

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЗАПЛЕВРАЛЬНОЙ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ЧРЕВНЫХ НЕРВОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДИФфуЗНЫМ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Кандидат медицинских наук, ассистент Т. П. ТИХОНОВА

Из кафедры госпитальной хирургии № 1 КГМИ (зав. кафедрой —
засл. деятель науки, проф. Н. В. Соколов)

В Казани — на родине новокаиновой блокады, предложенной, разработанной и внедренной в практику проф. А. В. Вишневым, за последние годы начинает находить применение в клиниках новый вид новокаиновой блокады — заплевральная блокада чревных нервов.

Начало этому методу положил доцент Казанского ветеринарного института В. В. Мосин, который в 1951 г. опубликовал свою работу «Новокаиновая блокада чревных нервов — метод охранительного воздействия на нервную систему при воспалительных процессах в брюшной полости». В ней он, на основании многочисленных опытов на животных, выдвигает следующие положения:

1. Двухсторонняя новокаиновая заплевральная блокада чревных нервов и симпатических стволов является надежным методом охранительного влияния на нервную систему при абдоминальных операциях на животных, а также методом, предупреждающим развитие послеоперационного перитонита.

2. Она оказывает эффективное терапевтическое влияние через нервную систему на развившийся воспалительный процесс в брюшине, органах брюшной и тазовой полостей. Работа В. В. Мосина нашла отклик, о чем проф. Н. В. Соколовым было кратко доложено на XXVI Всесоюзном съезде хирургов (1955 г.). Техника блокады чревных нервов у человека разработана под руководством проф. И. В. Домрачева доцентом Д. Ф. Благовидовым и врачом Г. М. Николаевым.

В 1955 г. опубликована статья Благовидова «Предварительные итоги применения новокаиновой блокады чревных нервов при острых перитонитах», основанная на наблюдениях над 18 больными с острым разлитым перитонитом.

Проф. И. В. Домрачев на юбилейной сессии, посвященной 150-летию Казанского государственного медицинского института, в 1956 г. дал положительную оценку применению новокаиновой заплевральной блокады чревных нервов при воспалительных процессах в брюшной полости.

Больной лежит на боку на небольшом валике. Точка вкола располагается в области XI межреберья на расстоянии 5—6 см от линии остистых отростков (иначе говоря, по краю длинных мышц спины). Игла от шприца должна быть длиной не менее 10—12 см; она идет под нижний край XI ребра вверх и внутрь, по направлению нижнего угла лопатки другой стороны до упора в тело X грудного позвонка, затем игла вытягивается обратно на 1—2 мм и после этого вводится раствор новокаина.

Следует вводить по 75—80 см³ 1/4% раствора новокаина на каждую сторону при двухсторонней блокаде. Односторонняя блокада менее эффективна, но целесообразна, когда больного невозможно повернуть на обе стороны. При одностороннем введении 1/4% раствор новокаина вводится в количестве 130—150 см³. При неправильном направлении иглы она может проколоть плевру, что узнается по кашлю больного.

Проф. И. В. Домрачевым были указаны наблюдавшиеся им побочные явления при блокаде чревных нервов, наступающие обычно или при проведении блокады, или тотчас после нее: боль в боку, головокружение, слабость, учащение или замедление пульса, кратковременное повышение или понижение кровяного давления, одышка, цианоз.

В клинике госпитальной хирургии № 1 КГМИ, руководимой проф. Н. В. Соколовым, систематическое применение заплевральной новокаиновой блокады чревных нервов начато с 1955 г., причем блокада применялась как с профилактической, так и с лечебной целью при островоспалительных процессах в брюшной полости. Положительный эффект и побудил нас в данной работе подвести итог ее применения у 56 больных при остром диффузном перитоните; у всех больных, подвергшихся операции, диагноз подтвердился на операционном столе. Из 56 больных было 25 женщин, 31 мужчина. Возраст больных — от 2,5 до 75 лет.

Из 56 больных 49 были доставлены в клинику уже с явлениями перитонита и были оперированы при явлениях последнего. Источником перитонита у 24 больных был острый аппендицит с деструкцией отростка. У 2 больных — острый флегмонозный холецистит. У одной больной — острый гангренозный панкреатит. У 2 больных — воспалительные процессы в придатках матки (гнойные аднекситы). У 5 больных источником перитонита была перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки, у 6 — разрыв тонкой кишки при закрытой травме живота. У 5 больных перитонит развился на почве острой кишечной непроходимости. У 2 детей перитонит возник на почве острого гнойного мезоаденита, причем бактериологическим анализом гноя, взятого из брюшной полости, у обоих детей установлено наличие белых и золотистых стафилококков. У одной больной клинически и бактериологически диагностирован пневмококковый перитонит.

