

Из Ортопедической клиники Гос. Казанского Института для усов. врачей. (Заведующий проф М. О. Фриланд).

## К вопросу об остром расширении желудка.

Ассистента клиники Н. Д. Киптенко.

До настоящего времени нет еще полного согласия во взглядах на острое расширение желудка, являющееся тяжелым осложнением после самых различных операций, некоторых внутренних заболеваний, а изредка—даже самостоятельным страданием. Чаще всего острое расширение желудка наблюдалось после операции в брюшной полости, но имеются также указания на наступление этого осложнения и после операций на конечностях (Раур, Диетрихс, Курганов), после перелома бедра (Найдерсон), после операций на позвоночнике, а также при различных терапевтических заболеваниях (Хартман, Лесене), катетеризации (Враин), после бурного смеха (Smorl) и др.

В Ортопедической клинике Гос. Института для усовершенствования врачей мы имели возможность наблюдать 10 случаев острого расширения желудка у 9 больных, из которых один был оперирован дважды и оба раза дал картину острого расширения желудка. В 8 случаях это осложнение имело у нас место после операций на тазобедренном суставе и по соседству с ним (на 108 таких операций), в 1 случае—после ампутации бедра и в 1—после внутригрудного впрыскивания гвоздичного масла (из многие тысячи подобного рода ин'екций). Привожу краткие выдержки из историй болезней наиболее интересных случаев.

Случай I. Больная Ч., 17 лет, поступила в клинику 20/IX 1923 г. по поводу несросшегося перелома шейки бедра. В 13-летнем возрасте, после сыпного тифа, образовались контрактуры обоих бедер. Во время насильтственного исправления этих контрактур отлом (простым крестьянином) произошел перелом шейки бедра, несросшийся до настоящего времени. Слабое телосложение. Со стороны желудочно-кишечного тракта отклонений от нормы нет. З/Х артропластика под смешанным хлороформно-эфирным наркозом. Гипсовая повязка на бедро с полуторасетом. 4/X  $1^{\circ}$  37,3°—37,1°, пульс 148—160, слабого наполнения, большая жалуется на тяжесть под ложечкой и тесноту полукорсета; обильная и частая рвота после операции не прекращается; подавленное состояние, задержание мочи, бессонница; гипс разрезан, после чего оказалось, что живот в области левого подреберья шарообразно вздут; при перкуссии тимpanicкий звук; терапия: под кожное вливание 600 куб. ст. физиологического раствора, под кожное впрыскивание морфия 2 раза в день; моча выпущена катетером. 6/X температура держится в пределах 37,1°—37,5°, пульс 116—120, рвота реже, живот вздут немногим больше, газы отходят через газоотводную трубку; задержание мочи; терапия та же. 7/X температура 37,4°—37,9°, пульс 112—116, вздутие живота уменьшилось, рвота прекратилась большая мочится сама. 8/X все пришло в норму, гипсовый полукорсет укреплен добавочными бинтами.

Случай II. Больной П., 42 лет, поступил в клинику 6/III 1924 г. по поводу застарелого вывиха тазобедренного сустава. Слабое телосложение, слабо развитые мускулатура и жировой слой, со стороны желудочно-кишечного тракта изменений нет. 15/III кровавое вправление вывиха под эфирно-хлороформным

наркозом; после операции постоянное вытяжение конечности. 16/III  $t^o$  36,4°—36,9°, пульс 110—116, жалобы на ощущение тяжести в области желудка, частая, довольно обильная рвота, вздутие живота вверху, главным образом в области желудка; тимпанит; общее состояние удовлетворительно; задержание мочи; терапия: морфий под кожу, катетеризация. 17/III  $t^o$  37,3°—37,9°, пульс 124—120, вздутие распространялось почти до пупка, тимпанит, при ощупывании плеск; рвота реже и не так обильна; задержание мочи; самочувствие сравнительно удовлетворительное; терапия та же. 18/III  $t^o$  37,4°—37,8°, пульс 96—92, вздутие живота значительно уменьшилось, рвоты нет, мочится сам. 19/III все явления со стороны желудка прекратились.

