

К хирургии гастроптоза.

С. А. Флерова.

(Сообщено на I Поволжском Съезде Врачей в г. Казани).

Согласно опубликованным в текущем году рентгеновским исследованиям Копенгагенского проф. Faber'a, малая кривизна желудка у здоровых лиц спускается ниже пупка у мужчин в 15,7⁰/₀, у женщин нерожавших—в 21⁰/₀ и у рожавших—в 43,3⁰/₀; у лиц же, страдающих диспепсией, запорами и колитом, процент этот, мало изменяясь у мужчин (11,2⁰/₀), увеличивается вдвое у нерожавших женщин (в 41⁰/₀) и в полтора раза—у рожавших (66,2⁰/₀). Из этих цифр видно, насколько част „анатомически“ гастроптоз вообще, а у женщин в особенности. Естественно, возникают вопросы, во-первых, почему же среди массы лиц с опущением желудка встречается сравнительно небольшое число страдающих свойственными гастроптозу болезненными проявлениями, а, во-вторых,—почему этому заболеванию уделяется так мало внимания в литературе и хирургической практике?

В настоящее время, когда говорят об опущении желудка, то прежде всего имеют в виду несмещенными, или, вернее, мало смещенными, два стабильных пункта; это будут *cardia* с одной стороны и *flexura duodenalis superior*, которую поддерживает *lig. hepato-duodenale*,—с другой. Находящийся между этими точками желудок и *pars superior duodeni* образуют спускающуюся книзу петлю, так наз. желудочную петлю („*Magenschlinge*“). При этом желудок увеличивается против нормы в длину, приблизительно, до 5 сант. В самом низу этой петли, в общем по средней линии, образуется резкий перегиб, соответствующий месту перехода нисходящего колена в колено восходящее. Кроме того, может быть и другой перегиб, а именно, при переходе желудка из левого околопозвоночного желоба на выпуклость тел поясничных позвонков (*Genewein*). Благодаря упомянутым перегибам, желудок иногда разделяется как-бы неполной перегородкой на части, давая картину песочных часов,—т. наз. „*ptotische Sanduhrmagen*“ немецких авторов.

Наличность протического желудка часто соответствует особому телосложению — с узкой *apertura thoracis inferior*, уменьшенным *angulus infrasternalis* и сравнительно широким тазом. Сужению грудной клетки и оттеснению, следовательно, желудка книзу способствует, по *Rovsing*'у, злоупотребление корсетом, завязками и ремнями. Уменьшение жира в брюшной полости и расслабление брюшных стенок и тазового дна у повторно рожавших женщин, с другой стороны, вызывает опущение той мягкой подушки из киш-шок, которая представляет собою опору для желудка снизу.

В то время, как *Rovsing* на своих 163 оперированных по поводу гастроптоза случаях нашел в желудке явления легкого пищевого застоя в 50—60%, атонической же дилатации желудка не наблюдал вовсе, *Faber* рентгеноскопически находил дилатацию, приблизительно, в половине случаев. В общем можно сказать, что вопрос о расширении желудка, при его опущении, еще выяснен очень мало.

Само собой разумеется, что, раз опущен желудок, автоматически следует за ним и опущение поперечно-ободочной кишки, которая растягивается и свисает гирляндю. Ее флексуры, по *Gene-wein*'у, могут, однако, оставаться на месте, образуя перегиб, создающий препятствие для прохождения кишечного содержимого.

Из других брюшных органов сравнительно часто при гастроптозе находят опущенную печень, — в случаях *Rovsing*'а это было отмечено в 41,7%.

Наиболее простым методом, позволяющем даже амбулаторно определить у желудка границы, а при птозе желудка определить наиболее важную для нас малую кривизну последнего, является метод „*Umgrissauskultation*“ *Runeberg*'а. Ставят стетоскоп на место предполагаемого нахождения желудка, прикладывают к нему ухо, а пальцем производят на коже скребущие движения. Слышится громкий звук, тотчас исчезающий, или становящийся отдаленным, раз палец перешел чрез границу желудка в сторону.

