

Межрайонная Уманская больница (завед. хирург. отд. Я. Б. Динерман).

## Материалы к нервной блокаде по Вишневскому.

Я. Б. Динерман.

Учение о нервной трофике в патологии, разрабатываемое одновременно А. Д. Сперанским в лаборатории и А. В. Вишневским на богатом клиническом материале, до сих пор еще не вылилось в форму вполне законченной и развернутой теории: пока даны основные положения и намечены пути, по которым должно идти дальнейшее исследование.

Роль нервной трофики сформулирована А. Д. Сперанским на основе большого экспериментального материала в двух основных положениях:

1. В основе этиологии и патогенеза одних патологических процессов лежат нервно-трофические изменения, которым эти процессы обязаны целиком своим происхождением.

2. Другие патологические процессы, причины возникновения которых лежат вне нервной системы (например, травмы, микробные заболевания), раз возникнув, вовлекают в процесс и нервную систему, и с этого момента дальнейшее течение болезни определяется нервно-трофическим состоянием.

Чтобы наше вмешательство при ряде болезней было эффективным, оно должно быть направлено на сложный комплекс явлений, определяемых нервной трофикой, с тем, чтобы через нервную систему воздействовать на организм, как целостную систему, и на отдельные его части, подвижная связь сложной цепи элементов нервной системы имеет последствиями то, что изменения, касающиеся какого-либо звена этой цепи, могут и будут отражаться не только на участке, ближайшем к месту изменения, но и на отдаленных областях организма.

Каждый патологический процесс означает патологическую комбинацию внутринервных отношений, и до тех пор, пока эти отношения не стали стойкими и необратимыми, мы нашим вмешательством должны стремиться изменить эту комбинацию в другую, характеризующую норму, не создавая в то же время анатомических нарушений в нервной системе, как это делал и делает целый ряд других авторов.

Для достижения этой цели весьма ценным оказались методы нервной блокады, разработанные А. В. Вишневским и его школой. „Нервная блокада“ целиком базируется на методах местной анестезии. Она позволяет без всяких анатомических нарушений нервной системы, при помощи нервнотропного яда—новокаина—временно выключать (блокировать) нервные пути и таким образом изменять имеющуюся патологическую комбинацию нервно-трофических отношений. По окончании действия новокаина, внутринервные отношения, как видно из схемы в сборнике Сперанского, приобретают новое свойство и несомненно меняют прежнюю патологическую комбинацию. А. В. Вишневский, выключая обширную нервную область (поясничную часть пограничного ствола, автономные нервные группы у корня брыжжеек, почечное и надпочечное

силетение) при помощи своей поясничной блокады вызывает перестройку внутринервных отношений, по-новому разрушая их патологическую комбинацию. Клиника А. В. Вишневецкого произвела и приводит ряд наблюдений над течением воспалительных процессов, упорно незаживающих трофических язв конечностей разного происхождения, язв желудка и других. При всех этих заболеваниях клиника А. В. Вишневецкого получает неизменно положительный эффект. Посещая клинику в течение месяца весной 1934 года, я успел получить многочисленные доказательства успешности применения метода нервной блокады. Метод этот, к сожалению, не получил еще того распространения, которого он заслуживает.

Некоторые товарищи хотели бы видеть в методе нервной блокады панацию от всех заболеваний, панацию, ликвидирующую все остальные методы лечения. Сам автор метода в своих многочисленных высказываниях, и устных и на страницах печати, предупреждает, что положительный эффект, получаемый при многочисленных заболеваниях, вовсе не снимает с порядка дня развития и применения других методов. Эффект от временного выключения определенных отделов нервной системы особенно проявляется в случае, если патологический процесс находится в острой стадии развития, т. е. если не наступили необратимые изменения во внутринервных отношениях.

Какое приложение на практике получили изложенные выше руководящие идеи школы профессора Сперанского и Вишневецкого покажет разбор материала, прошедшего за год через хирургическое отделение Уманской межрайонной больницы.

Приступив год тому назад к применению нервной блокады, мы сначала решили ограничиться тем кругом больных, в основе заболеваний которых лежат главным образом нервно-трофические изменения. К таковым относятся прежде всего трофические язвы конечностей.

