

Свердловский кожно-венерологический институт и Кафедра кожных и венерических болезней Медицинского института.

Новокаиновый блок в лечении кожных и венерических болезней.

Проф. С. Я. Голосовкер.

В последние годы в терапию вводится ряд новых методов и средств, при чем с особой настойчивостью они рекомендуются почти как „панацея“ при заболеваниях, различных по своей этиологии и патогенезу. Очень часто быстро проходит период увлечения новым средством и влится большое разочарование как в ряды практических врачей, так и больных.

Причиной этого является недостаточно критическое отношение ко всяким новым методам лечения. Кроме того, болезненные проявления вызываются различными этиологическими факторами; если последние при ряде болезненных форм и идентичны, то различие реакций организма приводит к своеобразному течению процесса в каждом отдельном случае.

Поэтому не может и не должно быть „всеисцеляющих средств“, и шаблонное лечение при многих случаях—лизатами, гравиданом, раздражающей терапией, десенсибилизацией—приводит только к дискредитации порой очень ценных методов.

Все вышеуказанное относится и к применению новых средств в области дерматологии. Все же необходимо одновременно указать, что не должно быть перегибов и в трактовке „специфичности“ тех или других средств. Поэтому одно и то же средство может и должно найти применение при ряде болезненных процессов. Очень часто причина, вызвавшая патологический процесс, различна, но патогенез его возникновения однороден. Это приводит к тому, что мы на ряд далеко остоящих друг от друга болезненных явлений получаем одинаковое благоприятное воздействие от одного и того же метода лечения.

Из теорий, возникших в последнее время для объяснения патогенеза различных болезненных процессов, привлекает к себе внимание учение Сперанского о нервной трофике и его выводы о способах воздействия на течение патологических явлений.

Если перенести это учение в область дерматологии, то как клиника, так и эксперимент подтверждают многие из этих положений. Из области дерматитов мы знаем, что одно и то же вещество вызывает не у всех лиц, которые приходят с ним в соприкосновение, одинаковые реакции. С другой стороны, какое-либо раздражение, вызванное одним агентом, впоследствии появляется после целого ряда раздражителей другого характера. В патогенезе болезненных процессов, вызванных эндогенными факторами, тоже бросается в глаза разнородность этих раздражителей. Рассматривая кожу в цепи сложных взаимоотношений с рядом органов и систем, мы должны будем пересмотреть все наше современное понимание дерматологии и ввести новые факторы в терапию кожных болезней. В конгломерате взаимоотношений местного и общего необходимо будет найти пути воздействия на общие факторы, определяющие исход процесса. Это составляет основное решающее звено терапии.

Для этой цели мы проводим новокаиновый блок при кожных заболеваниях, гонорее и мягком шанкре. Основные положения о действии блока приведены в интереснейших работах А. В. Вишневого и А. Д. Сперанского.

Всего проведено нами наблюдений над 124 больными с различными кожными и венерическими заболеваниями (за исключением сифилиса). Очаговые реакции в виде временного обострения местных явлений в первые дни после блока нами не отмечались. При дерматитах и экзематозных явлениях больные в $\frac{1}{4}$ случаев жаловались на появление сильного зуда. Таким образом, мы не можем подтвердить указания авторов, что появление очаговых реакций предшествует периоду стихания клинических явлений.

Нас очень заинтересовала группа чешуйчатого лишая (10 случаев), столь неясной в этиологии и патогенезе. Придерживаясь взгляда, что чешуйчатый лишай является реакцией организма, подверженного своеобразному паракератическому диатезу, мы ждали здесь быстрого лечебного эффекта от новокаинового блока в надпочечную область. Всего проводилось от 2 до 4-х инъекций. Ни в одном случае мы не получили полного излечения процесса (время стационарного лечения от 13 до 48 дней, не считая продолжительного наблюдения после выписки). В 50% отмечалось некоторое улучшение процесса, выразившееся в уменьшении количества чешуек, рассасывании инфильтрата. В одном случае, где псориазные бляшки исчезли, мы отметили через 6 месяцев рецидив. Применение блока не останавливало высыпания новых элементов в одном случае, а в другом — вызвало обострение процесса. Таким образом, этот метод лечения при чешуйчатом лишае себя не оправдал.

При пеллагре (7 случаев) с явлениями со стороны кожи, желудочно-кишечного тракта и нервной системы, мы наблюдали во всех случаях улучшение как общего состояния, так и значительное изменение явлений со стороны кожи (осталась только незначительная пигментация на обычных местах поражения) и желудочно-кишечного тракта (прекратился понос). Блок проводился в 3-х случаях по 1 разу, в 2-х — 2 раза, в 3-х — 3 раза.

У одного больного после первого блока мы имели значительную общую реакцию: слабость, головные боли, повышение t° до 38, 39, 40° в течение трех дней. При выписке больных (от 13 до 48 дней) отмечается прибавление в весе и частичное восстановление трудоспособности.