Таким образом, из 56 больных у 49, с явлениями перитонита, было, наряду с блокадой, произведено соответствующее оперативное вмешательство по поводу основного процесса, приведшего к перитониту, и 2 больных подверглись, кроме того, повторной лапаротомии в послеоперационном периоде: после аппендэктомии и после резекции сигмы по поводу рака.

3 больным блокада производилась непосредственно перед операцией и в дальнейшем, в связи с улучшением в течении перитонеального процесса, не повторялась. 18 больным блокада производилась непосредственно до операции и затем повторно, через 3—4 дня после операции.

17 больным блокада произведена повторно на сроках от 24 до 48 часов после операции, в связи с явным ухудшением в течении процесса. 13 больным блокада производилась в пределах первых суток после операции и затем, в связи с тяжелым состоянием больных, производилась повторно через 3—4 суток. 2 больным в этой группе блокада производилась по 3 раза. У 4 больных с перитонитом, развившимся в послеоперационном периоде после аппендэктомии по поводу кисты отростка, после удаления трубы по поводу прервавшейся беременности, после резекции желудка по поводу язвы, после резекции части поперечно ободочной кишки, блокада производилась однократно. Одной больной блокада была применена при тяжелом течении аднексита, леченного консервативно.

Наблюдения над указанными больными позволили отметить, что заплевральная блокада чревных нервов положительно влияет на течение перитонита, способствуя разрешению пареза кишечника, а вместе и прекращению рвоты и икоты.

Такое разрешение пареза и улучшение в течении перитонита под влиянием новокаиновой блокады наступало на различных сроках, иногда уже через $3\frac{1}{2}$ — 4 часа, а иногда — на вторые сутки.

Больной К. был доставлен в клинику с разрывом кишечника и, в связи с одновременным переломом костей таза и трудностями переворачивания больного, блокада ему не была произведена ни в день операции, ни после нее. И лишь на высоте развития перитонита и пареза кишок, когда систематически проводимые, наряду с введением антибиотиков, клизмы, отсасывание желудочного содержимого, прием в каплях *t-gae ghei*, внутримышечные инъекции раствора карбохолина 1 : 10000, оказались безрезультатными, была произведена двухсторонняя заплевральная блокада чревных нервов, которая через 3—4 часа разрешила парез. С этого момента течение перитонита пошло на полное разрешение, с исходом в выздоровление больного.

Больной Г., которой при явлениях перитонита была произведена лапаротомия (20/X-56 г.) — через сутки после закрытой травмы живота — и ушита разорванная петля тонкой кишки, новокаиновая двухсторонняя заплевральная блокада чревных нервов была произведена перед операцией. Но, так как течение процесса продолжало оставаться тяжелым, то на третьи сутки блокада повторена. И только через сутки после этого состояние больной заметно улучшилось, отошли газы, и процесс пошел на разрешение.

У некоторых больных при проведении заплевральной новокаиновой блокады чревных нервов наблюдались и побочные явления, отмеченные нами у 17 больных из 56. У них уже на операционном столе после блокады начиналась одышка, учащался и ослабевал пульс. У 7 больных появился тотчас после блокады цианоз лица и конечностей. У 3 больных такой цианоз держался стойко в течение $\frac{3}{4}$ часа, но болевые ощущения не сопровождался. У одной больной, которой блокада была произведена трижды, каждое введение сопровождалось резким посинением лица, стоп и кистей с некоторым ослаблением пульса.

У 4 больных резко падало кровяное давление — до 70—60 мм рт. ст., появлялся обильный пот. Ни одно из отмеченных нами явлений не продолжалось более 30—45 минут, причем нам удалось заметить, что у всех больных реакция на первую и повторную блокаду была всегда одинаковой. Если не было осложнения при первичной блокаде, то не было и при повторной.

Учитывая возможность появления описанных осложнений, мы всегда перед блокадой контролировали частоту и наполнение пульса, частоту дыхания, кровяное давление. Особенно тяжелым больным блокада производилась в сочетании с назначением сердечных и наркотических средств, причем после блокады сравнивались показатели деятельности сердца и частота дыхания. Так же приходилось поступать в отношении больных, которым нужна была повторная блокада, а первичная вызывала выраженную сердечно-сосудистую реакцию.

Из 56 больных, получавших блокаду, 6 больных умерли; 4 из 6 умерших больных поступили уже в стадии выраженного перитонита в тяжелом состоянии. Приводим краткие сведения об этих умерших больных.

1. Больной М. был оперирован на 4 сутки после начала гангренозного аппендицита при наличии гнойного перитонита. Блокада чревных нервов была произведена перед операцией и в послеоперационном периоде. У больного процесс осложнился развитием поддиафрагмального абсцесса, эмпиемы плевры. Он умер при явлениях сепсиса и перитонита, что было подтверждено и на секции.