Я не стану останавливаться на литературном обзоре, могушем осветить понятие о трофических язвах. Вопрос с достаточной полнотой разобран в монографии Сазон-Ярошевича, в сборнике работ хирургической клиники имени профессора Вишневецкого (статья Домрачева и Новикова) и других. Практически мы квалифицировали как трофические те язвы разного этиологического происхождения, которые с трудом поддавались заживлению в течение многих недель, месяцев, а иногда и лет. Носители этих „трофических“ долго незаживающих язв кожи месяцами, а иногда и годами посещают поликлиники, подолгу занимают койки в стационарах и оставляют их часто только по воле заведующего, не желающего портить статистики койко-дней. Такие больные часто становятся нетрудоспособными и уже в молодые годы ложатся бременем на страховые организации. Поэтому всякий метод, которым можно двинуть заживление таких язв вперед, заслуживает нашего пристального внимания. Особенность нашего материала представляют больные 1931 и 1932 г., которые в свое время являлись в наши амбулатории с рожистым воспалением кожи, развившимся на отеках нижних конечностях.

Значительная часть этих рож разрешалась гангреной и отторжением больших или меньших кусков кожи во всю толщу, в результате чего оставались большие язвы, покрытые серым грязным отделяемым. Попытка заживить эти язвы консервативным или хирургическим путем не удавалась, так как никакие лоскуты не прививались. Проходил год, другой и третий: отеки давным-давно исчезли, а язвы все не заживали. С такого рода язвой, в этиологии которой лежало несомненно расстройство общего питания, прошли через наш стационар трое б-х, через хирургический кабинет поликлиники также трое. Естественно, что в стационар мы отби-

рали наиболее тяжелые случаи, которые подвергались постельному режиму. Все амбулаторные больные подвергались пояничной блокаде, которая чередовалась с циркулярной; интервал между блокадами 9—10 дней.

Уже после первой блокады вид язвы менялся, цвет становился более розовым, а отделяемое более жидким. Через 5—6 недель язвы заживали. Как правило, поликлиническим больным я давал на 10—12 дней освобождение от работы, так как, вне всякого сомнения, покойное постельное содержание ускоряет заживление. Этим трем больным я произвел, в общей сложности, 7 блокад: 2-м больным по 2 блокады и одному—3.

Трое больных этой категории, леченных стационарно, подверглись тщательному наблюдению и исследованию. При поступлении эти больные страдали, если не настоящими отеками, то во всяком случае пастозностью кожи: при более усиленном надавливании ямка на коже голени все же оставалась. Двое из этих больных после произведенной блокады не обнаружили никакой реакции, на которую обычно указывают сами больные. Реакция эта состоит в ощущении тепла в конечности, пульсации на месте язвы, а у некоторых даже в ознобе. Этим трем больным также удалось полностью заживить язвы исключительно блокадой и постельным содержанием в течение 40—50 дней, но уже через три месяца двое вернулись с рецидивами, один вернулся через 6 месяцев. Последнему удалось вновь заживить язву. По моему предложению этот больной посещает каждые 20 дней хирургический кабинет поликлиники, где я произвожу ему циркулярную блокаду. Прошло больше 7 месяцев,—рецидива нет. Двух других больных пришлось вскоре после начала повторного лечения в стационаре перевести на амбулаторное. Эти больные, по их личным свойствам, были нетерпимы в отделении. Они были выписаны с язвами, покрытыми свежими грануляциями, и была надежда заживить эти язвы. Судьба этих двух больных мне неизвестна.

Больных с трофическими язвами, в основе которых была травма, прошло 15 человек, из них 8 лечились амбулаторно, а 7—стационарно. По локализации эта группа язв распределялась следующим образом: в 12 случаях язвы располагались на передней поверхности голеней, а в трех случаях на тыле и подошве стопы. 8 больных, леченных поликлинически, подверглись блокаде не больше двух раз каждый. Это были язвы 6—8 месячной давности, которые до меня в течение почти всего времени болезни лечились разными мазевыми повязками, но совершенно безуспешно. Уже через несколько дней после первой круговой или пояничной блокады дно язвы приобретало розовый цвет, отделяемое становилось иногда более обильным, но всегда более жидким, на краях язвы появлялась эпителизация, и вся язва приобретала явную склонность к заживлению. Через 10—12 дней повторная блокада. Лечение продолжалось 25—30 дней: все 8 человек излечены, стали работоспособными и прекратили посещение хирургического кабинета. 7 человек, леченных стационарно, представляли тяжелых больных, перенесших тяжелую травму. Для иллюстрации приведу выдержку из истории болезни двух больных:

