

Проф. В. В. ТРЕТЬЯКОВ

О лечении неукротимой рвоты и пtiализма новокаиновым блоком подложечной области

Из акушерской клиники Туркменского мединститута в Ашхабаде

Среди различных заболеваний, осложняющих нормальное течение беременности, едва ли не к самым серьезным надо отнести токсикозы или гестозы, из которых эклампсия, неукротимая рвота и пtiализм заслуживают особого внимания как по тяжести заболевания, так и по многочисленности предложенных способов лечения.

Авторы, предлагавшие тот или иной вид терапии неукротимой рвоты и пtiализма, исходили из самых различных представлений об этиологии и патогенезе этого заболевания. Не входя в подробное обсуждение этиологических моментов и всех известных видов лечения, мы ограничимся только указанием на то, что в числе лечебных мероприятий при неукротимой рвоте и пtiализме рекомендуются такие, как соблюдение диеты, соответствующий пищевой и постельный режим, прием различных лекарственных веществ с кокаином во главе в виде капель, лечение путем применения клизм, инъекций, переливание крови, прерывание беременности в форме выкидыша и даже кастрация. Все эти способы лечения неукротимой рвоты часто не увенчиваются успехом, и даже прерывание беременности, наиболее радикальный метод, если к нему прибегают несвоевременно, оказывается не эффективным, и больные погибают при явлениях нарастающей слабости и упадка сердечной деятельности.

В самое последнее время проф. Илькевич, на основании работ проф. Чукичева, рекомендует лечение неукротимой рвоты продуктами кислотного гидролиза фибрина в чрезвычайно больших разведениях 1:10 000 000 и 1:100 000, исходя из понимания патогенеза неукротимой рвоты, как патологического обмена веществ, в зависимости от дефективной деятельности барьерных аппаратов интермедиарного обмена и аппаратов вегетативной нервной системы.

По мнению проф. Чукичева, при введении продуктов кислотного гидролиза фибрина наблюдается повышение чувствительности ретикуло-эндотелиального аппарата и гортеговской глии, влияющих на обмен веществ в направлении увеличения окислительных процессов.

Методика проф. Илькевич заключалась прежде всего в стационарном лечении, с предварительным голоданием в течение первых 24 часов и строжайшем постельном режиме, после чего больные получали внутрь продукты гидролиза фибрина с последующим голоданием в течение 2 часов. Дозы продуктов фибрина начинались от 0,2—0,3—0,5 растворов указанной выше концентрации на 30,0 воды или рингеровского раствора. На второй день лечения диета состояла из киселя, каши и чая.

В последующие дни, смотря по самочувствию больных, к пище постепенно прибавлялись молоко, масло, простокваша, бульон и на-

конец, переходили на общий стол, но этот переход к общему столу занимал время от 7 до 17 дней. Из 74 больных, леченных по описанному способу, положительный эффект наблюдался в 64 случаях и в 10 случаях результат был отрицательный.

Такой продолжительный и кропотливый способ лечения неукротимой рвоты с длительным пребыванием больной в стационаре не может удовлетворить широкую массу лечащих врачей.

Указанное обстоятельство побудило нас сделать попытку лечения неукротимой рвоты, исходя из совершенно других предпосылок. С 27/IX 36 года, руководствуясь работами проф. Сперанского и Вишневецкого, мы стали применять новокаиновый блок нервной системы в подложечной области.

Лечение начиналось в первый день поступления больных в клинику, а иногда лечение проводилось и амбулаторно.

С целью применения блокады больную укладывали на стол, смазывали будущее поле новокаинового блока слабым раствором йода и маленькой иглой в подложечную область делали вкол, вводя $\frac{1}{4}\%$ -ный раствор теплого новокаина. Получив небольшой желвак, мы вводили через него большую иглу 10-граммового рекордовского шприца, с помощью которого и достигали массивной инфильтрации в подложечной области в форме треугольника.

Чтобы не причинять лишней болезненности, введенную под кожу иглу не вынимали обратно до тех пор, пока не получали нужной величины площадку с тугоинфильтрированной клетчаткой, а снимали только каждый раз иглу со шприца, чтобы набрать следующую порцию раствора, после чего опять надевали иглу на шприц и вводили новокаин, поворачивая иглу в различных направлениях. Таким образом для получения ползуcego инфильтрата в подложечной области необходим только один вкол иглы. При введении нескольких первых порций раствора новокаина в клетчатку подложечной области, всегда обращало наше внимание одно обстоятельство, заключавшееся в том, что чувство тошноты, неприятные ощущения во рту и накопление слюны у наших больных, с которыми они ложились на стол, с какого-то трудно уловимого момента, мгновенно исчезали, хотя мы еще не успевали к этому времени получить нужную площадку инфильтрированной ткани.