2. Больной Г. оперировался по поводу перфоративной язвы желудка через 13 часов при наличии перитонита. В послеоперационном периоде дважды производилась блокада чревных нервов в комплексе с пенициллинотерапией и другими лечебными

мероприятиями. Больной скончался на 9-й день после операции. Швы по месту ушивания язвы оказались в хорошем состоянии.

3. Больной К., 75 лет, оперирован по поводу гангренозно измененного отростка на 4 сутки заболевания. Произведенная после операции блокада чревных нервов в комплексе лечения не предупредила летального исхода, наступившего на 3 сутки после операции.

4. Больной Г., 9 лет, оперирован через 12 часов по поводу закрытой травмы живота. При лапаротомии обнаружены разрыв тонкой кишки и диффузный перитонит. Произведена резекция кишки. Примененная в комплексе лечения новокаиновая блокада чревных нервов не предупредила летального исхода.

5. У больной К-вой перитонит развился после операции по поводу опухоли, исходящей из червеобразного отростка. Блокада чревных нервов была произведена при первых явлениях перитонита и повторена через 3 дня. Это не предотвратило летального исхода. На секции был установлен диффузный гнойный перитонит при состоятельности кишечных швов.

6. У больного Ш., которому произведена резекция желудка по поводу язвы привратника, перитонит развился в послеоперационном периоде. Лечение производилось консервативное, в комплексе которого дважды произведена двухсторонняя блокада, не давшая эффекта. На секции была установлена несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки, послужившая источником послеоперационного перитонита. Следовательно, тактика врача была неправильной, так как блокада не могла компенсировать несостоятельности швов; это могло быть достигнуто только повторным оперативным вмешательством, а блокада чревных нервов могла сыграть лишь роль дополнительного фактора.

Если сопоставить описанные нами результаты, где при диффузном перитоните в комплексе лечения (операция, антибиотики и пр.) применялась заплевральная новокаиновая блокада чревных нервов, с результатами наблюдавшихся нами ранее больных с аналогичными процессами и таким же комплексом лечебных мер, но без новокаиновой заплевральной блокады, то получаем следующие цифры: на 56 больных с применением заплевральной блокады 6 смертельных исходов, а на 118 больных, леченных без применения новокаиновой блокады, 29 смертельных исходов, что составляет для первой группы 10,7%, для второй — 27,5% смертности.

Это дает нам основание высказаться положительно за применение с лечебной целью в комплексе лечения заплевральной новокаиновой блокады как метода, ведущего к дальнейшему снижению смертности при диффузных перитонитах.

ВЫВОДЫ:

1. Блокада чревных нервов при гнойных перитонитах, применяемая в сочетании с общепринятыми консервативными и оперативными лечебными мероприятиями, направленными на борьбу с возбудителями перитонита, с интоксикацией, с расстройствами сердечно-сосудистой системы, с нарушениями обмена, с парезом желудочно-кишечного тракта, способствует разрешению пареза кишечника, прекращая рвоту и икоту, уменьшая боли.

2. Блокаду целесообразнее провести до начала операции, так как она в известной мере обеспечивает эффект местного обезболивания, а в дальнейшем она должна повторяться, согласно клиническим показателям течения болезни с интервалом 3—5 суток.

3. Побочные сердечно-сосудистые явления при блокаде скоропребывающей и не дают основания для отказа от данного метода лечения при остром разлитом перитоните, но заслуживают изучения их причин.

4. Двухсторонняя блокада эффективнее, чем односторонняя. Разовая доза $\frac{1}{4}\%$ раствора новокаина для взрослого — 150—180 см³, для ребенка — 80—100 см³. Существенной разницы в реакции на блокаду у детей и у взрослых нам установить не удалось.

5. Блокада чревных нервов, входя в комплекс мероприятий, направленных на лечение больных с диффузным перитонитом, ни в коей мере не заменяет оперативного лечения, где оно показано.

ЛИТЕРАТУРА

1. В. В. Мосин. Новокаиновая блокада чревных нервов — метод охранительного воздействия на нервную систему при воспалительных процессах в брюшной полости. Диссертация. Казань, 1951. (Ученые записки Казанского государственного ветеринарного института, т. 61, вып. 1).
2. Д. Ф. Благовидов. Предварительные итоги применения новокаиновой блокады чревных нервов при острых перитонитах. Журнал «Хирургия», № 2, 1955.
3. И. В. Домрачев. Доклад на юбилейной научной сессии по поводу 150-летия КГМИ. Казанский медицинский журнал, № 1, 1957.

Поступила 14 июня 1957 г.