

4. Плохие и очень плохие отдаленные результаты операции ушивания прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки составляют 49,41%.

5. Больные, перенесшие операцию ушивания прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, должны находиться на диспансерном учете и подвергаться дието-терапевтическому и санаторно-курортному лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азина М. А. Тр. госп. хир. клин. Свердловского мед. ин-та, 1948. — 2. Андросов П. И. Хирургия, 1945, 9. — 3. Березов Е. Л. Хирургия, 1946, 4. — 4. Ворончихин С. И. Хирургия, 1939, 8. — 5. Дудко Н. Е. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки и операция ушивания. М., 1945. — 6. Кавтрева А. И. Критическая оценка операции ушивания при прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки. Дисс., Свердловск, 1949. — 7. Котомина С. И. Течение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки после операции ушивания прободных язв. Дисс., Горький, 1952. — 8. Кузнецов И. С. Оценка операции ушивания прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в свете клинических и патогистологических данных. Дисс., М., 1953. — 9. Неймарк И. И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Л., 1958. — 10. Петушков В. Н. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки по материалам госпитальной хирургической клиники. Дисс., Казань, 1945. — 11. Пределин Н. С. Операция ушивания прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки и ее отдаленные результаты. Дисс., Пермь, 1954. — 12. Розанов Б. С. Хирургия, 1953, 7. — 13. Соколов Н. В. Каз. мед. журнал, 1928, 6. — 14. Стельмашонок И. М. Тезисы докладов республиканской конференции хирургов Белоруссии по итогам 26 съезда хирургов Союза ССР, Минск, 1955. — 15. Стручков В. И. Хирургия, 1953, 7. — 16. Юдин С. С. Этюды желудочной хирургии. М., 1955.

Поступила 10 февраля 1959 г.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ЧРЕВНЫХ НЕРВОВ И ПОГРАНИЧНЫХ СИМПАТИЧЕСКИХ СТЕЛОВ ПРИ ОСТРОМ РАСШИРЕНИИ ЖЕЛУДКА

Канд. мед. наук Г. М. Николаев

Из кафедры хирургии педфака (зав. — проф. И. В. Домрачев)
Казанского медицинского института

Новокаиновая блокада чревных нервов была предложена и экспериментально разработана В. В. Мосиным (1955) как метод профилактики и лечения воспаления брюшины и органов брюшной полости. На методике выполнения этой блокады в данном сообщении нет нужды останавливаться, поскольку об этом уже неоднократно сообщалось (И. В. Домрачев, Д. Ф. Благовидов, Г. М. Николаев и др.). В настоящей работе приводятся клинические наблюдения над применением этой блокады только при одном заболевании, имеющем несколько названий, но чаще всего именуемым „острым расширением желудка“. Оно является недостаточно изученным разделом патологии желудочно-кишечного тракта. До сих пор не ясен патогенез данного страдания, и не установлено определенной тактики в отношении больных, страдающих расширением желудка.

В 75—85% случаев острое расширение желудка является послеоперационным осложнением, хотя имеются отдельные указания на самопроизвольное развитие заболевания.

Основные симптомы: умеренные боли в эпигастриальной области (на 2-й — 3-й — 4-й день после операции), повторная рвота большими количествами зеленоватой жидкости, вздутие желудка, шум плеска, сильная жажда, быстрый упадок сил с явлениями нарастающего падения сердечно-сосудистой деятельности. Как указывает проф. А. Г. Бржозовский, „...болезнь большей частью заканчивается смертью в бли-

жайшие дни", несмотря на предпринимаемые меры к спасению больных, то есть постоянное активное отсасывание желудочного содержимого тонким зондом, повторные промывания желудка, внутривенное введение гипертонического солевого раствора, подкожные инъекции тонизирующих средств (стрихнин, кофеин). В связи с отсутствием ясного представления о механизме развития данного страдания, иногда применяется оперативное вмешательство, но последнее так же оказывается безрезультатным.

За последние 6 лет в клинике, руководимой проф. И. В. Домрачевым, и других клиниках города Казани, где нам приходилось консультировать больных, мы наблюдали 7 больных с клинической картиной острого расширения желудка в послеоперационном периоде, из которых 5 — после резекции желудка. Первые 2 больных, наблюдавшиеся нами в 1948 и 1951 гг., умерли, несмотря на все предпринимаемые лечебные мероприятия.

Некоторые авторы считают острое расширение желудка вторичным, вследствие сдавления двенадцатиперстной кишки в вилке, образуемой верхней брыжеечной артерией и аортой. Взднувшийся желудок оттесняет вниз поперечноободочную кишку и тонкий кишечник, вследствие чего еще больше напрягается брыжейка последнего и придавливает двенадцатиперстную кишку. Другие объясняют его первичным параличом желудка.

В наших двух наблюдениях на секции не была обнаружена механическая непроходимость; поэтому мы считаем острое расширение желудка следствием поражения иннервационных механизмов желудка и двенадцатиперстной кишки. Отсюда следует, что артерио-мезентериальная непроходимость и острое расширение желудка (где причиной не является механическая непроходимость) имеют различное происхождение, хотя клинически и имеют много общего. В литературе даже последнего времени по этому вопросу есть разногласия. Проф. Н. Н. Самарин, например, указывает: "...патогенетически имеется аналогия между экспериментальной обтурационной непроходимостью привратника и острым расширением желудка у больных". Проф. Е. Л. Березов предлагает отличать первичное расширение желудка от вторичного, на почве артерио-мезентериальной дуоденальной непроходимости.

