

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-

же — эти процедуры применяются в клинических условиях, и особенно редко — амбулаторно.

До сих пор можно встретить необоснованные суждения о том, что организация таких процедур в амбулаторных условиях слишком сложна и не оправдана их терапевтическим эффектом.

В весьма немногочисленной литературе, посвященной этому вопросу, отсутствует единство мнений о подготовке больного к таким процедурам, а также и о методике их проведения.

В течение 3 лет нами применялись подводно-кишечные промывания для лечения амбулаторных больных. Мы работали с установкой ленинградского завода „Дезоборудование“, в конструкцию которой были внесены некоторые изменения. Вместо обычной ванны емкостью в 180—200 л, использовалась предложенная нами ванна, вмещающая до 500 л воды и имеющая специальное возвышение. Это позволяло больному на протяжении всей процедуры оставаться в полусидячем положении и совершать акт дефекации в условиях, более близких к физиологическим. Для крепления отстойника была изготовлена специальная цепь, ибо выпускаемый заводом резиновый шнур не обеспечивает плотного прилегания отстойника к канализационному патрубку.

Методика проведения процедуры строго индивидуализировалась в зависимости от ряда факторов, и, в первую очередь — от функционального состояния кишечника. Учитывались психическая настроенность больного, а также необходимость постепенного привыкания к процедуре. Существенным моментом мы считали ознакомление больного с устройством установки и ее назначением. Особенно важным это оказалось для успеха первой процедуры.

Так как при первой процедуре введение в кишечник 1,5—2 литров воды, а тем более — ее циркуляция — нередко вызывает чувство тяжести и боли в кишечнике, — мы считали важным постепенно увеличивать количество вводимой жидкости. Первая процедура для каждого больного начиналась с введения 0,5—1 л воды, а удаление ее производилось с помощью имеющегося в установке сифона. При следующих сеансах количество однократно вводимой жидкости постепенно увеличивалось до 2—2,5 л, отсос жидкости сифоном прекращался. Таким образом, больной привыкал и к большому наполнению, и к активному опорожнению кишечника.

До сих пор не существует четких указаний о продолжительности промывания кишечника в течение одного сеанса. Мы не можем согласиться с мнением авторов, recommending продолжать сеанс промывания обязательно до появления чистых промывных вод. Следует иметь в виду, что целью подводно-кишечных промываний является не механическое очищение, а воздействие на функциональное состояние толстого кишечника и, главным образом, на его моторику. Поэтому при первом (пробном) промывании мы использовали всего 6—8 л воды, тогда как в последующие — общее количество пропускаемой жидкости доходило до 25—30 л.

Продолжительность процедуры (без времени отдыха) обычно 45—60 мин. Всего на курс лечения назначалось 5—6 подводно-кишечных промываний, которые проводились 2 раза в неделю. Больные получали процедуры через 1—2 часа после легкого завтрака. После процедуры назначался душ и затем — отдых не менее 1 часа.

Дезинфекция ванны — обычная (вода, мыло, щетка). Седло обжигается спиртом или дезинфицируется раствором хлорной извести. Ректальный наконечник кипятится.

Всего под нашим наблюдением находилось 160 больных, которым было проделано 985 подводно-кишечных промываний. Преобладающий возраст больных 40—50 лет. В качестве терапевтического средства подводно-кишечные промывания применялись нами при следующих заболеваниях:

Заболевание	Количество больных	Количество процедур	Количество процедур на 1 больного в среднем
Хронические колиты со спастическими запорами	81	400	5
Хронические атонические колиты	45	311	7
Хронические запоры вследствие нарушенного акта дефекации	23	116	4

Кроме того, наблюдалось 11 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии нестойкой ремиссии, у которых отмечались те или иные нарушения моторики толстого кишечника. Эти больные получили 58 процедур. Давность заболевания у больных, страдавших хроническими колитами и запорами, колебалась от 2 до 15 лет.

Все больные перед назначением подводно-кишечных промываний подвергались тщательному терапевтическому осмотру и лабораторному обследованию (анализ промывных вод на простейшие, микроскопическое, химическое и бактериологическое исследование кала, анализ желудочного сока, общий анализ крови).

Кроме того, мы считали обязательным проведение ректороманоскопии и рентгеновского исследования кишечника. Обнаружение у некоторых больных глубоких трещин прямой кишки, эрозий, высоких геморроидальных узлов, склонных к кровотечению, — убеждало нас в необходимости ректороманоскопического исследования, так как до проведения соответствующего лечения подводно-кишечные промывания для таких больных были явно противопоказанными.

Среди больных, направленных к нам на подводно-кишечные промывания, при рентгеновском исследовании кишечника (ирригоскопически или заполнением контрастной массой через рот) были обнаружены следующие находки:

- болезнь Пайера — 1;
- значительно удлиненная и подвижная сигма — 6;
- слабость Баугиниевой заслонки — 4;
- свищ, связанный с толстым кишечником, — 1.

Эти 12 больных не были допущены к лечению подводно-кишечными промываниями. Если, кроме того, учесть возможность обнаружения глубоких язв и органических сужений толстого кишечника, то становится ясной необходимость предварительного рентгеновского исследования кишечника больным, направляемым на лечение подводно-кишечными промываниями.

Другими противопоказаниями к такому лечению мы считали: гипертоническую болезнь II и III ст., сердечно-сосудистые заболевания с признаками нарушения кровообращения, стенокардию, недавно перенесенный инфаркт миокарда, гепатиты с нарушением функции печени, часто обостряющиеся калькулезные холециститы.

