

У больных с непроходимостью проксимальной желудочной культи после резекций дистальных отделов желудка на почве послеоперационного паралича желудочной культи 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 культи желудка.

Иногда падение моторной активности культи 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 эпигастральной области после приема пищи, резкое похудание, поносы. При рентгенологическом исследовании обнаружены снижение тонуса желудочной культи 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 культи желудка и по кишечнику. Исследование до и после блокады показало постепенное усиление моторной активности желудочной культи.

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.

Проф. С. Н. Лисовской (1927) установлено, что почечное вместилище и околопочечная фасция имеют тесное топографоанатомическое взаимоотношение с нервными образованиями, которые регулируют деятельность кишечного тракта и тонус крупных сосудов брюшной полости.

Rörke (1933) указывает, что динамическая кишечная непроходимость может наступить при процессах в почке вследствие воздействия на ретроперитонеально расположенные нервные окончания. Braseh und Моогe приводят свои наблюдения над больными с камнями мочеточников в сочетании с кишечными спазмами. Из 8 больных трем была произведена лапаротомия.

Аналогичные случаи сочетания камней мочеточников с динамической кишечной непроходимостью приводит И. М. Тальман (1934) в книге «Хирургия почек и мочеточников».

Мы считаем не лишенными интереса наши наблюдения, где у больных динамическая кишечная непроходимость была связана с заболеванием верхних мочевыводящих путей.

Под нашим наблюдением находилось 17 больных. Среди них женщин было 13, мужчин 4.

По возрасту они распределялись следующим образом: от 20 до 39 лет — 5, от 40 до 59 лет — 12 человек.

Указанные больные были направлены в клинику со следующими диагнозами: острая кишечная непроходимость — 12, почечная колика в сочетании с кишечной непроходимостью — 1, рецидивирующий аппендицит — 2, перитонит — 1; в одном случае диагноз при направлении не был указан.

После клинического обследования и наблюдения динамики болезни нами во всех случаях установлено заболевание верхних мочевых путей: острый пиелит и пиелостит у 8, почечная колика — у 5, опущение почки — у 2, камень мочеточника — у 1, и опухоль почки — также у одного больного.

Все наши больные поступили в клинику в порядке неотложной помощи, и, в значительном большинстве, в течение первых суток от начала заболевания.

Ведущим симптомом заболевания у всех этих больных являлась боль в животе, развивающаяся внезапно среди полного здоровья. Боль имела резко выраженный схваткообразный характер. Подобного характера боли в животе наблюдались у больных не впервые. Боли в животе нередко сочетались с болями в поясничной области. Боли часто сопровождались задержкой стула и газов. У ряда больных наблюдалась рвота.

Несмотря на резко выраженные боли, общее состояние больных оставалось относительно удовлетворительным. В промежутках между приступами болей больные вели себя спокойно, появлялись аппетит и интерес к окружающему. Температура обычно была субфебрильной, только у больных с пиелитом она достигала 38—39°. Со стороны пульса отмечалось лишь некоторое учащение, но никогда не наблюдалось расхождения его с температурой. Часто определялась глухость сердечных тонов, что соответствовало пожилому возрасту наших больных.

Вздутие живота обычно было умеренным, не являлось постоянным симптомом и наблюдалось только у 12 больных.

У 3 больных при пальпации удалось определить спастически сокращенные петли кишечника в виде плотных тяжей. Симптом Щеткина — Блумберга был отрицательным. В некоторых случаях выслушивались кишечные шумы и определялась видимая перистальтика кишечника.

Симптом Пастернацкого был положительным у 10 больных, расстройство мочеиспускания наблюдалось у 4 больных.

У большинства больных были признаки функционального расстройства нервной системы — повышенная раздражительность, плаксивость, психическая неустойчивость.

Наблюдались лейкоцитоз, иногда достигающий 15 000—17 000, повышенная РОЭ. Отмечался также умеренный сдвиг формулы крови влево, за счет сегментоядерных, а при пиелите — за счет палочкоядерных лейкоцитов. Исчезновение эозинофилов наблюдалось редко.

В 50% случаев определялся белок, при микроскопии осадка у 12 больных были обнаружены свежие эритроциты, у 10 — увеличение лейкоцитов, у 4 — ураты, оксалаты и соли мочевой кислоты. Яйца глист в кале ни у одного из больных не были обнаружены.

При рентгеноскопии кишечника без контрастной массы у отдельных больных определялись множественные чаши Клойберга, что подтверждало нарушение проходимости кишечного содержимого. Некоторым больным в периоде выздоровления производилось рентгеноскопическое исследование кишечника с применением бария. При этом были обнаружены дискинетические изменения с преобладанием гиперкинеза кишечника.