Случай III. Больной К., 35 лет, поступил в клинику 18/V 1925 г. по поводу контрактуры коленного сустава под углом в 80° после флегмоны бедра; слабое телосложение; жалуется на хронический катар желудка. 25/V под эфирно-хлороформным наркозом редрессация до угла в 130°. 30/V повторная редрессация под наркозом до угла в 170°; гипс; вскоре после операции гипс разрезан вследствие расстройства кровообращения в ноге; к вечеру в подколенной впадине образовалась громадная гематома, и началась гангрена стопы; в 12 ч. ночи операция с целью перевязки разорванных сосудов и удаления гематомы; перевязка сосуда не сделана, т. к. крупные сосуды целы, а разорванный мелкий не найден; ампутация бедра, в виду сильного упадка сердечной деятельности, отложена; физиологический раствор (1000 кб. ст.) под кожу, грелки. 3/VII в виду улучшения общего состояния больного произведена ампутация бедра под эфирным наркозом. 4/VII  $t^o$  37,2°—37,6°, пульс 140—152, слабого наполнения; частая обильная рвота, вздутие живота в верхней части, тимпанит, подавленное состояние, задержание мочи и газов; терапия: физиологический раствор (1000 кб. ст.) под кожу, морфий 2 раза в день под кожу, катетер, газоотводная трубка; грелки вокруг тела. 5/VII  $t^o$  37,8°—38,4°, пульс 136—142, слабый; вздутие распространялось ниже пупка, рвота реже, плеск, задержание мочи, газы отходят через газоотводную трубку. 6/VII  $t^o$  37,8°—38,1°, пульс 120, рвота прекратилась, вздутие живота значительно меньше, мочится сам. 7/VII почти все явления со стороны желудка пришли в норму.

Случай IV. Больная 18 лет, поступила в клинику 23/IX 1925 г. по поводу тяжелой двусторонней соха vagi и двустороннего genu valgum; слабое телосложение, со стороны желудочно-кишечного тракта отклонений от нормы нет. 30/IX под эфирно-хлороформным наркозом osteotomia subtrocchanterica et osteotomia supracondylifica; гипс на всю ногу с полукорсетом. 1/X  $t^o$  36,9°—37,3°, пульс 110—124, жалобы на тугость повязки в верхнем отделе; гипс на животе разрезан, найдено вздутие живота в подложечной области; отрыжка, редкая рвота небольшими количествами, задержание мочи; терапия: морфий под кожу, катетер. 2/X  $t^o$  36,6°—37,0°, пульс 120—124, вздутие живота немножко увеличилось, рвота редкая, задержание мочи, общее состояние сравнительно удовлетворительное. 3/X вздутие живота почти прекратилось, рвоты нет, мочится сам; гипс укреплен. 2/XII под эфирно-хлороформным наркозом редрессация правого колена и остеоклазия бедра в верхней трети; гипс на всю ногу с полукорсетом. 3/XII  $t^o$  37,0°—37,2°, пульс 120, жалобы на тяжесть под ложечкой; отрыжка, редкая рвота; гипс разрезан, обнаружено небольшое вздутие в левом подреберье. 4/XII  $t^o$  нормальна, пульс 112—120, вздутие живота увеличилось, рвота 2 раза. 5/XII почти все явления со стороны желудка прекратились; гипс укреплен.

Случай V. Больной 32 лет, врач, поступил в клинику 18/II 1926 г. по поводу tbc спондилита; болен 5 месяцев; боли в пояснице; поражены XII грудной и I поясничный позвонки, со стороны внутренних органов—tbc легких II стадии; отмечает, что изредка бывает тяжесть в подложечной области, которая в виде опоясывающих болей распространяется кзади; хорошо упитан; терапия: постоянное вытяжение в Глисоновой петле, подкожные инъекции в ягодицу 30% раствора гвоздичного масла в ol. amygdalar. dulc. по 4,0—15,0 2 раза в неделю<sup>1)</sup>. 20/II выпынуто в ягодицу подкожно 4 кб. ст. 30% гвоздичного масла. 21/II улучшение

<sup>1)</sup> В виду того, что лечение костного tbc инъекциями эфирных масел, как метод, применяется в нашей клинике, согласно предложения проф. М. О. Фриданда, впервые, считаю необходимым, впредь до специального сообщения на эту тему, указать здесь вкратце методику лечения: инъекции 20%—30% гвоздичного или эвкалиптового масла в миндальном масле производятся 2 раза в неделю в постепенно возрастающих дозах, от 5 кб. ст. до 20 кб. ст., подкожно в ягодичную область; всего производится 10 инъекций.