При пеллагре применение новокаинового блока может быть рекомендовано как метод, приводящий к значительной перестройке организма.

При вульгарных бородавках (7 случаев) с преимущественной локализацией процесса на кистях рук мы пользовались циркулярным блоком от 1 до 3 инъекций (30 куб. с. $\frac{1}{4}$ % новокаина в область плеча на 4—5 см. выше локтевого сгиба). Эмпирически отмеченные факты, указывающие, что уничтожение иногда одной из бородавок приводит к исчезновению и других, говорят, несмотря на вероятный инфекционный характер бородавок (ультравирус), о нарушениях в системе иннервации пораженных очагов.

По поводу трофических язв нижней голени имеется уже значительная литература (А. В. Вишневский), достаточно ярко подтверждающая действие новокаинового блока. Мы можем только прибавить наши наблюдения на основании небольшого материала (10 случаев): 1) Применение блока в надпочечную область дает большую эффективность, чем циркулярный блок. 2) Во избежание рецидивов следует увеличить количество инъекций до 4—5. 3) При циркулярном блоке мы отмечали в 2-х случаях рецидивы через 3—4 месяца. 4) Мы подтверждаем полное заживление хронических язв нижних конечностей после применения 3—4 инъекций в надпочечную область. Если бы даже новокаиновый блок не оправдал себя при других заболеваниях, то подтвердившиеся наблюдения излечения хронических язв голени делают этот метод весьма ценным как в теоретическом, так и в практическом отношении.

При мягком шанкре (6 случаев) мы проводили инъекции в окружающие болезненные очаги 5—10 куб. см. $\frac{1}{4}$ % новокаина в течение 3—4 раз. Терапевтический эффект выразился в некотором изменении отделяемого и самих язв. Обычные методы лечения, применяемые в нашей клинике (пары йода, анилиновые краски), приводят к более быстрому заживлению язв. При бубонах (2 случая) блок в надпочечную область дал некоторое сокращение срока лечения, и у одного больного бубон рассосался, таким образом удалось предупредить стадию нагноения.

ния. Эти наблюдения все же указывают, что впрыскивания в ткань, окружающую язву, приводят к сокращению воспалительных явлений, но методом лечения они служить не могут.

Красный плоский лишай (3 случая) дал весьма быстрое исчезновение узелков после 2—3 впрыскиваний $\frac{1}{4}\%$ новокаина в надпочечную область. Этот быстрый терапевтический эффект находит свое объяснение в патогенезе этого заболевания. В литературе имеются указания о хорошем действии рентгелотерапии в области спинномозговых ганглиев, благоприятного действия спинномозговой пункции (Соболев). Получение быстрого излечения в срок 2—3 недели дает нам право рекомендовать этот метод при этом поражении кожи.

При гонорее мы употребляли новокаиновый блок при осложнениях. Вначале мы применяли впрыскивание 10—15 куб. см. $\frac{1}{4}\%$ раствора новокаина по ходу funiculus spermaticus при эпидидимитах (10 случаев). Эффект лечения выявился в резком снижении болезненности, но на общее течение процесса этот метод лечения оказывал слабое действие.

Основной же метод лечения состоял в проведении блока в надпочечную область (35 случаев). У 20 больных с эпидидимитом, одно и двусторонним, мы получили после 1—2 блоков без другой терапии в среднем после 11 дней излечение процесса (в части случаев оставался, как это отмечается и при других методах лечения, незначительный плотный инфильтрат в области придатка). У 9-ти больных блок проводился с последующей местной терапией и общей (впрыскивание молока, вакцины), при чем в среднем лечение продолжалось 20 дней.

В 6-ти случаях мы имели резкое ухудшение процесса, дальнейшее развитие осложнений, несмотря на ряд проводимых впрыскиваний (3—4). При всех этих случаях одновременно наблюдались помимо эпидидимита воспаление предстательной железы (катаральное), везикулит. При переводе больных на другие виды терапии мы имели тоже длительное течение процесса. Интересными являются случаи (3 случая), когда у больных, явившихся с односторонним эпидидимитом, после 1-го блока появлялось воспаление и другого придатка, или к эпидидимиту присоединялся и орхит.

Касаясь лечения дерматозов и экзематозных процессов (34 случая), нужно указать на эффективность новокаинового блока, в особенности при распространенных дерматитах. Введенные в последние 10 лет методы десенсибилизации (внутривенные вливания хлористого кальция, бромистого натрия, глюкозы, гипосульфит натрия и др.) значительно сократили сроки лечения этих поражений. Все же мы до сих пор находимся в затруднительном положении при лечении этих дерматитов. Слабый эффект местной терапии и невозможность применения ее при распространенных процессах заставляют нас искать новые пути в лечении. Группа экзематозных процессов все более и более из-за неясности этиологии требует общих путей воздействия на организм для изменения повышенной реактивности на ряд раздражителей эндогенного и экзогенного происхождения. Циркулярный блок при местных процессах (дерматиты и экземы кистей рук, голеней) себя не оправдал (5 случаев). Отмечается только значительное ослабление явлений отека и воспаления, но общий ход болезненного процесса не сокращается.

