

Из Клиники пато-физиологии Всесоюзного ин-та экспериментальной медицины  
(зав. проф. А. В. Вишневский).

## Некоторые итоги лечения хронических язв конечностей новокаиновым блоком нервов.

Прив.-доц. Г. М. Новиков.

(Предварительное сообщение).

Под названием невротрофических язв почти до самого последнего времени подразумевали лишь язвы, образующиеся в результате ранения того или иного нервного ствола. В настоящее время сюда причисляют травматические язвы, варикозные язвы, язвы при болезни Рено, язвы при спонтанной гангрене, послетифозные язвы и прочие дистрофические процессы на конечностях, входящие в так называемую группу язв неизвестного происхождения. Совершенно не затрагивая здесь вопроса о патогенезе этих язв, мы ставим перед собой задачу подведения некоторых итогов лечения их новокаиновым блоком по Вишневскому<sup>1)</sup>.

Кому из врачей не знакомы эти больные, порой десятки месяцев и даже лет путешествующие из одной поликлиники в другую, теряющие громадное количество дней нетрудоспособности и которые, внешне оставаясь здоровыми, являются в сущности говоря настоящими инвалидами. С этой точки зрения выбор наиболее рационального метода лечения приобретает огромное значение. А кто из специалистов не занимается лечением этих больных? Лечат их и терапевты, и невропатологи, и дерматологи и, наконец, лечат их хирурги. Последние разработали громадное количество операций для борьбы с этим, казалось бы невинным на первый взгляд, заболеванием. Перечень имеющихся в арсенале хирургов оперативных вмешательств к настоящему времени заканчивается тяжелой по своей травматичности операцией эпинефрактомии по Оппелю, которую последний предложил для лечения спонтанной гангрены.

Думается, что в данном случае „цель далеко не оправдывает средства“, ибо процент выздоровлений даже и после этих героических вмешательств остается очень низким, да и тот в громадном большинстве случаев омрачается рецидивами.

Предложенный А. В. Вишневским метод лечения хронических не заживающих язв конечностей новокаиновым блоком мы начали применять с 1931 года. За это время через стационар и амбулаторию нашей клиники прошли 61 человек больных с разнообразными язвами конечностей и, в подавляющем большинстве случаев, на этой серии больных мы получили вполне удовлетворительные результаты. К сожалению, срок наблюдения не достаточно велик для того, чтобы делать отсюда смелые выводы и предложения. Наибольший срок наблюдения, как это видно из прилагаемой таблицы № 1, составляет у нас 2 года и 1 месяц.

<sup>1)</sup> А. В. Вишневский. Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата. Татиздат. Казань. 1933 г.

Таблица № 1.

Сроки наблюдения	Число больных
От 1 до 6 месяцев . . . . .	13 чел.
„ 7 до 12 „ . . . . .	7 „
„ 1 до 1½ года . . . . .	13 „
„ 1½ до 2 л. . . . .	16 „
Свыше 2-х лет . . . . .	2 „
Нет сведений . . . . .	10 „

Почти все больные стали вполне работоспособными и, как правило, выполняют обычную для них работу. Легкие боли и отек ног после продолжительной ходьбы отмечают некоторые больные с варикозным расширением вен нижних конечностей, что, по понятным соображениям, все же не может умалять значения новокаинового блока.

Мужчин в нашем материале—30 чел., женщин—31 чел. Разбивка по возрасту дана в таблице № 2, из которой видно, что наибольшее число больных падает на возраст от 20 до 40 лет,

Таблица № 2.  
Число случ.

Возраст больных	Число случ.
От 15 до 20 лет . . . . .	4
„ 21 до 30 „ . . . . .	14
„ 31 до 40 „ . . . . .	19
„ 41 до 50 „ . . . . .	15
Свыше 51 года . . . . .	10

В качестве этиологического момента в развитии язв у наших больных были отмечены:

1. Варикозное расширение вен . . . . . в 17 сл.
2. Ожог . . . . . „ 4 „
3. Обморожение . . . . . „ 2 „
4. Травма . . . . . „ 14 „
5. Флегмона . . . . . „ 10 „
6. Ампутация конечности по поводу травматич. повреждения . . . . . 5 „
7. Потертость ног . . . . . „ 2 „
8. Повреждения нервов . . . . . „ 4 „
9. Неизвестная причина . . . . . „ 3 „

Больные свыше 50 лет почти все страдали язвами конечностей на почве варикозного расширения вен нижних конечностей, тогда как в более молодом возрасте встречалась много травматических язв и язв, развившихся после воспалительных процессов (флегмоны).