самочувствия и уменьшение болей. 23/II впрыснуто 8 кг. ст. 30% гвоздичного масла. 24/II  $t^o$  35,5°—36,0°, пульс 120—132, слабый; уже к вечеру 23/II усилились боли в позвоночнике, появилось ощущение тяжести в подложечной области. Утром 24/II живот вздут почти до пупка, тимпанит, отрыжка, рвота в виде срыгивания, язык сухой, подавленное состояние, газы и моча не отделяются; при осмотре бросятся в глаза очень частые характерные глотательные движения с заглатыванием воздуха и последующей отрыжкой (аэрофагия); больному предложено воздерживаться от заглатывания воздуха, что он и сделал; терапия: морфий под кожу 2 раза в день, газоотводная трубка; вечером моча спущена катетером, после чего стали отходить газы. 25/II  $t^o$  37,3°—38,3°, пульс 120; вздутие живота увеличилось и доходит до середины расстояния между пупком и лобком; редкая рвота в виде срыгивания; мочится сам. 27/II все прошло в норму. 1/III впрыснуто в ягодицу 5 кг. ст. 30% гвоздичного масла. 2/III осложнений нет. 4/III впрыснуто 8 кг. ст. 30% гвоздичного масла. 5/III ощущение тяжести под ложечкой, но вздутия и рвоты нет; пульс учащен и доходит до 120, слабого наполнения, при нормальной  $t^o$ .

Кроме приведенных 6 случаев острого расширения желудка, имевших место у пяти больных, острое расширение желудка наблюдалось нами еще в 4 случаях, которых я не привожу в виду полной аналогии их с вышеописанными.

Интерес всех этих случаев заключается в том, что острое расширение желудка произошло здесь после операций на нижней конечности, т. е. в области, отдаленной от желудка, а в одном случае—после такого незначительного лечебного вмешательства, как подкожное впрыскивание гвоздичного масла в ягодицу.

В первых 4 случаях причиной острого расширения желудка, повидимому, был наркоз. Здесь пониженный тонус мускулатуры желудка, как обычное явление после наркоза, мог легко повести к острому расширению этого органа. Особенно это относится к случаю III, где больной был ослаблен тремя тяжелыми операциями, произведенными в короткий промежуток времени. Случай IV поражает необыкновенной легкостью симптомов и наклонностью к повторению после каждой операции. В случае V, где острое расширение желудка развилось после инъекций гвоздичного масла, причиной его несомненно была аэрофагия; здесь также можно отметить наклонность к повторному расширению желудка после одной из следующих инъекций, если принять за признаки его частый, слабый пульс при низкой температуре с ощущением тяжести в области желудка (а что такое предположение можно сделать, — подтверждает случай B o g s h a r d 'a и H a r t m a n 'a, где упадок сердечной деятельности был единственным симптомом острого расширения желудка, окончившегося смертью и подтвержденного вскрытием) (Д и т е р и х с).

Как видно из приведенных историй болезней, картина острого расширения желудка развивается таким образом, что в первые дни после операции у больных появляется ощущение тяжести в области желудка и рвота—в одних случаях небольшими порциями в виде срыгивания, в других—частая, обильная; дальше замечается шарообразное вздутие живота в области желудка, распространяющееся быстро книзу; при перкутировании области вздутия получается тимпанический звук, при опущивании—плеск. Обычно уже с самого начала заболевания, иногда даже, как первый симптом, наблюдается резкий упадок сердечной деятельности, в виде частого, слабого пульса при низкой  $t^o$ . Нередко имеется подавленное общее состояние, задержание мочиспускания и отхождения газов. Картина, наблюдавшаяся у наших больных, в общем ничем не отличается от картины, описанной авторами (Д и т е р и х с). В некоторых

из описанных в литературе случаев, как и в наших, острое расширение желудка было доброкачественным, неособенно тяжелым заболеванием, в других оно проявлялось гораздо более тяжко, оканчиваясь смертью, причем у одних больных смерть наступала от вторичного артерио-мезентериального сужения duodeni, у других — и без такого сужения, от одного расширения желудка. Подобные случаи были описаны Нендерсоном и Кургановым, причем последний приводит даже протокол вскрытия.

В случаях смертельного исхода на вскрытии находят большое расширение желудка и duodeni, доходящее до места перекрещивания 12-перстной кишки с arteria mesenterica super.; дальше duodenum и тонкие кишки представляются бледными, спавшимися, отдавленными растянутым желудком вниз, желудок атоничен и наполнен жидкостью и газами, на брюшине явлений перитонита не обнаруживается (Дитерихс). В случае, описанном Кургановым, желудок оказался растянутым до симфиза, pylorus — проходимым, 12-перстная кишка, все тонкие и толстые кишки — пустыми, в 12-перстной кишке явлений сдавления не оказалось.

