

ЗНАЧЕНИЕ ВАГО-СИМПАТИЧЕСКОЙ БЛОКАДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ХОЛЕЦИСТИТОВ

А. Ф. Платонов

Из кафедры факультетской хирургии педиатрического и санитарно-гигиенического факультетов (зав.— проф. В. И. Акимов) Львовского мединститута и 5-й городской клинической больницы (главрач — И. И. Хома)

Проблема хирургического лечения острого холецистита продолжает привлекать внимание хирургов своей актуальностью¹.

Сторонники активного направления рекомендуют немедленное оперативное вмешательство, как только установлен диагноз острого холецистита, исключая из этого правила лишь легкие случаи. Этому трудно следовать на практике, так как деление острых холециститов на «легкие» и «нелегкие» для клинициста представляет самую сложную задачу.

Приверженцы консервативного направления предпочитают тактику выжидания. К оперативному вмешательству в остром периоде они прибегают редко, и, как правило, лишь по жизненным показаниям. Свою линию поведения они объясняют трудностью диагностики острого холецистита и опасностью операций в остром периоде. Они упрекают сторонников активного направления в том, что последние при своей тактике неизбежно будут оперировать больных с катаральными формами воспаления желчного пузыря, и с лямблиозными холециститами, и даже с дискинезиями желчных путей, то есть с теми формами, которые не подлежат оперативному лечению.

До 1953 г. наша клиника придерживалась преимущественно консервативной тактики в лечении острого холецистита. Сейчас мы оперируем по расширенным показаниям. Это явилось следствием неудовлетворительных результатов, получаемых нами при консервативной тактике, в итоге которой многие выписавшиеся «выздоровевшие» больные через некоторое время снова поступали к нам с рецидивами болезни, часто более тяжелыми, чем предыдущий приступ.

Это обстоятельство послужило для нас толчком для поисков новых, более совершенных диагностических методов, которые гарантировали бы от ненужных операций в легких случаях острых холециститов и в то же время сводили бы до минимума число вынужденных операций. Этим требованиям отвечает метод ваго-симпатической блокады, который получил в нашей клинике полное признание, постепенно вытеснив ранее применявшуюся паранефральную блокаду.

Идея применения ваго-симпатической блокады при остром холецистите возникла у нас под влиянием работ А. В. Вишневого и С. П. Скворцова. В работах последнего указывается, что при проникающих ранениях живота одной лишь ваго-симпатической блокадой можно добиться в 22% полной, а в 35% — частичной анестезии пристеночной брюшины и органов живота соответствующей стороны.

Механизм действия новокаиновых блокад достаточно полно изложен в трудах А. В. Вишневого и его школы. Новостью здесь является лишь то, что мы применили ваго-симпатическую блокаду при острых холециститах. Печень и желчный пузырь, как известно, имеют тройную иннервацию: симпатическую, парасимпатическую и соматическую. И. Т. Курцин (1938) своими работами доказал, что блуждающий нерв является одним из главных проводников рефлекторных импульсов от коры головного мозга к желчному пузырю и в обратном направлении. Наши собственные наблюдения, проведенные нами на

¹ См. Казанский мед. журнал, 1957, № 1, 31.

В собаках с хронической фистулой желчного пузыря по Швану, убедили нас, что ваго-симпатическая блокада у подопытных животных закономерно тормозит желчную секрецию, при неизменном химическом составе сецернируемой желчи.

Снижение желчной секреции часто наблюдается и на второй день после блокады, а иногда на второй день выражено даже сильнее, чем в день производства блокады. Мы считаем, что угнетение экскреторной функции печени, наступающее после ваго-симпатической блокады, является благоприятным терапевтическим фактором, создающим больному органу известный покой. Таким образом, применение ваго-симпатической блокады при остром холецистите вполне обосновано как с анатомо-физиологической, так и с терапевтической точек зрения.

Мы пользуемся этим методом с 1952 г. и приобрели определенный опыт. В течение этих лет мы производим ваго-симпатическую блокаду подавляющему большинству больных, поступающих к нам с диагнозом острого холецистита. В область сосудисто-нервного пучка на шее справа вводится полупроцентный раствор новокаина в количестве 60 мл, после чего в течение нескольких часов (до суток) проводятся наблюдения за динамикой клинических симптомов у данного больного. Никакого другого медикаментозного лечения в течение суток больной не получает.

Если в течение этих суток ваго-симпатическая блокада не оказывает терапевтического эффекта или он выражен очень слабо, мы больных оперируем и, как правило, находим у них тяжелый флегмонозный или гангренозный холецистит. Легкие формы холециститов купируются ваго-симпатической блокадой в течение ближайших суток, иногда даже в течение нескольких часов после блокады. Мы полагаем, что это и есть те катаральные формы (сюда же войдут и лямблиозные холециститы, и дискинезии желчных путей), которые не подлежат оперативному лечению. Таким образом, о тяжести приступа острого холецистита мы судим не столько на основании общих клинических симптомов, сколько по степени терапевтической эффективности ваго-симпатической блокады в каждом конкретном случае.