По характеру патолого-анатомической картины это были язвы, в общих чертах мало отличающиеся друг от друга. Подрытые или пологие, омозоленные, неровные края с цианотичной окраской кожи по окружности, вялые, безжизненные, бледные или наоборот синюшные грануляции; сухое, сравнительно чистое или наоборот покрытое серовато-грязным налетом дно; никакого отделяемого в некоторых случаях не было, тогда как в других случаях оно было обильно, разъедало окружающую здоровую кожу и издавало зловонный запах. Очень часто больная конечность на большем или меньшем участке отечна, мацерирована или наоборот атрофична и суха. Со стороны субъективной сферы нередко отмечались быстрая утомляемость, ноющие или жгучие боли, невозможность пользоваться обыкновенной кожаной обувью и проч.

Обычно по характеру язвы можно было определить и приблизительную давность процесса. Эта последняя в наших случаях широко варьировала, начиная с 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> мес. до 12—15 лет.

Больные, до поступления под наше наблюдение, лечились у разных специалистов—одни аккуратно и систематически, другие—как они выражаются— „испробовавши все“, махнули рукой и до некоторой степени уже свыклись с своим положением. Больных последней категории, впрочем, значительное меньшинство.

Локализация язв самая разнообразная и отметить здесь какую-либо закономерность трудно, если не считать варикозные язвы, которые по преимуществу занимали наружную или внутреннюю поверхность нижних отделов голени. Что касается распределения по областям, то подавляющее большинство язв падает на нижние конечности.

В практическом применении новокаиновый блок мы принципиально производим в местах наибольшего скопления нервов и их ганглий, в зависимости от чего и различаем: а) циркулярный блок конечности, б) блок поясничной области и в) шейный ваго-симпатический блок.

Коротко опишем технику:

1. *Циркулярный блок.* Циркулярно, на расстоянии 3—4 сан. друг от друга, делаются 2-граммовым шприцем кожные желваки. Из этих желваков большим шприцем сначала производят циркулярную инфильтрацию подкожной клетчатки. Затем делается подопоневротическая инъекция раствора, в течение которой игла временами доводится до кости.

2. *Блок поясничной области.* Больной укладывается на бок в положении для почечной операции (обязательно валик). В углу между 12-м ребром и длинными мышцами спины (*m. sacrospinalis*) делается кожный желвак 2-грамм. шприцем. Затем сквозь полученный желвак вглубь продвигается длинная игла (10—12 сан.), насаженная на большой шприц (10—20 гр.). Направление иглы строго перпендикулярно к поверхности кожи. Продвижению иглы предпосылается непрерывная инъекция раствора. Пройдя сквозь слой мускулатуры и задний листок почечной фасции (*fas. retrorenal.*) конец иглы попадает в межфасциальное пространство. Этот момент определяется прекращением мышечного сопротивления концу иглы (игла „проваливается“ в пустоту).

В технике инъекции это сказывается тем, что раствор новокаина идет легко, без напряжения.

3. *Шейный ваго-симпатический блок.* Больной укладывается на спине с сильно повернутой в противоположную от оператора сторону головой. Под шею подкладывается маленький валик. Находящаяся на стороне оператора рука больного оттягивается книзу, благодаря чему соответствующее плечо опускается. Указательный палец левой руки ставится у заднего края *m. sterno-cleido-mastoid.* выше места перекреста последней наружной яремной веной. Производя сильное давление указательным пальцем в этом месте, стараемся тем самым сместить внутри органы шеи. Игла вкалывается у верхушки пальца и проводится вглубину по направлению кверху и кнутри, все время ориентируясь на переднюю поверхность позвоночника. Введение раствора делается малыми порциями (2—3 к. с.) из большого 10 гр. шприца. Последний во время инъекции неоднократно снимается с иглы с целью контролирования правильности техники (кровь!).

Для инъекций в самом начале работы мы пользовались 1<sup>1</sup>/<sub>4</sub>% раствором новокаина на Рингеровской жидкости, в последнее же время применяем наш обычный обезболивающий раствор (1<sup>1</sup>/<sub>8</sub>% новокаин + 1:5000 перкаин в равных пропорциях). Доза при циркулярном блоке 150—200 к. с., при поясничном 100—150 к. с., при шейном ваго-симпатическом блоке 30—40 к. с.

Чаще всего мы применяли первые две из описанных схем и только в последнее время проводим серию больных с шейным блоком (см. табл. № 3).

Характер блока	Число больных	Таблица № 3.
Циркулярный блок . . . . .	36	чел.
Блок поясничной обл. . . . .	7	„
Шейный ваго-симпатический блок . . . . .	6	„
Чередование циркулярного блока с поясничным.	12	„

Послеоперационное лечение (если вообще новокаиновый блок можно назвать операцией) у всех наших больных протекало без всяких осложнений. Редко некоторые из больных жаловались в течение первых суток на боли в местах уколов. Двое жаловались на задержку мочеиспускания после поясничного блока; через 12 часов эти явления в обоих случаях исчезли. Субъективные ощущения разные больные описывают по разному. Одни заявляют, что через сравнительно короткий срок после блока они чувствуют какое-то „торканье“ в области язвы, другие квалифицируют это как прохождение электрического тока по телу, третьи отмечают чувство теплоты и жара в больной конечности. Боли, как правило, исчезают в тот же день. У некоторых больных к вечеру наблюдалось повышение температуры (до 38°, 39°), которая в последующие дни никогда уже не выходила за пределы нормы.