Количество вводимого раствора равнялось 80—150 г в зависимости от случая. Время, потребное для этой манипуляции, не превышало 10—12 минут. Особой болезненности больные не испытывали и жаловались только на чувство онемения и одеревенения подложечной области, державшееся иногда 2—3 дня. Через 5—10 минут после блока больные обычно отправлялись на свое место в палаты и сейчас же получали общий полный обед. Большинство наших больных с аппетитом съедало всю обеденную порцию, причем вся пища удерживалась, и тошноты и рвоты не повторялись. В остальное время дня больные получали обычный общий стол, наравне со всеми остальными роженицами и родильницами отделения, и всегда отмечали появление хорошего аппетита, а у некоторых, как сами больные определяли, наступал „волчий аппетит“.

В последующем больные продолжали питаться и вести свой обычный образ жизни, без каких-либо ограничений в смысле питания и общего режима.

Только в трех случаях после первого новокаинового блока тошнота и рвота не прекратились сразу и у этих больных с небольшим только светлым промежутком в их самочувствии, тошнота и рвота повторялись, как и прежде. Через два дня после первого блока, когда прошло чувство одеревенения и онемения в подложечной области, эти больные были повторно подвергнуты блокаде, но теперь уже с охватом большей территории ползучим инфильтратом. В таких неудавшихся, с первого раза случаях, мы стремились распространить

новокаиновую инфильтрацию больше вниз и с таким расчетом, чтобы линия основания треугольника инфильтрированной ткани не доходила на 2—3 поперечных пальца до уровня пупка. После такого повторения новокаиновой блокады эффект обычно достигался сразу, как и у всех других наших больных.

Неудачу первого блока мы склонны объяснить тем, что при всей простоте техники, нужен все же известный опыт, чтобы получить инфильтрат на определенном месте брюшной стенки и в должных границах. Повидимому эти границы лежат в пределах треугольника, ограниченного с боков краями реберных дуг с вершиной, заходящей на середину грудины, а основание пересекает переднюю брюшную стенку по линии, на 2—3 пальца не доходящей до пупка, так что углы основания треугольника доходят с той и другой стороны до сосковой линии.

Эта область, избранная нами для новокаиновой блокады, с нашей точки зрения, представляет некоторые преимущества по сравнению с каким-либо другим местом.

Район блокады совпадает с зонами Гада желудка, т. к. захватывает область кожи, соответствующую D_6-D_9 (симпатический нерв), C_4-C_5 (n. frenicus).

Известно, что болевые раздражения с желудка передаются по симпатическим путям в соответствующие сегменты спинного мозга, через rami communicantes (Мэкензи) и далее на чувствительные нервные проводя этого же сегмента.

В результате раздражение проецируется на соответствующем участке кожи в виде повышенной болевой чувствительности или „перкуторного феномена“ (боль при постукивании перкуторным молоточком).

При неукротимой рвоте беременных периодически наступают антиперистальтика, спазм привратника, одновременно с этим желудок сдавливается между опустившейся диафрагмой и поднявшимися вверх кишками вследствие сокращений диафрагмы и мышц брюшного пресса.

Эти нарушения моторной функции желудка, влекущие за собой акт рвоты, вызывают сильные возбуждения, идущие к спинному мозгу и распространяющиеся в нем на чувствительные спинно-мозговые клетки и их отростки, заканчивающиеся в коже. Отсюда в зонах Гада желудка повышенная чувствительность, „перкуторный феномен“.

Новокаиновый блок в виде тугой инфильтрации избранной нами области дает возможность блокировать известные участки описанной выше рефлекторной дуги, т. е. является ни чем иным, как тем методом, который Аствацатуров называет „отрицательной реперкуссией“.

Такое активное вмешательство во внутринервные отношения резко изменяет течение болезненного процесса в благоприятную сторону. Те ободряющие результаты, которые нами были получены при этом методе лечения почти во всех наших случаях, заставляют нас признать данные этой терапии не случайными и не зависящими от каких-либо других явлений, кроме новокаиновой блокады нервной системы подложечной области.

Всего больных, подвергшихся данному лечению, было 16. Однократное, а в отдельных случаях двукратное, применение новокаи-

нового блока действовало при неукротимой рвоте и пtiализме благоприятно на течение болезни, обрывая тошноту, рвоту и слюнотечение, быстро улучшая общее состояние больных, за исключением двух случаев.

Из 16 наших больных, леченных описанным способом, как показано в таблице, большинство, 11 человек, имели от 19 до 26 лет, одна больная была 28 лет, две больные—30—31 года и только одна—38 лет.

Несмотря на сравнительно молодой возраст наших пациенток, первобеременных было только 3. Остальные—повторно беременные, имевшие от 2 до 9 беременностей. Что касается сроков беременности, то принято считать, что в большинстве случаев неукротимая рвота и пtiализм проявляются в первые месяцы беременности, а среди наших больных 2 имели срок беременности от 4 до 7½ мес. и остальные от 4 недель до 3 месяцев.

Приходится отметить, что тяжесть заболевания и успешность терапии не зависят, повидимому, от срока беременности, т. к. новокаиновый блок одинаково хорошо действовал на неукротимую рвоту и пtiализм как в первые недели беременности, так и в сроки поздние, от 4 до 7½ месяцев.

