглобин— $65\%$ , цветовой показатель— $0,5\%$ , лейкоцитов—8600, эритроцитов 3890000. Лейкоцитарная формула: палочкоядерных  $2\%$ , сегментоядерных  $58,5\%$ , эозинофилов  $0,5\%$ , моноцитов  $3\%$ , лимфоцитов  $36\%$ , Анизодитоз, пойкилоцитоз. Моча отклонений от нормы не представляет. В испражнениях яйца глист не обнаружены.

Наблюдения за больным в клинике показали, что он с большой охотой принимается за пищу, но после нескольких глотков, независимо от характера пищи, наступает рвота неизменной пищей. Перед рвотой ребенок оставляет еду, склоняет голову, краснеет и делает усиленные глотательные движения, однако все попытки удержать пищу безрезультатны. После рвоты мальчик как ни в чем не бывало снова принимается за пищу и рвота повторялась.

Неоднократные попытки пройти зондом в желудок через рот или через нос не удалась. Зонд проходил всего на 25 см (считая от зубного края).

Предположение о наличии сужения в пищеводе было подтверждено рентгеноскопией.

Привожу заключение рентгенолога М. С. Перлина: „При исследовании пищевода полужидкой контрастной взвесью определяется сужение в дистальной трети с ровными контурами. Над сужением определяется значительное расширение пищевода. Временами прослеживаются антиперистальтические движения. При динамическом наблюдении определяется периодическое прохождение контрастной взвеси в желудок. Желудок изменений не представляет. Продвижение по тонкому кишечнику нормально. Рентгеноскопически—кардиоспазм.

Временами пища удерживалась лучше, частота рвоты уменьшалась. Бывали дни, когда рвоты совсем не было, ребенок тогда выглядел бодро, прибавлял в весе. Временами же рвота наступала после каждого приема пищи, больной становился тогда скучным, раздражительным, падал в весе. В эти дни приходилось кормить его питательными клизмами.

Питанию ребенка было уделено большое внимание. Пища давалась ему преимущественно жидкая и концентрированная: смесь Моро (молоко с сахаром, маслом и мукой), желтки с сахаром, печенье с маслом, сливки, сметана, шоколад, пирожное и т. п.

Мы заметили, что более жирная пища проходила в желудок лучше.

Растительное масло, которое давалось ложками до еды в подогретом виде, и (после консультации с проф. Б. Г. Герцбергом) выкачивание зондом пищевых остатков из пищевода с последующим промыванием, которое проделывалось на ночь после ужина, не прекратили рвоты, но способствовали уменьшению ее частоты.

В качестве лекарственной терапии больной получал Extr. Bellad. папаверин внутрь и в свечах. После этих противоспазматических средств рвота также не прекращалась совсем; однако, при даче папаверина в свечах частота рвоты заметно уменьшалась. Наряду с этим, в те дни, когда рвоты не было, или она отмечалась реже, мы давали больному каши, овощные пюре и постепенно переходили на сухари и мясо. Первые давались в смоченном виде, вторые—в виде фарша.

15/VII 37 г. мальчик был выписан домой в удовлетворительном состоянии: рвота отмечается реже, лишь 1—2 раза в сутки; мальчик мог есть разнообразную жидкую пищу, вес тела увеличился на 900 г.

9/IX 37 г. мальчик поступил в клинику вторично с жалобами на учатившуюся в последние дни рвоту. Летом рвота тоже наблюдалась, но реже. Питался бульоном, жидкой манной кашей, сырыми яйцами.

Status praesens. Мальчик бледен, истощен, 9,4 кг., т. е. убавился на килограмм по сравнению с июлем. Рубцы на шее стали нежные. Кровь: гемоглобин 58%, лейкоцитов 6800, эритроцитов 2900000, лейкоцитарная формула: юных — 0,5%, палочкоядерных—1,5%, сегментоядерных 19,5%, эозинофилов 2%, моноцитов 1,5% и лимфоцитов—75%. В остальном отклонений от нормы нет.

В первые дни после поступления в клинику отмечалась частая рвота. Попытки попасть зондом в желудок опять остались безуспешными. Больной получал исключительно жидкую и концентрированную пищу. Через 6 дней рвота стала реже, 6-ной стал прибывать в весе. Меню с каждым днем становилось более разнообразным; мы начали давать больному творог, паровую котлетку. Урежение рвоты и состояние ребенка явно говорили за уменьшение спазма, что подтвердилось и на рентгене.

Рентгеноскопия 27/IX. Органы грудной клетки без изменений. При исследовании пищевода полужидкой контрастной взвесью определяется сужение в дистальной трети с ровными контурами. Над сужением значительное расширение пищевода, но выраженная в меньшей степени, чем при предыдущем исследовании. Прохождение контрастной взвеси в желудок при данном исследовании протекает не периодически, а более равномерно, но замедлено. Желудок изменений не представляет, прохождение по тонкому кишечнику нормально.

За время последнего пребывания в клинике, никаких мероприятий, кроме тщательного питания, не применялось. Выписан домой 19/X в хорошем состоянии: рвота 1—2 раза в день, вес 12,4 кг. Рекомендована только диета.

13/II 38 г. мальчик посетил клинику. За время пребывания дома прибыл в весе на 1,7 кг. Жалоб на рвоту нет, рвота была только в течение 2 дней после приема мяса в виде кусков. Рубец на шее слева еще имеется, а справа почти незаметен. Свободно ест белый и черный хлеб, густые каши, борщ, молоко, яйца. Мальчик и на этот раз был исследован рентгеноскопически. Органы грудной клетки без изменения. При исследовании пищевода жидкой и густой (картофельное пюре плюс барий) контрастной массой определяется нерезко выраженное сужение пищевода в дистальной трети с небольшим расширением над ним. Прохождение массы в желудок свободное. Желудок изменений не представляет. Продвижение к тонкому кишечнику нормально.

Приведенное наблюдение особенно интересно тем, что здесь кардиоспазм развивался после скарлатины и сделанных разрезов на шее у ребенка, до того здорового.

Это обстоятельство дает основание видеть в нашем случае подтверждение той теории патогенеза кардиоспазма, которая связывает это страдание с патологическим раздражением, исходящим от вагуса. Рубцы, оставшиеся на шее после нагноения и разрезов, могли послужить причиной такого раздражения. Возможно и противоположное толкование этого случая: можно было бы думать, что под влиянием перенесенной скарлатины частично выпала функция вагуса или повреждены нервные элементы, заложенные в стенки пищевода, и это привело к расстройству иннервации последнего. Но такое объяснение нам казалось бы менее обоснованным: многочисленные случаи скарлатины, наблюдаемые в детском возрасте, не приводят к подобным результатам.

Заслуживает также внимания имеющееся налицо улучшение от симптоматического, главным образом, от диетического лечения.

Поступила в ред. 17/II 1938 г.