Чем слабее лечебный эффект ваго-симпатической блокады, тем больше оснований думать о тяжелой форме острого холецистита, а следовательно, и об оперативном лечении.

Для иллюстрации приводим выдержку из истории болезни.

И. Б-ная Г., 26 лет, доставлена 4 февраля 1955 г., на 4-й день заболевания, с жалобами на сильные боли в правом подреберье. Из-за болей последние две ночи не спит, почти ничего не ест. Подобного заболевания в прошлом не было.

Больная стонет, не может спокойно лежать. Субиктеричность склер. Пульс — 102 удара в мин. Дыхание — 20 в мин. Температура — 38,6°. Билирубин крови по Гиманс Ван ден Бергу — 0,95 мг%, реакция прямая. Живот умеренно напряжен в правом подреберье. Область желчного пузыря резко болезненна при пальпации. Лейкоцитоз — 10 000, РОЭ — 12 мм/час.

Срочная правосторонняя ваго-симпатическая блокада. Появился хорошо выраженный симптомокомплекс Клод Бернар — Горнера справа. Эффект от блокады разительный: уже через 15 мин боли почти полностью прекратились. Живот стал мягкий, доступный пальпации. Вскоре больная уснула, а проснувшись на следующее утро, чувствовала себя хорошо и никаких жалоб не предъявляла. Температура — 36,6°. Пульс — 84 в мин. Живот мягкий. Лейкоцитоз — 6300. РОЭ — 25 мм/час. На 4 сутки — дуоденальное зондирование: в порции С много слизи и лейкоциты покрывают все поле зрения. Порция В не получена. На 9 сутки выписана домой.

Приведем наблюдение, где отсутствие терапевтического эффекта блокады побудило нас к оперативному вмешательству.

II. Б-ной М., 74 лет, доставлен 30 января 1955 г., на 2 сутки от начала заболевания, с жалобами на сильные боли в правом подреберье, тошноту, чувство жара. Подобного заболевания в прошлом не было.

Пульс — 108 в мин, аритмичный, левая граница сердца расширена влево на 2 см, тоны глухие. Температура — 38,7°. Язык суховат, покрыт грязным налетом. Живот ограниченно участвует в акте дыхания, резко напряжен в правом подреберье. Здесь же положительный симптом Щеткина — Блюмберга. Удастся пальпировать с нечеткими границами болезненный инфильтрат. Лейкоцитоз — 8400. Лейкоцитарная формула: э.—3, п.—2, с.—68, л.—24, м.—3.

Ваго-симпатическая блокада: больному стало нехорошо, нитевидный пульс в течение 5 мин, холодный пот на лице. В дальнейшем положительного влияния ваго-симпатической блокады отметить не удалось. Лишь на короткий период времени несколько уменьшились боли, и благодаря этому более ясно стал пальпироваться инфильтрат. На операцию не соглашается. Назначены пенициллин, сердечные средства, глюкоза, физиологический раствор подкожно.

Утром (через 18 часов после поступления в клинику) состояние больного ухудшилось: температура — 39°, частый пульс, усилились боли. Больной согласился на операцию.

31/I-55 г.— лапаротомия. Желчный пузырь большой, напряжен, с налетами фибрина, частично прикрыт припаявшимся к нему большим салынником. Стенка пузыря местами темного цвета. Удаление желчного пузыря от дна к шейке. В брюшную полость пенициллин — 500 000. Тампоны к ложу пузыря. Швы до тампонов.

Макропрепарат: пузырь багрового цвета, длиной 16 см. Толщина стенки — 0,3—0,4 см. В полости густая, темная желчь и два черных камня величиной с вишню каждый. Слизистая изъязвлена.

Патогистологическое заключение: флегмонозно-язвенный калькулезный холецистит.

Анализируя истории болезни больных с острым холециститом, поступивших в клинику за последние 5 лет, мы выбрали 50 историй, наиболее ярко демонстрирующих дифференциально-диагностическое значение ваго-симпатической блокады при остром приступе. Мы исключили из общего числа больных как с явно легкими, так и с тяжелыми осложненными формами острых холециститов, поскольку выбор метода лечения в этих случаях, консервативный при первых и оперативный при вторых, был довольно очевиден и без ваго-симпатической блокады.

У отобранных 50 больных клинические симптомы острого холецистита были четко выражены, но в то же время закрадывались сомнения в необходимости применить хирургическое лечение.