1. Ш. Д., 16 лет, 6 месяцев назад попал в Киеве под трамвай и получил ранение правой стопы. В Киевском клиническом институте была произведена операция—экзартикуляция разможенных пальцев. Культи вскоре зажила. На тыльной поверхности стопы оставалась язва величиной в медный пятак, которая не заживала в течение 6 месяцев. Больной вернулся на родину—в Умань и поступил в хирургическое отделение.

22/XI 1933 года произведена невротомия по Молоткову, иссечена также вся язва вместе с дном. Через 2 недели никаких признаков заживления. Через 3 недели после первой безуспешной операции циркулярная блокада. Через 6 дней повторная блокада, и на 27 день большой выписан с зажившей язвой. Опасаясь рецидива, я произвел этому больному еще три блокады профилактически с промежутками в 20-25 дней. Прошло свыше года, больной работает водителем в пионерском отряде, много ходит, занимается физкультурой и очень доволен своей судьбой.

2. В. А., 19 лет. Поступила 16/VII 1933 г. Два года назад получила контузию позвоночника при падении с насыпи. Через три месяца после падения ей была сделана в Киеве операция Олби; вскоре на подошве правой стопы образовалась язва, проникающая вглубь по типу *Mal. perforant.* В нашем отделении больной произведена невротомия по Молоткову, и больная через 16 дней продемонстрирована в Медицинском обществе с зажившей язвой, однако, через короткое время на подошве стопы—вновь кратерообразная язва. Больная отправилась в Киев, где ей произведена операция Лерриша—денудация бедренной артерии. Через два дня после операции разрыв артерии и сильнейшее кровотечение. Артерия перевязана. Нагноение раны задержало лечение. Больная через несколько недель вернулась в Умань с той же язвой, полностью разочарованная. В поликлинике ей произведена поясничная блокада, и, должны сознаться, без особых надежд на успех, ввиду чрезвычайной тяжести случая Язва зажила на 10-й день. Блокаду мы продолжали профилактически делать еще в течение 3-х месяцев. Язва не рецидивировала в течение 8 месяцев. Остальные 5 стационарных больных также излечены, рецидив был только у одной больной. Рецидив появился с наступлением беременности. Больная была уложена в постель. Три блокады заживили язву.

Кроме расстройства общего питания, травмы, этиологическим первоначальным моментом язв послужила операция: в сельской больнице больному Р., служившему учителем в этом селе, была удалена чрезвычайно болезненная мозоль, занимавшая середину подошвы стопы. Через месяц на месте операции—язва конусовидной формы, размером  $3 \times 2 \times 2$ .

Края раны омолодели, подрыты. Язва покрыта салным отделяемым. Больному сделано 6 блокад. Язва зажила только через 2 месяца. Рецидива нет.

2. Язва культи после ампутации голени по поводу отморожения. Язва не заживала в течение года. Заживление после одной поясничной блокады.

3. Резко расширены вены бедра, голени и стопы. Язва занимала всю переднюю поверхность средней трети голени и значительную часть задней. Эта язва не зажила, несмотря на постельный режим и многочисленные блокады.

4. Ожоги голени—4 циркулярных блокады и поясничная. Язва продолжала оставаться серой без всякой склонности к гранулированию.

5. Флегмона, занимавшая всю среднюю треть голени. Язва не заживала 7 месяцев. Произведено 4 поясничных блокады с короткими промежутками.

Полное заживление язвы и выписка на 23 день.

Итак, за год прошло 26 6-х с трофическими язвами разной этиологии; не удалось заживить язвы в 4-х случаях. Из этих 4 неудачных случаев у 2-х больных язвы первоначально были заживлены полностью. Они, правда, вернулись через несколько месяцев с рецидивом, но при повторном лечении и при некоторой настойчивости было много шансов довести дело до полного выздоровления, к великому сожалению, пришлось прервать лечение.