Блок же в надпочечную область дал вполне благоприятные результаты. У 22 больных в среднем после 15 дней мы получили без всякой местной терапии излечение процесса, а в 7 случаях—после 19 дней при одновременной местной противовоспалительной терапии.

Общее течение процесса после блока таково: в первые два дня явления отека несколько стихают, но особенно заметно улучшение клинической картины с 3—4 дня; эритематозные участки бледнеют, мокнущие подсыхают, появляется обильное шелушение и образование корочек; в местах инфильтратов кожа становится значительно более эластичной. В начале своей работы мы проводили блокирование с промешутками

в 6—15 дней (это относится ко всем заболеваниям), потом мы остановились на впрыскивании новокаина в среднем 1 раз в шестидневку. Приводимые ниже краткие выписки из историй болезней несколько иллюстрируют клиническое течение процесса.

№ 1. З. Р. История болезни 379. Кожа лица, кистей рук гиперемирована, инфильтрирована, покрыта чешуйками и корочками. Ряд очагов мокнет. 23/V — впрыскивание 30 куб. см. $\frac{1}{4}\%$ новокаина в левую надпочечную область. 2/VI на лице кожа только слегка пигментирована, на тыльной поверхности кистей рук — мокнутия и корочки нет, осталась незначительная инфильтрация.

№ 2. X. А., 47 лет. История болезни № 315. Болен с 16/IV. Появился отек лица, шеи и верхних конечностей. Применял местно чистый уксусно-кислый глиозем. Процесс значительно ухудшился. 25/IV кожа лица розовато-красного цвета, инфильтрирована, покрыта обильным количеством корок желтовато-серого цвета. Кожа шеи, ушей — отечна, ярко-красного цвета. Обильное мокнутие. Кожа кистей рук и нижней трети предплечья резко инфильтрирована, чрезвычайно плотна, покрыта глубокими трещинами; эпидермис слонит сплошными пластинами, местами поверхность эрозирована. 25/IV — впрыскивание 40 куб. см. $\frac{1}{4}\%$ раствора новокаина в правую надпочечную область. 29/IV корки с поверхности лица и кистей рук отпали, эрозия эпителизируется, инфильтрат значительно мягче. 7/V. Кожа лица слегка инфильтрирована, покрыта мелкими чешуйками. Впрыскивание в левую надпочечную область $\frac{1}{4}\%$ раствора новокаина. 9/V кожа лица нормальна, имеется только незначительная пигментация. На предплечьях и кистях рук кожа мягка, несколько инфильтрирована с небольшим шелушением на поверхности.

№ 3. Довольно показательным является следующий случай. Ж. И. (история болезни № 400), 42 лет, слесарь. Болен 4 месяца. На тыльной поверхности кистей рук, голенях и стопах появился зуд, краснота, мокнутие, ряд папулезных и пустулезных высыпаний. 31/V тыльная поверхность кистей рук отечна, ярко-красного цвета с большим количеством пузырьков на поверхности, местами желтовато-бурые корки и властичатое шелушение. На нижней трети голени и стопе кожа гиперемированная с рядом мокнувших участков, на стопе и пальцах большое количество пузырей. 1/VI впрыскивание в левую надпочечную область 30 куб. см. $\frac{1}{4}\%$ новокаина. 1° вечером 37,4°. 4/VI отек и мокнутие значительно уменьшились. Зуд держится. 7/VI отека и мокнутия нет, корочки полностью отпали, на пораженных участках незначительный инфильтрат и пигментация.