Лечение наших больных заключалось в проведении комплекса консервативных мероприятий: подкожные инъекции атропина, внутривенные вливания гипертонического раствора, бромистого натрия, гипертонические и сифонные клизмы. При устойчивых нарушениях моторики кишечника хороший эффект наблюдался от производства околопочечной новокаиновой блокады, применения тепла на живот и промывания желудка. При инфекции в мочевых путях применяли уротропин, пенициллин, сульфаниламиды, болеутоляющие препараты.

Проводимое лечение в 50% случаев давало быстрое улучшение состояния, появлялся стул, начинали отходить газы, боли в животе прекращались или стихали. В остальных случаях явления кишечной непроходимости держались в течение нескольких дней, не вызывая выраженной интоксикации организма.

Оперативному лечению по поводу острой кишечной непроходимости больные не подвергались. Одна больная была оперирована по поводу камня мочеочечника.

Все больные выписались в хорошем состоянии. Сроки госпитализации колебались от 3 до 18 дней. Средний койко-день равнялся 7 дням.

Для иллюстрации наших наблюдений мы приводим истории болезни двух больных.

И. Б.-ная Г., 49 лет, поступила 16/V-52 г. с жалобами на резкие схваткообразные боли в животе, задержку стула и прекращение отхождения газов.

Заболела внезапно, утром. Накануне появились частые позывы на мочеиспускание и боли в левой половине живота. Свое заболевание больная связывает с чрезмерной физической нагрузкой. Подобные приступы болей в животе наблюдались и раньше, возникая после стирки белья и мытья полов.

У больной имеется склонность к запорам.

Объективные данные:

Больная правильного телосложения, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Температура — 37,2°. Пульс — 88, удовлетворительного наполнения. Границы сердца слегка расширены влево, тоны приглушены. В легких выслушиваются сухие хрипы. Язык обложен, влажный. Живот умеренно вздут, петли кишечника не контурируются, при перкуссии отмечается тимпанит. Пальпаторно наблюдается болезненность слева, напряжение мышц отсутствует, симптом Щеткина отрицательный, симптом Пастернацкого положительный слева. В стоячем положении больной прощупывается нижний полюс опущенной почки слева.

Кровь: Л.— 17 600, п.— 12%, с.— 70%, л.— 12%, м.— 6%.

Моча: щелочная, мутная, со следами белка. В осадке свежие эритроциты — до 10 в поле зрения, лейкоциты сплошь покрывают поле зрения.

Диагноз: опущение левой почки с перегибом мочеточника и нарушением мочеотделения. Рефлекторная динамическая кишечная непроходимость.

Больной назначен строгий постельный режим. После инъекции атропина и применения гипертонической клизмы был стул, отошли газы, и боли в животе стали носить менее интенсивный характер. На третьи сутки у больной появилось произвольное мочеиспускание с выделением большого количества мочи.

В дальнейшем при продолжении указанных мероприятий, после дачи стрептоцида внутрь и применения грелки на живот, наступило улучшение состояния. На одиннадцатые сутки с момента поступления больная выписана. Даны советы в отношении питания, ношения бандажа и воздержания от длительной физической нагрузки.

Внезапное возникновение резких схваткообразных болей в животе, умеренное вздутие живота и наступление быстрого эффекта от обычного консервативного лечения дают нам основание отнести этот случай динамической кишечной непроходимости к группе спастической непроходимости. Указанный диагноз отнюдь не исключает в данном случае паретические изменения со стороны кишечника, так как одновременные проявления спазма и пареза кишечника имеются при динамической кишечной непроходимости.

И. Б.-ная В., 49 лет, поступила 20/V-56 г. с жалобами на резкие схваткообразные боли в левой подвздошной области, рвоту, задержку стула и газов, частые позывы на мочеиспускание.

Заболела внезапно, 5 часов тому назад. Подобного характера боли в животе появлялись за последние годы периодически, в связи с чем она дважды находилась на стационарном лечении. Врачи диагностировали динамическую кишечную непроходимость в связи с функциональными изменениями нервной системы (климакс). Операций ранее не предлагалось.

Больная страдает упорными запорами, стул имеет вид овечьего кала.

Из других жалоб отмечает нерегулярность менструального цикла, бессонницу, раздражительность, вспыльчивость и быструю утомляемость.

Больная ведет себя очень беспокойно. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Температура — 36,7°, пульс — 88, ритмичный, хорошего наполнения. Со стороны сердца и легких изменений не отмечается. Язык влажный, слегка обложен. Живот симметричен, умеренно вздут, стенки живота не напряжены, при пальпации болезненность в левой подвздошной области. Симптом раздражения брюшины отсутствует. Перкуторно во всех отделах тимпанит, при аускультации отмечается урчание кишечника. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Исследование прямой кишки патологических данных не обнаружило. Матка инфантильная.