Какие выводы можно сделать из анализа нашего язвенного материала?

В методе нервной блокады мы имеем несомненно могучее средство, но не универсальное. Наряду с этим методом должны быть разрабатываемы и другие методы, как, например, методы биологического лечения и т. д.

Вторым объектом для блокады мы взяли процессы острого воспалительного характера, протекавшие при явлениях выраженного отека или эксудации. Из этой категории было:

- 1) 6 человек с эксудатом в брюшной полости аппендикулярного происхождения;
- 2) три острых орхита;
- 3) трое больных с острым гонорройным артритом.

Целый ряд наблюдений и экспериментов показывает, что роль нервной системы в механизме развития воспаления весьма значительна. Так, в пользу этого говорит самая возможность неврогенного воспаления (*Hepes z ster*), возможность влиять на течение воспаления выключением нервной системы (*circumcisio* вокруг *psoriasis vulgaris*) и наличие центропетальных рефлексов, идущих от очага воспаления по соответственной рефлекторной дуге и возвращающихся центрофугально к месту воспаления. Несомненно, что воспалительный процесс не только „саморегулируется“ на месте, но и получает известную регулировку через нервную систему (Б.М.Э., статья Давадовского).

Шпис еще в 1906 году (*Münch. med. Wochen.*, Н. 8) построил теорию воспалительного процесса, где центр тяжести всей динамики явления он усматривал в раздражении чувствительных нервов. „Первичная боль“ по Шпису предшествует развитию воспаления и вызывает рефлексы на местные сосудодвигательные нервы. Мне казалось, что этих немногих научных фактов, приведенных разными авторами, вполне достаточно, чтобы признать за нервной трофической роль „цементирующего“ звена в той сложной и многогранной реакции организма, каковым является воспалительный процесс, и попытаться при помощи нервной блокады изменить патологическую комбинацию внутринервных отношений в пользу больного. Мы отбирали для лечения нервной блокады исключительно те инфильтраты аппендикулярного происхождения, которые, судя по клиническому течению, не развились до образования гноя. Ограниченный воспалительный процесс, при несильно выраженной вирулентности микробов, при несколько вялом течении, при отсутствии резкого сдвига картины Арнета—все это говорило за инфильтрат и против абсцесса и разрешало выжидать. Только в таких случаях мы позволяли себе выжидать с оперативным вмешательством и прибегали к нервной блокаде. Мы не причисляем себя к тем радикальным хирургам, которые оперируют всякий острый аппендицит, попавший в отделение, даже находящийся в стадии идущего на убыль инфильтрата: мы в таких случаях предпочитаем оперировать *à froid* и блокада, примененная нами, имела целью исключительно сократить время нетрудоспособности. Результатом мы остались вполне довольны. Вслед за Вишневым мы можем повторить: „новокаиновая блокада может явиться диагностическим методом и инфильтрат, нерассасывающийся при применении блокады, подозрителен на неоплазму“.

Из 6 больных с аппендикулярными инфильтратами, занимавшими значительную часть илеоцекальной области, выписались трое на 6-й день, 2—на 8-й и только один на 15-й; инфильтрат в момент выписки больных не прощупывался. Если обратиться к литературе, в частности к обзору случаев аппендикулярных инфильтратов, прошедших через Ленинградский институт (см. „Советская хирургия“, т. VI, ст. д-ра Стучинского), то

увидим, что пребывание больного в стационаре с аппендикулярным инфильтратом в среднем равно 19,3 дня. Таким образом нам удалось сократить пребывание больного в больнице на 10—11 дней, а иногда и больше.

Эффект применения новокаиновой блокады само собой ясен. Лечили мы также 3 случая гоноройного артрита блокадой. В 2-х случаях через 2 дня исчез болевой симптомокомплекс, быстро стала исчезать отечность сустава и восстанавливаться функция. Третий случай заслуживает особого внимания.