В зависимости от характера заболевания, методика проведения промываний несколько видоизменялась.

При хронических колитах со спастическими запорами утром в день процедуры назначалась свеча с атропином или белладонной. Температура промывной воды 41—42°. Начальные процедуры таким больным проводились малыми дозами жидкости (обычной водой, настоем ромашки, физиологическим раствором поваренной соли), так как обычно в начале лечения не удается ввести большего объема из-за быстро наступающего чувства переполнения кишечника, а иногда и сильных спастических болей. При последующих процедурах количество жидкости увеличивалось до 1—1,5 л. В редких случаях, когда больной не мог самостоятельно изгнать жидкость по окончании процедуры, мы назначали на живот торфяную аппликацию температурой 40° и длительностью до 1 часа.

Больным с атоническими колитами промывания обычно проводились жидкостью (0,5% раствором сернокислой магнезии или гипертоническим раствором поваренной соли) более низкой температуры (37—38°). К концу курса лечения температура жидкости еще более снижалась (до 34°). В ходе процедуры у таких больных мы старались не применять отсос введенной жидкости, приучая больных к более активному опорожнению кишечника.

При хронических запорах, развившихся вследствие нарушения акта дефекации — перед назначением подводно-кишечных промываний — проводилось лечение с целью устранить первопричину запора (ректит, раздражение геморроидальных узлов, трещины заднего прохода и т. д.). Промывания кишечника этим больным, начиная со 2—3 сеанса, осуществлялись с добавлением минеральной воды, типа ессентукской, или 1—2% раствора соды. Температура жидкости постепенно повышалась с 38 до 40°. По окончании процедуры, после возможно более полного опорожнения кишечника, через специальное приспособление аппарата вводились растворы лекарственных веществ (марганцовокислого калия, риванола и др.).

У всех больных до начала процедуры и сразу же после нее изменялось артериальное давление и сосчитывался пульс. У большинства (120 чел. — 75%) артериальное давление в результате сеанса снижалось на 5—25 мм, в 32 случаях повышалось на 5—15 мм. Лишь у 8 оно осталось на прежнем уровне. Замедление пульса мы наблюдали у 22, в остальных случаях он несколько учащался или оставался неизменным.

У всех больных в течение 3—5 часов после ванны отмечался частый диурез.

Подавляющее большинство больных хорошо переносило подводно-кишечные промывания. Лишь в 8 случаях после первых одной — двух процедур отмечались боли в подложечной области, неприятные ощущения по всему животу, легкая тошнота, головокружение. Продолжительность указанных явлений достигала иногда нескольких часов. Таким больным приходилось в дальнейшем более осторожно увеличивать количество вливаемой жидкости, а сеансы лечения назначать реже (1 раз в 10 дней).

Из всех наблюдавшихся нами больных лишь у 9 (5,6%) не было отмечено достаточно четкого эффекта от проведения курса подводно-кишечных промываний. В остальных же случаях (94,4%) наблюдалось улучшение функции кишечника. Стул становился ежедневным или заметно учащался, уменьшались явления метеоризма, ложные позывы на стул. Уменьшались или исчезали боли в животе, боли и зуд в области анального отверстия, уменьшалось количество слизи в кале. Повышался аппетит, улучшались настроение и общее состояние больных.

Из 72 больных, страдавших хроническими колитами и имевших снижение секреторной функции желудка, у 53 в результате лечения отмечалось повышение кислотообразующей и секреторной функций желудка.

У ряда больных после курса подводно-кишечных промываний исчезали боли в области сердца, возникавшие ранее при частом и выраженном метеоризме. Из 28 больных с признаками тучности у 19 снизился вес к концу курса лечения.

Необходимо подчеркнуть, что проведение курса лечения подводно-кишечными промываниями обязательно сочеталось с назначением соответствующего диетрежима, а 88 больных периодически получали медикаментозное лечение.

Из 160 больных, получивших первый курс лечения, — 112 наблюдались нами в период от одного года до трех лет. У 49 отмечалось стойкое улучшение, у 63 возникла необходимость повторить лечение через 6—10 месяцев.

На основании нашего опыта позволяем себе сделать следующие выводы:

1. Подводно-кишечные промывания — весьма эффективный метод в комплексном лечении больных, страдающих хроническими колитами с нарушенной моторикой кишечника.

2. Целесообразно применять ванны большей вместимости (до 500 л) с индивидуализацией процедур и постепенным увеличением вводимой жидкости.

3. Применение подводно-кишечных промываний вполне оправдано в амбулаторной практике. Их назначению должно предшествовать тщательное обследование больного с обязательными рентгеновским исследованием кишечника и ректороманоскопией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акулиничев И. Т. Клин. мед., 1949, 10. — 2. Аникин М. М., Варшавер Г. А. Основы физиотерапии, М., 1950, 333—334. — 3. Батников Е. А. Сов. мед., 1940, 1. — 4. Бердников В. Н. Вопросы курортологии, физиотерап. и леч. физк., 1958, 2. — 5. Знаева О. И., Полозова К. С. Там же, 1958, 2. — 6. Муг-дуслев И. П. Водолечение, М, 1951. — 7. Фрайфельд А. О. Сов. мед., 1933, 1.

Поступила 14 июня 1958 г.