Течение самого местного процесса резко меняется уже в первые сутки. Из всех наших больных только один не дал никакой реакции в первые дни после блока (в дальнейшем язва у него все таки зажила). Первое, что бросается в глаза, это обострение процесса: до того вялая, безжизненная язва вдруг принимает характер почти свежей раны, начинается обильное выделение секрета, серо-грязный налет быстро смывается, грануляции становятся живыми и розовыми, отечность магически исчезает. В последующие дни язва начинает эпителизироваться с периферии, грануляции выполняют язву, затем покрываются корочкой и процесс заживает. Но не всегда бывает так. В некоторых случаях обострившийся было после первого блока процесс постепенно снова принимает вялое, хроническое течение, и заживление язвы приостанавливается. В таких случаях мы применяли повторный блок, который вновь вел к обострению процесса. Наряду с больными, язвы которых заживали после однократного блока, в нашем материале есть и такие, которым блок пришлось повторить от 2 до 5 раз. Наблюдая одного из больных этой последней группы, мы заметили характерную особенность. Б-ой Булатенко (№ 47 с язвой трехлетней давности упорно не поддавался лечению даже после 4-кратного блока. Язва стала даже увеличиваться в размерах. Потеряв всякую надежду на заживление, мы решили произвести ему пересадку по Тиршу. И что же?—Язва быстро зажила после еще одного блока, хотя надо сказать, что ни один кусочек пересаженного эпидермиса не прижился. Повторивши такой эксперимент у другого подобного же больного, мы снова получили хороший эффект, хотя и здесь эпидермис не прижился. Необходимо отметить, что—как это было в обоих указанных случаях—особенно упорно не поддаются лечению те из язв, которые развились после флегмон, нарывов, осложнившихся нагноением травматических повреждений и проч.

Как часто нужно делать блок и чем руководствоваться при его повторении?—На основании своих наблюдений мы можем сказать, что определяющим дальнейший ход заживления является первый блок. Если

обострившийся процесс не проявляет тенденции к задержке заживления (свежие грануляции, нормальная эпителизация по краям и пр.), то язва обычно заживает на сроках в 12—25 дней без всякого повторного блока. Следовательно, он здесь и не нужен. Если же язва снова приняла торпидное течение, то блок необходимо повторить, однако не раньше, чем через 15—20 дней после первого.

Количество дней пребывания больного на койке колебалось от 7 до 45 дней. Хотя такой срок заживления на койке и очень велик для подобного рода больных, все же мы думаем, что „игра стоит свеч“ даже и в этих случаях, ибо это касается лиц, которые были не работоспособны 3—5 и больше лет. Огромное же большинство больных находилось на стационарном лечении от 7 до 30 дней. В целях эксперимента одиннадцать больных мы лечили новокаиновым блоком амбулаторно—без отрыва от производства. Полученные нами при этом результаты дают возможность рекомендовать его для более смелого и широкого применения, особенно при наличии дефицита стационарных коек.

По конечным результатам всех больных мы разбиваем на три категории:

Полное выздоровление . . . . .	58 чел., что составляет 95%
Улучшение . . . . .	2 „
Без изменений . . . . .	1 „

Последний случай относится к работнице с обширной язвой шестимесячной давности на ампутационной культe правой голени. Несмотря на неоднократный блок новокаином, язва не проявляла никакой тенденции к заживлению, что вынудило нас, правда по настойчивой просьбе больной, произвести реампутацию (по Гритти).

У четверых больных мы имели рецидивы на разных сроках после выписки их из клиники: через 1 г. 3 м., 1 год 5 мес. и 1 мес. Таким образом на этой серии больных результаты лечения новокаиновым блоком значительно лучше тех, которые обычно получаются при оперативном вмешательстве.

*Выводы.* 1. Наибольшее количество страдающих хроническими язвами конечностей больных падает на самый продуктивный возраст от 20 до 49 лет.

2. Выбор наиболее безопасного и эффективного способа лечения этих больных является задачей огромной практической важности, так как снимает с государственного бюджета социального страхования довольно значительную сумму средств.

3. Применение оперативного метода лечения язв не достигает цели как по своим непосредственным результатам, так и по тому, что в случаях рецидивов предложить больному повторную операцию бывает не только невозможно, но часто и абсурдно, ибо, как бы эти операции и ни казались консервативными, на самом деле они далеко не являются таковыми.

4. Самым целесообразным методом лечения нужно считать лечение новокаиновым блоком, так как он действительно является консервативным, в 95% всех случаев ведет к полному выздоровлению, при необходимости может быть произведен повторно и, наконец, он не требует обязательной госпитализации больного.