Больная 21 года. Год семь месяцев тому назад заболела на 4-й день замужества острой гонореей, восходящая инфекция постепенно захватывала одну область за другой—вслед за уретритом—вульвит и эндометрит. Через три месяца после начала заболевания тяжелый эндокардит и весьма болезненный отек обоих голеностопных суставов. Больная пролежала в постели много месяцев и постепенно стала поправляться. Летом 1934 года больная, по совету врачей, провела курс лечения в Одессе на лимане, принимая рапные и даже грязевые ванны. Эффект лиманового лечения был субъективно и объективно вполне удовлетворителен. Исчезли выделения, месячные стали малоблезненными, со стороны сердца левечели боли, и только на верхушке выслушивался систолический шум. Суставы неотечны. Однако уже через 2 месяца после возвращения с курорта боли в обоих голеностопных суставах возобновились, появилась значительная отечность. С этим была взята больная в отделение 29/IX 1934 года. На следующий день поясничная блокада, введено всего 50,0 анестезирующего раствора. Ночью боли успокоились и больная спала спокойно.

3/X 1934 г., т. е. на 4-й день после первой блокады, боли и отек левого коленного сустава, а также мелких суставов левой кисти.

5/X—повторная блокада. Больная реагировала на эту блокаду чрезвычайно бурно: через два часа резкое возбужденное состояние, сердцебиение, головная боль. Эти явления исчезли только к утру. На второй день исчезли боли в суставах, а также резко уменьшилась отечность. Однако на 8-й день после второй блокады— вновь боли в голеностопных суставах. На 16-й день после поступления в отделение 3-я поясничная блокада. Реакция чрезвычайно бурная. Уже на второй день после этой блокады появились боли в области сердца, эндокардитический шум, который раньше не выслушивался. На третий день левосторонняя пневмония. Больная пролежала в отделении после третьей блокады 16 дней; все это время резкий цианоз, явления тяжелого эндокардита, мигрирующей пневмонии *при полном отсутствии отека и болей в суставах*. В чрезвычайно тяжелом состоянии была взята домой, где вскоре и погибла.

Я считаю, что причиной обострения заглохшего эндокардита, приведшего к гибели больной, явилась в данном случае наша методика. Уже вторая блокада вызвала бурную реакцию, и несмотря на это, мы на 8-й день повторили блокаду, и, позидимому, вызвали такое обострение старого заглохшего процесса, которого организм не преодолел. Автор нервной блокады во многих местах указывает, что метод этот на первых порах вызывает обострение процесса; этот факт необходимо строго учитывать, а потому и строго индивидуализировать каждый отдельный случай: одно дело—вызвать обострение дистрофических процессов кожи, совсем другое—обострить процесс в эндокарде, тем более, что пределы этого обострения трудно и даже невозможно учесть.

Под терапевтическое воздействие нервной блокады были взяты также острые орхиты и остро протекающие воспалительные процессы седалищного нерва. Наблюдения наши в этом отношении невелики, так как редко такие больные попадают к хирургу. Орхитов было трое. Все они травматического происхождения. Для иллюстрации приведу краткую историю одной болезни.

Инженер С. два года тому назад был сшиблен грузовиком с велосипеда. Получил перелом газовых костей с разрывом мочеиспускательного канала. Лечен консервативно. В настоящее время чувствует себя хорошо. Однако, периодически, почти каждые 6 месяцев заболевает то правосторонним, то левосторонним орхитом. Яичко, а также придаток резко отекают, становятся чрезвычайно болезненными. Отекает также кожа мошонки, температура повышается до 39°. Выяснить причину таких орхитов мне не удавалось. Предполагается обострение латентной инфекции. В первый и второй приступ я лечил больного постельным режимом и компрессами. Больной пролежал в постели свыше месяца. Отек кожи и инфльтрат как яичка, так и придатка спадали чрезвычайно медленно. Третий раз больной явился ко мне на поликлинический прием с обычными жалобами: кожа правой половины мошонки глянцевитая, отечна, яичко и придаток чрезвычайно болезненны. Поясничная блокада. На 3-й день резкое уменьшение отека, почти исчезновение болезненности. Больной на 8-й день приступил к исполнению своих обязанностей лектора в институте. Таким образом, поясничная блокада сократила время нетрудоспособности на много дней.

