

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.

Эзофагит, отек и спазмы всегда сопровождают рубцовые стенозы пищевода, возникающие после химических его ожогов. Указанные явления усиливаются в процессе бужирования, который сопровождается надрывами и изъязвлением рубцово-измененной стенки пищевода. Это нередко заставляет больных, особенно детей, отказываться от проведения бужирования или удлинять периоды между сеансами, что нежелательно. Новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому, применяемая до бужирования и в процессе его проведения, как правило, ведет к стиханию симптомов сопутствующего воспаления и отека стенок пищевода и облегчает врачу и больному мучительный процесс бужирования.

Мы полагаем, что в детской практике, когда бужирование пищевода трудно и опасно, новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому должна применяться широко. Снимая при помощи этого мероприятия боли, отек, спазмы и улучшая глотание, мы можем рассчитывать на своеобразное «бужирование» пищевода у детей самим пищевым комком; одновременно это явится и хорошей подготовкой для проведения активного бужирования, если в этом появится необходимость.

Опираясь на большой клинический материал, мы рассматриваем дисфагию при раке пищевода (и кардии) как сложный процесс, в котором, помимо простой обтурации пищевода опухолью, играют роль нервнорефлекторный компонент, а также элементы неспецифического воспаления. Мы наблюдали в стенке пищевода при раке все виды воспалительного процесса, начиная от катарального, проявляющегося в виде гиперемии и набухания складок слизистой, до флегмонозных эзофагитов со значительной деструкцией стенки пищевода выше и ниже опухоли.

Все эти неспецифические процессы, сопутствующие опухоли, в известной мере подчиняются тем же закономерностям, что при обычном воспалении.

Применение новокаиновой блокады у больных раком пищевода и кардии в значительной мере избавляет их от дисфагии, снимает (на тот или иной период) симптомы эзофагита и спазма и этим создает благоприятные условия для тщательного рентгенологического изучения рельефа слизистой и более ранней диагностики рака.

Развитие торакальной хирургии привело к увеличению числа лиц, перенесших радикальные операции на пищеводе и кардии. Изучение отдаленных результатов после этих операций на протяжении 10 лет показало, что нередко эти больные жалуются на боли за грудиной до и особенно во время приема пищи. Дисфагия у этих больных является следствием послеоперационных анастомозитов и эзофагитов (с рефлекторным спазмом пищевода), усиливающихся от забрасывания содержимого из культи желудка или кишки на слизистую пищевода.

Для предупреждения и снятия этих симптомов мы производим раз в полгода новокаиновую блокаду по А. В. Вишневскому (поясничную и шейную, с перерывом в 10 дней) каждому больному, перенесшему радикальную операцию на пищеводе (и кардии), и в случаях, где дисфагия не явилась следствием рецидива опухоли, получаем неизменный успех.

Таковы данные наших наблюдений о применении новокаиновой блокады при заболеваниях пищевода.

Основными показаниями для применения новокаиновой блокады при заболеваниях желудка являются процессы, связанные с нарушением тонуса желудка, а также воспалительно-дистрофическое состояние его стенок.

Как известно, нарушение моторики желудка в виде понижения тонуса его стенок с нарушением эвакуации является одним из ранних

симптомов таких заболеваний, как язва и рак желудка. У ряда больных это нарушение эвакуаторной функции желудка, обусловленное атонией его стенок без органического стеноза привратника становится ведущим симптомом заболевания, что нередко приводит к повторным и неоправданным операциям на желудке.

Исходя из положения А. В. Вишневого о нормализующем влиянии новокаиновой блокады на тонус органов с гладкомышечной стенкой, мы с неизменным успехом проводили с помощью этого мероприятия лечение функциональной эктазии желудка. Приводим характерный пример.

Б-ной Н., 32 лет, в течение 10 лет страдал язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. При рентгенологическом исследовании были обнаружены выраженная эктазия желудка и деформация луковицы двенадцатиперстной кишки без нарушения ее проходимости. Однако, ввиду резкого снижения тонуса желудка и ослабления его двигательной активности, эвакуаторная функция желудка была ослаблена. Запись сократительной способности желудка при исследовании его по методу Быкова — Курцина показала резкое снижение перистальтики желудка. Больному была произведена двухсторонняя поясничная блокада по А. В. Вишневскому. Через несколько дней после блокады рентгенологически установлены значительное улучшение эвакуаторной функции желудка и усиление тонуса его стенок. При исследовании по Быкову — Курцину выявлено усиление двигательной активности желудка.

Следует отметить одну очень важную закономерность в действии новокаиновой блокады в подобных случаях: в то время как пониженный тонус самого желудка повышается, резко усиленный тонус привратника ослабевает.

Расслабление пилорического жома очень важно для больных, перенесших резекцию проксимальных отделов желудка.

Спазм пилоруса, наблюдаемый иногда у этих больных, может на ранних сроках после операции повести к недостаточности швов пищеводно-желудочного анастомоза, а в более поздние сроки после операции он проявляется в виде болей, чувства тяжести в подложечной области. Больные, страдающие этим осложнением, стремятся ограничить прием пищи.