Отмечая тяжесть заболевания, мы старались учитывать сколько раз в сутки наступала рвота у наших больных, как при поступлении в стационар, перед лечением, так и дома, до поступления в клинику. На такой вопрос при собирании анамнеза почти всегда следовали стереотипные ответы: „рвет без счета“, „нельзя сосчитать“, „бесконечное количество раз“. Точно подсчитать суточное количество наблюдавшихся рвот в стационаре тоже представляет довольно трудную задачу, т. к. рвота случается и днем и ночью и разными количествами рвотных масс, причем иной раз бываешь в затруднении, что считать рвотой, что отмечать как тошноту и рвотные движения, (например, имеются мучительные рвотные позывы, после уже совершившейся рвоты, а в результате выделяется только 1—2 ложки слизи).

У большинства лечившихся новокаиновым блоком отмечалась и повышенная температура тела, державшаяся до лечения и быстро спадавшая после блока. Размах колебаний температурной кривой, правда, не велик, но достаточно убедителен в смысле тяжести страдания (37—37,9°).

Питание также у большинства наших больных представлялось значительно подорванным, о чем свидетельствовал общий *habitus*: бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, запавшие глаза, значительное исхудание, сухой, обложенный язык и потрескавшиеся губы.

Для прекращения рвоты, как правило, требовалось в большинстве однократное применение новокаинового блока и только в отдельных случаях приходилось повторять блокаду дважды и ни разу пока не встретилось надобности делать блок по третьему разу.

Действие новокаинового блока, как сказано выше, в отличие от всех других способов лечения, наступало в большинстве случаев тотчас же после введения новокаина в известном количестве или даже еще во время производства блокады.

Результат лечения у 14 больных был безусловно благоприятный и только у 2 длительного эффекта не последовало, и эти женщины

уверяли, что после лечения рвота и тошнота даже несколько усилились. Мы склонны, однако, думать, что у таких лиц было большое желание, мотивируя непрекращающейся рвотой, получить разрешение на аборт, которого она усиленно добивалась и ради которого тщательно и искусно демонстрировали картину неукротимой рвоты. Для иллюстрации приведу историю болезни.

Больная Н. Т., 24 лет, поступила в акушерскую клинику ТГМИ 3/XI 37. Беременна первый раз, около 6 недель. Крови с 16 лет через 28 дней, по 3—4 дня, в умеренном количестве и без боли. Последние *menses* точно не помнит. Замуж вышла на 22-м году. Испытывает постоянную тошноту и рвоту, появившуюся приблизительно месяц тому назад. В начале рвота была умеренная, но с каждым днем все усиливалась. В последнее время рвота появляется после каждого приема пищи в каком бы виде, горячем или холодном, твердом или жидком, больная ее ни принимала; кроме того, она испытывала отвращение к хлебу, не могла переносить его запах. В течение восьми последних дней, по словам больной, она „ни одной крошки не брала в рот“ и свое самочувствие определяет, как „ужасное“, т. к. рвет „без конца“, независимо от приема пищи, в результате чего испытывает боли в области желудка и в подложечной области.

Больная выше среднего роста, правильного телосложения. Подкожный жировой слой развит слабо. Кожа и видимые слизистые бледны и слегка желтушны. Со стороны желудка—постоянная рвота. При бимануальном исследовании слизистая влагалища заметно синюшна, матка в *ante flexio* и соответствует по величине беременности около 6 недель.

В день поступления в клинику больная жалуется на общую слабость, на непрекращающуюся рвоту, дурное ощущение во рту и боли в подложечной области. Температура 37,1°, пульс 94 удара в 1'.

Диагноз: *Graviditas* около шести недель, *hyperemesis gravidarum*.

В тот же день был применен новокаиновый блок подложечной области по указанной методике. Раствор новокаина (1/4%), слегка подогретый был введен в количестве около 70 см³.

Через час после блока больной был подан общий обед из 2 блюд, который она с аппетитом и без остатка скушала и выпила 2 чашки чая. Вечером этого же дня—поужинала с хлебом. Вся принятая пища удержалась—рвоты не было. 4/XI—утром выпила кружку чая с двумя большими кусками хлеба и при этом отмечала, что „все время хочется есть“.

Через 6 месяцев после новокаинового блока больная при посещении консультации отметила, что все время находилась в хорошем состоянии, тошнота и рвота больше не повторялись, хотя больная была вынуждена сделать большую поездку по железной дороге.

Выводы

1. Лечение неукротимой рвоты и пtiализма новокаиновым блоком подложечной области в большинстве случаев дает быстрый эффект, обрывая проявления неукротимой рвоты и пtiализма.

2. Описываемый метод лечения неукротимой рвоты и пtiализма отличается простотой техники и не оказывает какого-либо побочного вредного влияния на организм больной.

3. Применение новокаинового блока для лечения неукротимой рвоты и пtiализма возможно не только в условиях стационара, но и амбулаторно.

Поступила 2.VII. 1938.