Случаев воспаления седалищного нерва прошло шесть: 4 лечены амбулаторно, а два стационарно. 4 в острых стадиях, а двое хроников. Сведения об анатомических изменениях седалищного нерва и его корешка при ишиасе довольно скудны. Это объясняется тем, что ишиас сам по себе никогда к смерти не ведет. Большая часть данных, которыми мы располагаем, касается изменений седалищного нерва, найденных в случаях операции по поводу ишиаса. В оперированных случаях Bardenheuer, Graff отмечали следующие макроописческие видимые изменения в седалищном нерве: покраснение ствола, отечность и утолщение его. Разрастание окружающей его соединительной ткани, спайки вервного ствола с его оболочкой. Таким образом основные изменения сводятся к воспалительно-продуктивным явлениям в эпинеуривии, а также в сосудистых изменениях. Принимая во внимание воспалительный характер ишиаса, мы взяли это заболевание под терапевтическое воздействие нервной блокады. Часть больных—двух с острым ишиасом—я застал в отделении в положении à la chaise; они непрерывно вопали от болей. Вторая пара хотя и явилась в хирургический кабинет поликлиники, но с сильнейшими болями в области седалищного нерва. Поясничная блокада оказывала разительный эффект. Весь болевой симптомокомплекс исчезал на второй день. На 3-й день больные как бы перерождались. Двое больных, леченных стационарно, находились каждый по 7—8 дней в отделении. Двое хроников вели себя следующим образом: они больны уже много лет, но работоспособны, за исключением периода обострения, который наступает раз в 2—3 месяца. На это время они обычно укладывались в постель и выбывали из строя на 7—8 дней. Сейчас эти хроники изменили свой обычный режим: как только они чувствуют обострение болей, они являются для блокады. Поясничная блокада купирует приступ, и эти больные вот уже 8 месяцев не теряют ни одного дня по нетрудоспособности.

В заключение позволю себе сообщить о двух случаях кожного рака (Ulcus rodens), также леченных блокадой. Блокаду в этих случаях мы применяли короткую: т. е. вначале опрыскивалась анестезирующим раствором зона вокруг раковой язвы, а затем под основание вводился раствор, так что язва приподымалась вместе с дном над уровнем кожи; короткая история болезни обоих:

Одной больной 50 лет, другому 53 года; у обоих раковая язва расположена в области glabellae, захватывая и соседние части лба. Язва круглой формы, диамет-

ром 4 × 5 см., дно серое. Из анамнеза мы узнаем, что язвы не беспокоят их носителей, хотя появились свыше 5 лет назад. Время от времени язвы покрываются тонкой корочкой, которая через некоторое время отпадает. Язва все больше и больше углубляется. Больные лечились в течение 5 лет довольно активно, и одна из них приняла за это время до 60 сеансов рентгенотерапии. В сентябре оба больных явились в кабинет поликлиники. Одной больной произведено 3 коротких блокады, другому—2. Раковые язвы зажили через 4 недели полностью. Больная продемонстрирована в Уманском научном обществе врачей. Прошло 4 месяца—рецидива нет. Срок, правда, малый, но если кожные раковые язвы, существовавшие 5 лет, зажили от применения такого невинного средства, как короткая блокада, хотя бы на 4 месяца, то метод этот заслуживает нашего пристального внимания.

---

Редакция, помещая статью д-ра Динермана, отмечает, что автор, наряду с случаями, в которых он получил положительный результат от применения новокаинового блока, приводит также больную с гонорройным артритом и эндокардитом, у которой лечение дало отрицательный результат—обострение процесса, и б-ая погибла.

Вопрос об активном терапевтическом вмешательстве является весьма актуальным, чрезвычайно важно фиксировать внимание врачей на неудачах того или другого терапевтического метода. Это помогает предотвратить печальный исход у других больных. Но вместе с тем, редакция считает необходимым отметить, что автор статьи поступил весьма неосторожно, позволив себе повторить новокаиновый блок, несмотря на то, что первые две инъекции новокаина вызвали у б-ой бурную реакцию.

Если принцип *nil nocere* является обязательным при всяком терапевтическом вмешательстве, то особенно об этом нужно помнить при применении новых методов лечения.

Редакция.

---