Применение новокаиновой блокады ведет к снижению спазма привратника и нормализует его функцию. Приводим характерный пример.

Б-ной Г., 61 года, поступил в клинику через 6 месяцев после резекции кардиального отдела желудка с жалобами на чувство тяжести в подложечной области, задержку в прохождении пищи, слабость, похудание. Эти симптомы появились через 5,5 месяцев после операции. Рентгенологически отмечалось, что пищеводно-желудочный анастомоз хорошо проходим, культи желудка имеет ровные контуры, перистальтика ее глубокая, но в связи со спазмом привратника эвакуация пищи в течение трехчасового наблюдения не наступает. Больному произведена шейная и поясничная (с перерывами в 7 дней) блокада по А. В. Вишневскому. Боли и тяжесть в подложечной области прошли. Повторная рентгеноскопия желудка показала, что эвакуация бария наступает через 5 мин после дачи его и заканчивается в нормальные сроки.

Новокаиновая блокада весьма эффективна и как средство, ведущее к затиханию перифокального воспалительного процесса, сопровождающего язву и рак желудка. Это приводит к затиханию болей, ликвидации диспептических явлений, уменьшению размеров или даже рубцеванию язвенной ниши (А. В. Вишневский, А. А. Вишневский, В. И. Пшеничников, П. И. Агеев, Р. А. Лурия и др.), а также помогает раннему выявлению малигнизации язвы (снятие отека).

Уменьшение перифокального воспалительного процесса при язвенной болезни облегчает хирургу производство самой операции, а больные, получившие новокаиновую блокаду до операции, в значительной мере избавляются от острой атонии желудка, наблюдаемой в послеоперационном периоде до 60% случаев (В. В. Сомоваев).

У больных с непроходимостью проксимальной желудочной культы после резекций дистальных отделов желудка на почве послеоперационного паралича желудочной культы и отека краев анастомоза (О. С. Шкроб) новокаиновая блокада, применяемая иногда повторно (в сочетании с другими методами), как правило, купирует это осложнение и ведет к нормализации моторно-эвакуаторной функции культы желудка.

Иногда падение моторной активности культы желудка наблюдается и в отдаленном периоде после операции, что может повести к синдрому «молниеносного» опорожнения содержимого из желудка с последующим развитием гепатохолецистита, энтерита, колита и т. п. (К. П. Сапожников, К. И. Широкова, А. В. Кардеева и т. д.). Новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому, примененная у таких больных, оказывает неизменный положительный эффект.

В качестве примера положительного влияния новокаиновой блокады мы приводим наблюдение над 6-ной К., 56 лет, которой за год до поступления в клинику была произведена резекция трети желудка по поводу язвы по способу Гофмейстер — Финстерера. При поступлении больная жаловалась на тяжесть и вздутие в эпигастриальной области после приема пищи, резкое похудание, поносы. При рентгенологическом исследовании обнаружены снижение тонуса желудочной культы и убыстренная (в течение 10 мин) эвакуация содержимого из резецированного желудка. После дважды произведенной двусторонней новокаиновой блокады по А. В. Вишневскому диспептические явления у больной заметно снизились. Рентгенологически было выявлено замедление эвакуации содержимого из культы желудка и по кишечнику. Исследование до и после блокады показало постепенное усиление моторной активности желудочной культы.

Таковы данные наших наблюдений о применении новокаиновой блокады по А. В. Вишневскому при некоторых патологических состояниях желудочно-кишечного тракта. Само собою разумеется, что мы не противопоставляем новокаиновую блокаду другим лечебным мероприятиям и рассматриваем ее как одно из средств комплексного лечения больного.

С учетом вышеизложенного применение новокаиновой блокады по А. В. Вишневскому является одним из наиболее активных методов в борьбе с воспалительно-дистрофическими состояниями пищевода и желудка и с нарушением тонуса их стенок как до операции, так и на различных сроках после нее.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев П. И., Вишневский А. А., Пшеничников В. И. Сб. под ред. А. В. Вишневского, 1936, 185—259. — 2. Вишневский А. В. Собр. трудов, 1952, т. V, 134. — 3. Вишневский А. В. Собр. трудов, 1952, т. II, 195—203. — 4. Вишневский А. А. Сб. под ред. А. В. Вишневского, 1936, 195—269. — 5. Лурья Р. А. Болезни пищевода и желудка. 1941, Москва. — 6. Кардеева А. В. Нарушения функций кишечника у больных с резекцией желудка по поводу язвенной болезни. Канд. дисс., 1954, Москва. — 7. Самотаев В. В. Хирургия, 1953, 2, 30—36. — 8. Сапожников П. Н., Широкова К. И. Хирургия, 1947, 5, 68—84. — 9. Шкроб О. С. Сов. медицина, 1954, 3, 28—31.

Поступила 8 июня 1958 г.

СПАСТИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

Доц. Ш. Х. Байбекова

Из кафедры госпитальной хирургии № 1 (зав.—проф. Н. В. Соколов)
Казанского медицинского института

Среди разнообразных этиологических причинных моментов острой динамической кишечной непроходимости не последнее место занимают почечно-лоханочные патологические процессы, сопровождающиеся почечно-кишечным синдромом.