Кровь: Л. — 11 300, п. — 22%, с. — 55%, л. — 14%, м. — 5%, э. — 4%.

Моча: удельный вес — 1008, реакция щелочная, следы белка, эр. — 1—2 в поле зрения, лейкоциты — 10—15.

Диагноз: спастическая кишечная непроходимость.

Инъекция атропина и гипертоническая клизма облегчения в состоянии больной не дали. Произведена двусторонняя заплевральная новокаиновая блокада, сделано промывание желудка, поставлена сифонная клизма, и на живот наложен компресс с мазью Вишневского. Внутривенно введено 10,0—10% раствора бромистого натрия.

После проведения указанных мероприятий состояние больной значительно улучшилось.

На 8-й день с момента поступления больная выписана с диагнозом: спастическая кишечная непроходимость. Предложено явиться через 2 недели для рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта.

При повторной госпитализации больная сообщила, что через 3 дня после выписки при мочеиспускании выделился продолговатой формы камень белого цвета. Рентгенологическое исследование выявило у больной второй камень в левом мочеточнике. В январе 1957 г. больная оперирована в урологической клинике, камень удален из мочеточника. Дальнейшее наблюдение за больной в течение года показало, что приступообразные боли в животе больше не повторялись.

Анализируя последнее наблюдение, можно полагать, что спастическая кишечная непроходимость была вызвана рефлекторным путем, вследствие раздражения мочеточника находящимся в нем камнем. Правда, из повседневной практики известно, что камень мочеточника не всегда ведет к симптому кишечной непроходимости. Очевидно, что для развития подобного рефлекса имеет большое значение функциональное состояние нервной системы. Наша больная страдала выра-

женной неврастенией и переживала климактерический период. В этих условиях под влиянием камней в мочеточнике и создались, возможно, благоприятные условия для рефлекса на кишечник.

Среди наших больных 7 в прошлом были оперированы: у 4 из них произведена аппендэктомия, у одного ушивание кишечной стенки по поводу ее разрыва, у одной — удаление придатков по поводу перекрученной кисты яичника. Один больной был оперирован дважды: первый раз по поводу острого аппендицита и второй раз по поводу острой кишечной непроходимости.

У этой группы больных не исключается возможность спаечного процесса в животе как вероятной причины нарушения моторики кишечника. Вполне понятно, что при заболеваниях мочевых путей рефлексы, идущие в патологически измененный кишечник, находят более благоприятные условия для нарушения физиологического равновесия функции кишечника.

Сам по себе механизм развития рефлекса с почек и мочеточников на кишечник требует дальнейшей расшифровки путем эксперимента на животных.

Цель нашего сообщения — обратить внимание практических врачей на возможность возникновения симптомов острой кишечной непроходимости при заболеваниях верхних мочевых путей, на лечение которых и должно быть в этих случаях обращено основное внимание.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вознесенский В. П. Юбилейный хир. сборник, посвященный проф. Н. А. Богоразу. Ростов на Дону, 1928. — 2. Лисовская С. Н. Труды государственного университета медицины. Ленинград. 1927. — 3. Мясоедова Н. А. Тезисы докладов научной сессии, посвященной XXV-летию Ивановского медицинского института. 1955. — 4. Федоров С. П. Клинические лекции по хирургии. 1930. — 5. R ö p k e. Zentralbl. f. Chirurgie. 1933, 5. — 6. Braseh und Moore. Journ. Med. Ass. 1915, v. 65.

Поступила 5 июля 1958 г.

ЭПИЛЕПСИЯ И ЕЕ ПАТОГЕНЕЗ

Проф. Л. И. Омороков

(Казань)

Проблема эпилепсии, несмотря на многочисленные исследования, до настоящего времени не может считаться разрешенной.

Мы на протяжении всей своей деятельности выступали в защиту учения о корковой локализации патологического процесса при эпилепсии, возражая против концепций В. К. Хорошко, А. Д. Сперанского и др., поддерживавших теорию подкоркового генеза эпилепсии.

Клинически эпилепсия проявляется в чрезвычайной разнообразной форме. Это либо общий судорожный припадок с потерей сознания, либо джексоновский припадок с локализованными судорогами то в конечности, то в лицевой мускулатуре, то в виде судорожного жевания, глотания, то насильственного смещения взгляда и головы в сторону, часто с ограничением судорожного приступа определенным районом нередко и без потери сознания. Имеются виды эпилепсии, где на первый план выступают сомато-сензорные припадки, в виде ауры чувствительной, зрительной, слуховой, обонятельной, вестибулярной, вкусовой. Часто присоединяются к соматическо-моторным и сенсорным явлениям висцеральные феномены, как-то: эпигастральная аура, сердцебиение, мочеиспускание, вазомоторные, зрачковые, желудочно-кишечные и пилоромоторные изменения. Наконец, наблюдаются нарушения и психического