Произведя ваго-симпатическую блокаду этим больным, мы на протяжении ближайших 24 часов получили ясное представление о том, каких больных нужно оперировать, а каких лечить консервативно. Очевидное и стойкое улучшение после ваго-симпатической блокады наступило у 24 больных. После кратковременного пребывания в клинике (7—12 дней) они в хорошем состоянии были выписаны домой.

Незначительное или полное отсутствие терапевтического влияния ваго-симпатической блокады отмечено у 26 больных. Им было предложено оперативное лечение, но, в связи с наступившим некоторым улучшением общего самочувствия и по другим мотивам, 11 человек от операции отказались. Из 15 больных, которым была произведена операция, флегмонозная форма острого холецистита, подтвержденная патогистологическим исследованием, оказалась у 14, деструктивная — у 1.

Мы собрали отдаленные сведения о 9 больных (из 11), отказавшихся от хирургического лечения: 5 из них продолжают страдать от периодически повторяющихся приступов острого холецистита, а 4 подверглись оперативному вмешательству, вскоре после того как были выписаны из клиники в связи с очередным обострением (в настоящее время эти четверо чувствуют себя вполне удовлетворительно).

ВЫВОДЫ:

1. Ваго-симпатическая блокада при острых холециститах — надежный метод дифференциальной диагностики, позволяющий правильно решить вопрос о хирургическом вмешательстве.

2. Оперативному лечению подлежат больные, у которых ваго-симпатическая блокада не оказывает терапевтического влияния или это влияние выражено очень незначительно.

3. Не подлежат оперативному лечению те больные, у которых ваго-симпатическая блокада во время острого приступа оказывает хороший лечебный эффект. Эта группа больных представляет легкие формы острых холециститов.

4. Следует проводить четкое различие между первичными холециститами и его рецидивирующими формами, памятуя, что оперативное вмешательство при первых в фазе катарального воспаления является ошибочным, а при вторых — вполне обоснованным.

5. Ваго-симпатическая блокада в эксперименте на животных закономерно тормозит желчную секрецию, что при воспалительном процессе в желчных путях создает условия известного покоя больному органу.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вишневский А. В. и Вишневский А. А. Новокаиновая блокада и масляно-бальзамические антисептики как особый вид патогенетической терапии. АМН СССР, Москва, 1952.
2. Курцин И. Т. Арх. биол. наук, т. 54, вып. 2, 1939.
3. Очкин А. Д. Желчнокаменная болезнь, холецистит и их хирургическое лечение. Москва, 1949.
4. Очкин А. Д. Хирургия, 1949, 52—56.
5. Очкин А. Д. Хирургия, 1950, 10, 50—70.
6. Петров Б. А. Хирургия, 1950, 10, 58—69.
7. Петров Б. А. Хирургия, 1955, 5, 3—14.
8. Скворцов С. П. Хирургия, 1944, 11—14.
9. Скворцов С. П. Военная медицина в Великой Отечественной войне. М., 1946, вып. 3, 207—211.

Поступила 20 июля 1957 г.

ЛЕЧЕБНОЕ ЗНАЧЕНИЕ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ПО А. В. ВИШНЕВСКОМУ ПРИ НЕКОТОРЫХ ФОРМАХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

*Доктор мед. наук Е. А. Печатникова
и канд. мед. наук В. Я. Золотаревский*

Из института хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР (директор — действительный член АМН СССР, проф. А. А. Вишневский)

Известно, что многие заболевания пищевода (как органические, так и функциональные) довольно часто сопровождаются двумя неразрывно связанными между собою процессами: спазмом пищевода и воспалением его стенок. Это дает основание говорить о своеобразном порочном круге, при котором спазм пищевода, вследствие застоя и травмы пищей, ведет к эзофагиту, а этот последний усиливает эзофагоспазм. Оба эти процесса, независимо от своей этиологии, могут рассматриваться как проявление дистрофии и дистонии, течение которых можно изменить в благоприятную сторону воздействием новокаина (А. В. Вишневский, А. А. Вишневский и др.).

Естественно, что при этом наибольший и наиболее стойкий эффект встречается у больных с коротким анамнезом и преобладанием функциональных симптомов. Приводим пример.

Б-ной С., 47 лет, поступил с жалобами на затруднение при глотании жидкой пищи, боли в спине, слюнотечение. Указанные явления появились полгода тому назад и за последние 2 недели значительно усилились. На рентгенограмме определялось резкое сужение пищевода на уровне C_6 — C_7 . Через сутки после произведенной шейной блокады глотание пищи улучшилось, а через 10 дней восстановилось полностью. На рентгенограмме через 10 дней после блокады отчетливо видны расширение просвета пищевода и рельеф складок слизистой. Наблюдение за больным в течение 6 последующих лет показало дальнейшее улучшение его состояния. Работает на прежней должности.