Исследование кислотности желудочного сока при гастроптозе характерного ничего не дает: она может быть нормальной, что бывает чаще, в других же случаях она то повышена, то понижена. Отсюда могут возникать ложные заключения в пользу круглой язвы у молодых и карциномы у старых субъектов. Может к птозу желудка присоединиться и круглая язва; особенно часто, по *Rovsing*'у, это бывает, когда желудок имеет форму песочных часов. Могут быть в опущенном желудке кровотечения и без всякой язвы, исключительно застойного характера.

Приликая во внимание все вышеизложенное, становится понятным возникновение ряда свойственных гастроптозу болезненных симптомов. Из них на первом плане стоят упорные запоры, чисто-механического происхождения, плохо поддающиеся слабительным и, наоборот, улучшающиеся при постельном, горизонтальном положении больного. Боли в левой подложечной области, возникающие тотчас после еды, зависящие не от качества, а от количества съеденного, проходящие в лежачем положении и немедленно возникающие при вставании, также наблюдаются зачастую при гастроптозе. Впрочем иногда боли могут локализоваться и в области желчного пузыря, воспаление которого в этих случаях является осложнением гастроптоза. Тошнота и рвота после еды доводят иногда больных с гастроптозом до страха перед принятием пищи. Появляются, у женщин, расстройства месячных, развиваются психо-неврастенические состояния, а исхудание больных доходит до *cachexia gastroptotica*, дающей впечатление, как будто врач имеет пред собою туберкулезных или раковых больных. Живот при гастроптозе обычно втянут в подложечной области, где обнаруживается пульсация неприкрытой желудком аорты, и, наоборот, выпячен в области ниже пупка.

Rovsing различает *ptosis virginelle* и *ptosis maternelle*. Девический птоз, куда относится и птоз у мужчин, протекает гораздо болезненнее птоза материнского. Поэтому, говоря о лечении, мы должны выделить материнский гастроптоз, как более легкий по симптомам, в особую группу. Здесь часто приносит большую пользу брюшной поддерживающий пояс, надеваемый, обычно, в лежачем положении. Здесь же могут быть иногда уместны и методы пластического сужения брюшных покровов без вскрытия брюшной полости. Но нередко смещение желудка приходится устранять и оперативным путем. Последнее является действительно необходимым при птозе девическом и у мужчин, где, при сильной, эластической брюшной стенке, ношение пояса не имело бы смысла.

Не вдаваясь в рассмотрение различных, предложенных для лечения гастроптоза, оперативных методов, остановимся лишь на наиболее проверенном методе Rovsing'a, согласно которому передняя стенка желудка подшивается, с помощью трех толстых нитей, к передней стенке живота. Концы нитей выводятся наружу и снимаются чрез четыре недели. *Colon transversum* предварительно подшивается к желудку. Больной проводит в постели 5—6 недель. Возможны, конечно, и некоторые вариации этого вопроса. Так, проф. В. И. Разумовский еще в 1901 году подшил желудок двумя парами погружных и двумя парами выводных швов; проф.

же А. В. Вишневский обходится без практикуемой Rovsing'ом скарификации передней поверхности желудка.

Полное излечение после этой операции получилось у Rovsing'a (163 случая) в 75,20/0 случаев, а смертность равнялась 3,20/0. Приблизительно такие же результаты получились у других Скандинавских хирургов (93 случая) и в Мюнхенской Хирургической Клинике (17 случаев, Genewein).

В Казанской Госпитальной Хирургической Клинике проф. А. В. Вишневским, начиная с 1918 года, было произведено 5 таких операций.

К сожалению, одна из первых больных, у которой имелся резко выраженный материнский птоз, и у которой, кроме желудка, пришлось еще подшивать, с помощью круглой связки, и печень, умерла при явлениях „Duodenaldarmverschluss'a“. Названное осложнение встречалось и у других хирургов. Виной его, безусловно, является натяжение брыжжейки тонких кишек и применение общего наркоза, вместо вполне достаточной для данной операции местной анестезии. Меры против подобного осложнения состоят в выкачивании желудочного содержимого, возвышенном положении ножного конца кровати и положении больного на животе.

В остальных четырех случаях полученный от гастропексии результат можно назвать блестящим. Опишу вкратце эти случаи.