№ 4. К. Ф. (история болезни № 227/333). В феврале месяце 34 года на сгибательных поверхностях локтевых суставов появились краснота и мокнутие. Процесс держался 5 дней. В марте м-це у больной появился сильный зуд, затем кожа на конечностях шеи и лице стала ярко-красного цвета и начала мокнуть. К 20/III кожа груди, спины, верхних конечностей красного цвета, инфильтрирована и покрыта мелкими чешуйками. В области шеи, локтевых сгибов, на лице — гиперемия и мокнутие, в области бедер — обильные папулезные высыпания. 21/III впрыскивание в правую надпочечную область 35 куб. см. $\frac{1}{4}\%$ новокаина. Вечером 1° 37,5°. 25/III отек в области шеи и лица исчез. Мокнувших участков нет. Обильное шелушение на всем туловище и конечностях. Жалоба больной о сильном зуде. 29/III зуда нет, кожа и область верхних конечностей и шеи несколько инфильтрированы и слегка пигментированы, шелушения нет. Больная выпсалась. 5/V больная вновь поступила на стационарное лечение с рецидивом процесса. Кожа на туловище, лице и конечностях слегка отечна, ярко-красного цвета, с мокнувшими участками и очагами, покрытыми чешуйками; на нижних конечностях ряд везикулезных и пустулезных высыпаний. 5/V впрыскивание 35 куб. см. $\frac{1}{4}\%$ раствора новокаина в левую надпочечную область. 7/V мокнутие в области нижних конечностей прекратилось. 15/V кожа шеи, туловища, конечностей — мокнутия нет, кожа несколько пигментирована, на нижних конечностях единичные корочки. 17/V блок в правую надпочечную область (30 куб. см. $\frac{1}{4}\%$ новокаина). После впрыскивания в течение 2-х дней жалобы на боль в области живота. 20/V кожа нормальна, на некоторых участках незначительная пигментация.

№ 5. М. К. История болезни № 359. 27 лет. В январе месяце на тыльной поверхности кистей рук появилась краснота и мокнутие. Процесс держался до 3/V, когда после применения мази появилась краснота в области верхних конечностей и груди, постепенно сыпь распространялась и заняла все туловище. 14/V на всем туловище, конечностях, за исключением ладони и подошв, кожа ярко-крас-

ного цвета, несколько инфильтрирована, мокнет, местами имеется образование пузырей величиной от лесного ореха до 3-х—5-копеечной монеты с серозным содержимым. На значительных участках тонкое пластинчатое шелушение. На нижних конечностях имеются папулезные высыпания, сидящие как раздельно, так и сливающиеся между собой. 14/V впрыскивание в левую надпочечную область 40 куб. см. 1/4% раствора новокаина. 17/V имеется обильное образование чешуек и корочек в области нижних конечностей и живота. 21/V мокнутия нет, обильное шелушение. Зуд несколько усилился. 23/V впрыскивание 30 куб. см. 1/4% новокаина в правую надпочечную область. Вечером t° 38,8°. 31/V корочки полностью отпали, на пораженных участках пигментация. Зуд держится. 9/VI зуда нет, осталась только пигментация на бывших очагах поражения.

№ 6. С. Е. История болезни № 455. 45 лет. 28/V. Больна 10 дней: в области шеи, конечностей, половых органов появилась краснота, местами мокнутия, лицо отечно, ярко-красного цвета. В области груди, верхних конечностей кожа несколько инфильтрирована, покрыта обильным количеством корочек и местами мокнутия. Больная жалуется на значительный зуд. 29/V впрыскивание 30 куб. см. 1/4% раствора новокаина в правую надпочечную область. 7/VI отек и мокнутия исчезли, на пораженных участках обильное шелушение. 9/VI в области пораженных участков только незначительная инфильтрация и пигментация.

Подводя итоги нашим наблюдениям, нужно указать, что полученный терапевтический результат при разнородных кожных заболеваниях (дерматиты и экземы), красном плоском лишае, трофических язвах, вульгарных бородавках, осложненных гонорей—подтверждает уже установившиеся взгляды о связи местных процессов с общими изменениями во всем организме и возможность излечения местных болезненных проявлений путем воздействия на отдаленные от очага поражения участки организма.

Мне бы хотелось сравнить действие новокаинового блока в надпочечную область с терапевтическим эффектом шока. Целый ряд синдромов как бы подтверждает это: озноб, головные боли, иногда тяжелое общее состояние, упадок сил, лихорадка, повышение t° , сдвиг лейкоцитарной формулы и т. д. Поэтому можно рабочую теорию действия блока построить именно на благоприятном действии шока. Следует глубже изучать все случаи применения блока, и вероятно удастся констатировать явления шока и тогда, когда клинически они недостаточно ясны.

Помимо большой теоретической ценности работ А. Д. Сперанского и А. В. Вишнева, указывающих новые пути в изучении взаимодействия местного и общего, новокаиновый блок может и должен найти также и практическое применение, но принять следует во внимание следующее:

1. Впрыскивание новокаина в надпочечную область представляет далеко не безопасный для организма метод терапии и должен быть проведен исключительно в стационарной обстановке.

2. Следует вести тщательное клиническое наблюдение за больным после проведения впрыскивания.

3. Этот метод не нужно рассматривать как „панацею“ при всех патологических процессах в организме. В дальнейшем необходимо разработать как показания к применению, так и методику (количество впрыскиваний и т. д.).

4. В области дерматологии мы считаем показанным применение новокаинового блока: 1) при трофических язвах, 2) при распространенных дерматитах и экзематозных процессах.

5. Действие новокаинового блока (общего) в некоторой степени аналогично благоприятному эффекту, получаемому при терапии шоком.