Что касается патогенеза острого расширения желудка, то в настоящее время принята та точка зрения, что надо различать и строго дифференцировать два совершенно самостоятельных заболевания: острое расширение желудка и артерио-мезентериальное сужение 12-перстной кишки, причем как при первом может вторично развиться артерио-мезентериальное сужение 12-перстной кишки, так, наоборот, при втором может вторично развиться расширение желудка (Гессе). Вторичное развитие артерио-мезентериального сужения 12-перстной кишки после острого расширения желудка наблюдается тогда, когда желудок, сильно растянутый находящимися в нем жидкостью и газами, отдавливая тонкие кишки вниз, натягивает arteria mesenterica super., отходящую от аорты и образующую вместе с нею как-бы вилку, в которой лежит duodenum. Благодаря этому происходит сдавление duodeni суженными натяжением брыжьейки ножками вилки, что влечет еще большее расширение желудка.

Относительно причины первичного острого расширения желудка у авторов нет согласия. Существует несколько разных теорий. По Наберегу причиной его является шок, зависящий как от непосредственного повреждения желудка, так и от рефлекгорного раздражения его нервных сплетений. Наберег описывает случай острого расширения желудка после резекции тазобедренного сустава с обнажением брюшины, причем введенный тампон касался ее; по удалении тампона расширение желудка прекратилось. Многие видят причину острого расширения желудка в наркозе, который особенно пагубно действует на запустевший, вследствие голодаия, желудок и приводит его в паретическое состояние, длившееся и после наркоза (Раур). Спасокукотский и Краузес склонны видеть причину острого расширения желудка в появлении отрицательного давления в брюшной полости: благодаря последнему, происходит присасывание стенки желудка брюшной стенкой напрягающейся подложечной области. Подобного рода явления наблюдались Спасокукотским после операций на желудке. Lardennois объясняет часть случаев острого расширения желудка аэрофагией. Последняя имеет место у нервных людей, страдающих болезненными ощущениями в желудке и чувством давления под ложечкой, вследствие чего подобного рода больные делают частые, бессознательные глотательные движения, приводящие к загла-

тыванию значительных количеств воздуха. Вслед за заглатыванием воздуха происходит отрыжка, облегчающая больного, но проглоченный воздух с отрыжкой выделяется не весь. Таким образом при часто повторяющейся аэрофагии создаются благоприятные условия для острого расширения желудка, особенно в послеоперационном периоде, когда рот и язык сухи, большой истощен операцией, наркозом и предшествовавшим голоданием, и тонус мускулатуры желудка ослаблен. В таких случаях вялые стенки желудка легко растягиваются, что может повести к закрытию cardiae и образованию клапана, открывающегося только в одну сторону. Подобные случаи описаны Mathieu и Kургановым.

Так как ни одна из этих теорий, будучи взята в отдельности, не обясняет всех случаев острого расширения желудка, то можно думать, что последнее в ряде случаев происходит вследствие одновременного действия нескольких причин в различных комбинациях.

Гораздо реже бывает первичное артерио-мезентериальное сужение 12-перстной кишки с вторичным расширением желудка. Очень трудно представить себе картину артерио-мезентериального сужения 12-перстной кишки, зависящего от сдавления ее art. mesenterica sup., так как для этого необходимо допустить, что натяжение брыжейки книзу может обуславливаться свисанием пустых, маловесящих тонких кишок, тяжесть которых, по исследованию Albrecht'a, не превышает 500 грамм. Однако наблюдения показывают, что подобного рода сдавления все-таки бывают. Для этого необходимы анатомические условия в виде врожденного порока развития брыжейки, а именно, чрезмерной длины ее (Ottberg d'anne), в виде энтероптоза (Glenard), сколиоза позвоночника, стеноза pylori у первых больных (Codman, Kellogg), или, как это наблюдал однажды Haberger, в виде хронического сдавления duodeni большой пупочной грыжей.

Для дифференциальной диагностики описанных двух осложнений необходимо знать, что: 1) острое расширение желудка — болезнь доброкачественная, редко оканчивающаяся смертью, артерио-мезентериальное же сужение — тяжелое осложнение, ведущее часто к летальному исходу (Гессе); 2) при остром расширении желудка перистальтики желудка нет, вследствие его первичной атонии, при артерио-мезентериальном же сужении вначале имеется часто просматриваемая перистальтика желудка, а потом, когда разовьется вторичная атония желудка, и мышцы его не в состоянии преодолевать нижележащие препятствия, — перистальтика исчезает (Гессе); 3) при остром расширении желудка промывание дает улучшение общего состояния и выравнивает пульс, при артерио-мезентериальном же сужении этого нет (Haberger); 4) при артерио-мезентериальном сужении duodeni во время операции обнаруживается резкая граница между пустой и переполненной частью кишечника, чего нет при остром расширении желудка (Гессе).