1) Больная К., курсистка, девица 26 лет, с подорванным питанием, сложения нормального; половая сфера без отклонений. С юных лет страдала упорными запорами. Слабительные в последнее время не помогали. Боли доводили до обморочного состояния. Больной достаточно было встать с постели и сделать несколько шагов, как боли тотчас возобновлялись. После операции боли совершенно прошли; стул раз в день, самостоятельный.

2) Больная Л., девица 24 лет, учительница, с habitus enteroptoticus. Больна 5 лет. Сильные боли после еды в зависимости не от качества, а от количества съеденного. Завязывание тесемок на животе вызывало тошноту и боли, так что больная вынуждена была завязывать их выше. Страдала упорными запорами, которые прерывались поносами. Во время последних чувствовала себя еще хуже. После операции ежедневный самостоятельный стул. Боли исчезли.

3) Больная К., 31 года, учительница, замужняя, nullipara. Habitus enteroptoticus. Упорные запоры, боли после еды. Menstrua отсутствуют в течение трех лет. После операции на следующий же день появилась menses. Подобный феномен наблюдал нередко и Rovsing. У одной из его больных, 30-летней женщины, которая никогда не имела месячных, последние пришли чрез день после операции. У разбираемой нами больной на 3-й день было небольшое осложнение в виде обильной, с примесью крови, рвоты. Дальнейшее течение гладкое. Боли и запоры прошли.

4) Наконец, последняя больная Я., замужняя, 33-х лет. *Habitus enteroptoticus*. Заболела после первых родов, 8 лет тому назад. Сочетание резкого гастроколонптоза с круглой язвой *pylori*. Мучительные боли и упорные запоры довели до исхудания и полного отчаяния. В день операции появились *shenses*, которых не было более года. До 5-го дня р. о. осложнение в виде рвоты с примесью крови, но затем течение послеоперационного периода гладкое, стул ежедневно самостоятельный, боли прекратились. В настоящее время, спустя 3 месяца после операции, чувствует себя вполне здоровой *).

В заключение мы должны допустить сравнение процессов, происходящих при гастроптозе, с теми процессами, которые происходят в грыже. Мы считаем, что гастроптоз есть, в сущности, ничто иное, как внутренняя грыжа желудка. Как большинство грыж, он до поры до времени не дает о себе знать. Но если опущенный желудок, который, в сущности, есть *ventriculus mobilis*, хотя отчасти ущемится между брюшной стенкой и позвоночником,— что легче происходит у мужчин, девиц и при лордозе,—тогда выступают на сцену расстройства кровообращения. А мы знаем, что на расстройство кровообращения, на кислородное голодание, организм реагирует болью. Это — ответ на вопрос, почему „клинический гастроптоз“ встречается несравненно реже „анатомического“.

Второй же из поставленных нами вначале настоящего сообщения вопросов, почему гастроптозу уделялось хирургами мало внимания, может быть решен только так: очевидно, гастроптоз смешивали с другими заболеваниями, и чаще всего с круглой язвой (*Rovsing* и др.). Неудивительно, что гастроэнтеростомия в подобных случаях иногда оказывалась не только бесполезной, но иногда и вредной. А потому на будущее время наш девиз: немного меньше гастроэнтеростомий и побольше гастропексий!

*) Больная эта уже известна читателям „Казанского Медицинского Журнала“,—история ее болезни описана в моей статье „К вопросу о клиническом значении наклонений и перегибов матки кзади“, помещенной в „Журнале“ за 1921 г. Кроме *ulcus pylori* и гастроптоза она страдала еще рефлексией матки, причем оперативное устранение этой аномалии при помощи операции *Alexandera-Adams'a* дало прекрасные результаты в смысле устранения припадков со стороны желудка. К сожалению, эффект этот был лишь временным. Временным настолько мне известно, оказался и эффект от гастропексии,—спустя 5—6 мес. после операции припадки со стороны желудка у больной опять обострились. Очевидно, и рефлексия матки, и гастроптоз являются анатомическими моментами, способствующими развитию симптомов, свойственных язве желудка. Поэтому устранение данных моментов в первое время оказывает благотворный эффект, но лишь на время, а затем, когда организм привыкнет к нему, припадки основной болезни опять разыгрываются. Такое объяснение эффекта операций антефиксации матки и гастропексии, кажется мне, по отношению к данному случаю, более правдоподобным, чем объяснение этого эффекта самовнушением.

В. Груздев.