В развитии острого расширения желудка необходимо учитывать влияние самой операции не только как местного фактора, но и как общего воздействия, отражающегося на функциях многих органов и систем. В первые 2—3 дня после резекции желудка развиваются воспаление и отек в области анастомоза. Последнее, по мнению проф. И. П. Разенкова, вызывает так называемую спонтанную секрецию желудочного сока с пониженной кислотностью и переваривающей способностью, но и большим против нормы количеством белка. Кроме того, известно, что механическое растяжение желудка под воздействием пищи является одним из безусловных раздражителей секреции печени и поджелудочной железы (И. Т. Курцин и др.). Вероятно, растяжение желудка или его культы жидкостью приводит рефлекторно к избыточному продуцированию панкреатического сока и желчи; последнее вызывает еще большее расширение желудка. Исходя из этих представлений, совершенно очевидной становится необходимость активного опорожнения желудка и исключения питания больного через рот.

До сих пор встречаются указания на попытки активного вмешательства при данной тяжелой катастрофе брюшной полости. 'С. В. Кривошеев и С. М. Рубашев опубликовали результаты релапаротомий при атониях желудка на основании анкетных данных 18 авторов, откуда следует, что из 41 больного с повторной операцией 14 выздоровели, 8 умерли и судьба 19 больных неизвестна. Следует заметить, что степень атонии в этих наблюдениях остается невыясненной. Недавно проф. А. И. Мещанинов, указывая как на одно из редких осложнений после резекции желудка — атрофию стенок желудка с отсутствием моторной функции и последующим истощением больного, приводит следующее наблюдение: "Б-ная Ш., 64 лет. Рак пилорической части желудка, продолжительность заболевания — 2 года. Резкое истощение. Произведена операция — резекция желудка. Операцию перенесла хорошо. В последующем наступили рвоты. Повторная операция безрезультатна. Смерть через месяц после операции. При вскрытии стенки желудка найдены резко атрофированными (как писчая бумага); атрофия захватила и нижнюю часть пищевода..."

Как уже указывалось выше, кроме указанных двух наблюдений со смертельным исходом, в нашей клинике было еще 5 больных с острым расширением желудка. Всем 5 больным была произведена в послеоперационном периоде, при развившейся картине данного осложнения, новокаиновая блокада чревных нервов и пограничных симпатических стволов: у 4 из этих больных острое расширение возникло после резекции желудка, и у одного — после повторной операции по поводу острого аппендицита с подпеченочным расположением отростка.

У всех указанных больных после новокаиновой блокады наступило полное клиническое выздоровление на различных сроках после операции.

Пример: Больной П., 38 лет, поступил в 11 гор. больницу г. Казани с диагнозом: „язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки“, с частичным стенозом пилорического отдела желудка. Оперирован в больнице (резекция желудка по Бильрот II, в модификации Гофмейстер — Финстерера), операция без осложнений. Начиная с третьего дня, у больного появились повторные срыгивания жидкостью зеленовато-коричневого цвета, жажда, истощение. К пятому дню после операции положение ухудшилось. Больной резко истощен, лицо с заострившимися чертами, пульс частый, малый. За сутки больной выделял с рвотными массами около 9—10 литров жидкости, в верхнем отделе живота резкое вздутие, шум плеска. После консультации проф. И. В. Домрачева нами произведена больному двусторонняя заплевральная новокаиновая блокада, в нос введен постоянный тонкий зонд для оттока жидкости из культи желудка, назначены сердечно-сосудистые средства. После блока наступило улучшение, рвота постепенно прекратилась; симптомы острого расширения желудка исчезли, и больной был выписан в удовлетворительном состоянии. В настоящее время трудоспособен, работает в качестве начальника цеха.

Аналогичный успех в лечении новокаиновой блокадой чревных нервов и пограничных симпатических стволов получен нами и у других 4 больных.

Наши наблюдения позволяют высказать предположение, что острое расширение желудка является по своему происхождению функциональным нарушением (по крайней мере, на ближайших сроках развития заболевания), одним из важных звеньев патогенеза которого служит нарушение иннервационных механизмов гастро-дуоденальной системы. Основная масса афферентных нервных волокон, передающих импульсы, проходит в составе чревных нервов. Таким образом, физиологические исследования, свидетельствующие о том, что чревные нервы — основной коллектор афферентных волокон, идущих из брюшной полости (В. Н. Черниговский и др.), подтверждаются нашими наблюдениями.

Поэтому рассматриваемая в данном сообщении новокаиновая блокада должна найти широкое применение при описанном послеоперационном осложнении — остром расширении желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березов Е. Л. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки, 1950. — 2. Благовидов Д. Ф. Хирургия, 1955, 2. — 3. Бржозовский А. Г. Частная хирургия, 1950. — 4. Домрачев И. В. Каз. мед. журнал, 1957, 1. — 5. Курцин И. Т. Механорецепторы желудка и роль пищеварительного аппарата, 1952. — 6. Мещанинов А. И. Вестник хирургии им. И. И. Грекова, 1955, 1. — 7. Мосин В. В. Ученые записки КГВИ, 1954, т. 61. — 10. Самарин Н. Н. Хирургия, 1953, 10. — 8. Черниговский В. Н. Афферентные системы внутренних органов. М., 1943.

Поступила 27 января 1958 г.

К МЕТОДИКЕ ВНЕКУРОРТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПОДВОДНО-КИШЕЧНЫХ ПРОМЫВАНИЙ (СУБАКВАЛЬНЫХ ВАНН)

А. М. Пукин, канд. мед. наук Ю. Д. Романов

Из Казанского военного госпиталя (начальник — М. В. Клеменков)

Промывание толстого кишечника на всем его протяжении массивными количествами жидкости получило за последние годы заметное распространение на курортах, особенно бальнеологических. Ре-