Относительно терапии острого расширения желудка можно сказать то же, что и о патогенезе, а именно, что здесь нет точно установленного лечебного метода. Большинство авторов рекомендует бороться с атонией желудка многократными промываниями его теплым 1/2% раствором соды, но Raug и Albrecht предостерегают от подобных промываний, так как они еще больше способствуют паралитическому состоянию желудка и, кроме того, вредно действуют на психическое состояние больных.

Затем хорошим средством считается перемена положения больного из спинного на положение на боку и *à la vache* (*Schnitzler*), что, кстати сказать, противоречит взгляду, высказанному Спасокукотским, так как положение *à la vache* способствует понижению внутрибрюшного давления, в каковом моменте он видит как раз причину острого расширения желудка. Дитерихс к этому еще присоединяет наклонное положение кровати с приподнятым ножным и опущенным головным концом. К разуме после операций на брюшной полости советует применять давление на область желудка; этим имеется в виду предупредить влияние отрицательного давления в брюшной полости. Одновременно надо бороться с упадком сердечной деятельности вливаниями физиологического раствора, камфорой и т. д. Нужно ли оперировать больного в тех случаях, когда подобное лечение не дает эффекта? Большинство держится того взгляда, что *gastro-enterostomia* здесь не только бесполезна, но и отнимает у больного последние силы. В нашей клинике лечение сводилось к под кожному введению морфия, а в некоторых случаях — к под кожному вливанию физиологического раствора, и всегда с хорошим исходом. Что касается введения морфия, то оно в наших глазах оправдывалось наличностью шока, сопутствующего острому расширению желудка. Есть основание думать, что более легкие случаи протекают благоприятно и без всякого специального вмешательства.

При сопоставлении наших случаев острого расширения желудка с случаями, приведенными в литературе, невольно бросаются в глаза сравнительная доброкачественность наших случаев и то обстоятельство, что с тех пор, как мы стали обращать внимание на описываемое страдание, оно имеет место у нас сравнительно не так уж редко. Это, в свою очередь, заставляет думать, что легкие случаи острого расширения желудка имеют место значительно чаще, чем это до сих пор описывалось. Целью настоящей работы и является стремление обратить внимание на эти легкие формы, так как они, несомненно, входят в общую цепь картины страдания, будучи его начальными звенями. На другом полюсе этой цепи сосредоточены те тяжелые формы, которые, кончаясь летально, впервые привлекли внимание исследователей и составляют главную массу литературной казуистики.

---

#### ЛИТЕРАТУРА.

- 1) Алексеев. Каз. Мед. Журнал, 1925, № 5.—2) Braun. Zentr. f. Chir., 1904.—3) Дитерихс. Послеоперационный период. Москва, 1924.—4) Греков. Русский Врач, 1910, № 46.—5) Haberger. Erg. f. Chir. u. Orthop. 1913, Bd. V.—6) Hartmann. Presse méd., 1920, № 64.—7) Henderson. Journ of orthop. surg., 1921, III.—8) Kleinschmidt. Erg. f. Chir. u. Orthop., Bd. V.—9) Курганов-Мюллер. Моск. Мед. Журн., 1922, № 10--12.—10) Краузе. Доклад на XVI Съезде Хирургов 1924.—11) Раур. Zentr. f. Chir., 1904.—12) Спассокукотский. Врач. Дело, 1923, № 18.—13) Соколов. Прения по его докладу в 17 засед. Р. Х. О. им. Пирогова I/III 1922 г. Вест. Хир. и Погр. Обл. 1923, т. III, кн. 7.—14) Wilms. Münch. med. Woch., 1901.
-

D-r N. D. Kip ten ko (Kasan). Zur Frage über die acute Erweiterung des Magens.

Der Autor hat 10 Fälle der acuten Erweiterung des Magens, meistenteils nach den Operationen an unteren Extremitäten, beobachtet. In 1 Falle übrigens hat sich die Complication nach einer solchen geringen Vermittelung, wie subcutane Injektion des Nelkenöls entwickelt. In allen Fällen verging die Erkrankung vollkommen gutartig und zur Entfernung derselben war es genügend das Morphin anzuwenden und bei manchen Kranken—subcutane Injektion der physiologischen Lösung. Nach der Meinung des Autors kommen solche leichten Fälle der acuten Magenerweiterung, welche manchmal ohne irgend welche Behandlung vergehen, viel öfter vor, als bis jetzt es beschrieben wurde.

---