

К. М. МУРАДЯН

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЯСНИЧНОЙ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ПО А. В. ВИШНЕВСКОМУ И БЛОКАДЫ ПО М. Ю. ЛОРИН- ЭПШТЕЙНУ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКЕ

Симптомокомплекс «почечная колика» встречается довольно часто, однако до настоящего времени в литературе нет единого мнения о патогенезе и лечении почечной колики.

Различие взглядов на этиопатогенез почечной колики привело к разнообразным методам лечения: теплые ванны, наркотики с атропином, поясничная новокаиновая блокада по Вишневскому [8], новокаиновая блокада семенного канатика у мужчин или круглой связки матки у женщин по Лорин-Эпштейну [14], новокаиновая блокада почечной ножки по Тревизини [24], применение ганглиоблокаторов, паравертебральная блокада хлорэтилом [7], катетеризация мочеточника и т. д.

Среди существующих методов лечения почечной колики особо широкое применение нашли новокаиновые блокады по Вишневскому и по Лорин-Эпштейну как наиболее эффективные средства [1, 2, 4, 5, 10, 13, 19, 21, 22].

Наряду с этим авторы, применяющие новокаиновую блокаду по Вишневскому [1, 4, 5, 19, 21], отмечают отсутствие эффекта в 7,5—20% случаев, другие, применяющие блокаду по Лорин-Эпштейну [2, 10, 13, 20, 22], отмечают отсутствие эффекта в 6—38% случаев.

Сравнение эффективности обоих методов представляет большой практический и теоретический интерес. Мы решили провести сравнение этих методов в клинических условиях. Для осуществления поставленной задачи за последние 6 лет мы подвергли изучению 400 больных с острой почечной коликой, которым производилась поясничная новокаиновая блокада по Вишневскому или блокада по Лорин-Эпштейну.

Из 400 больных мужчин было 189 (47,2%), женщин—211 (52,8%). Возраст больных колебался от 7 до 78 лет. Почечная колика с правой стороны была у 220 больных (55%), слева—у 176 (44%), а у 4 больных (1%)—двухсторонняя.

Заболевания, являющиеся причиной почечной колики, приведены в табл. 1.

Из 400 больных у 200 произведена поясничная новокаиновая блокада по Вишневскому и у остальных 200—блокада по Лорин-Эпштейну.

Таблица 1

Причина почечной колики	Количество больных	Процент
Камни почек	51	12,7
Камни мочеточников	100	25
Камни почек и мочеточников	4	1
Гидронефроз	28	7
Нефроптоз и изгиб мочеточника	12	3
Пиелостит, пиелит беременных	47	11,7
Туберкулез почки	4	1
Кистозная почка	3	0,8
Опухоль почки	1	0,25
По неизвестной причине	150	37,5
Итого	400	100

Результаты эффективности обоих видов блокад мы оценивали в связи с причиной почечной колики и характером болевых ощущений.

Данные эффективности применения поясничной новокаиновой блокады по Вишневскому как терапевтического средства при почечной колике представлены в табл. 2, 3.

Таблица 2

Эффективность поясничной новокаиновой блокады по Вишневскому в зависимости от вида урологических заболеваний

Почечная колика	Э ф ф е к т		
	положительный	отсутствует	всего
При почечно-каменной болезни	64	15	79
При воспалительных процессах верхних мочевых путей	21	5	26
При других урологических заболеваниях	22	1	23
При неизвестной этиологии	66	6	72
Итого	173 (86,5%)	27 (13,5%)	200 (100%)

Таблица 3

Эффективность поясничной новокаиновой блокады по Вишневскому в зависимости от характера болевых ощущений при почечной колике

Боли до блокады	Э ф ф е к т		
	положительный	отсутствует	всего
Схваткообразные, иррадирующие	71	19	90
Схваткообразные, без иррадиации	53	5	58
Резкие, постоянные, иррадирующие	29	2	31
Резкие, постоянные, без иррадиации	20	1	21
Итого	173 (86,5%)	27 (13,5%)	200 (100%)

Наблюдения показали, что поясничная новокаиновая блокада у 173 больных (86,5%) купировала приступ почечной колики, снимая болевой синдром. Лучший результат поясничная новокаиновая блокада давала при схваткообразных и постоянных болях на почве мочекаменной болезни (камень почки) и при неизвестной этиологии.

По литературным данным, при применении поясничной новокаиновой блокады положительный эффект наблюдается в 80—92,5% случаев [1, 4, 5, 19, 21].

В литературе указывается, что при применении новокаиновых блокад по Вишневскому и по Лорин-Эпштейну наблюдается отхождение камней мочеточника [1, 4, 5, 8, 10, 13, 19, 21, 22].

С. Х. Тагиев [19], применяя поясничную новокаиновую блокаду при камнях мочеточников, наблюдал отхождение камней у 92 из 120 больных (76,6%), однако, по нашим данным, из 50 больных с камнями мочеточников после поясничной новокаиновой блокады камни выпали только у 5.

Другой группе больных была произведена блокада по Лорин-Эпштейну. Данные эффективности блокады по этому методу приведены в табл. 4, 5.

Таблица 4

Эффективность блокады по Лорин-Эпштейну в зависимости от вида урологических заболеваний

Почечная колика	Э ф ф е к т		
	положитель- ный	отсутствует	всего
При почечно-каменной болезни	58	17	75
При воспалительных процессах верхних моче- вых путей	15	6	21
При других урологических заболеваниях . .	20	4	24
При неизвестной этиологии	71	9	80
Итого	164 (82%)	36 (18%)	200 (100%)

Таблица 5

Эффективность блокады по Лорин-Эпштейну в зависимости от характера болевых ощущений при почечной колике

Боли до блокады	Э ф ф е к т		
	положитель- ный	отсутствует	всего
Схваткообразные, иррадирующие	58	13	71
Схваткообразные, без иррадиации	31	14	45
Резкие, постоянные, иррадирующие	40	3	43
Резкие, постоянные, без иррадиации	35	6	41
Итого	164 (82%)	36 (18%)	200 (100%)

Как видно из табл. 4 и 5, блокада по Лорин-Эпштейну дала положительный эффект у 164 больных (82%).

По литературным данным, положительный эффект при этом виде блокады отмечается в 62—94% случаев [2, 10, 13, 14, 20, 22]. Лучший результат блокада давала при схваткообразных болях неизвестной этиологии и на почве камней мочеточника.

Из 49 больных с почечной коликой на почве камней мочеточника в результате блокады по Лорин-Эпштейну боли прошли у 42, а камни выпали у 16.

При отсутствии эффекта от блокады по Лорин-Эпштейну в течение 30 мин. производили поясничную новокаиновую блокаду по Вишневскому, и наоборот.

27 больным, у которых не наблюдалось эффекта от поясничной новокаиновой блокады, спустя 30—40 мин. была произведена блокада по Лорин-Эпштейну; приступ почечной колики купировался у 23.

Из 36 больных, которым в связи с отсутствием эффекта от новокаиновой блокады по Лорин-Эпштейну спустя 30—40 мин. была произведена поясничная новокаиновая блокада по Вишневскому, приступ почечной колики купировался у 33.

Наши наблюдения, а также литературные данные показали, что применение вышеуказанных двух методов новокаиновых блокад у определенного числа больных (6—38%) не купирует приступа почечной колики.

По всей вероятности, здесь имеет значение не только нарушение моторики верхних мочевых путей (дискинезия) и спазм сосудов почки, но и анатомо-топографическая локализация тех патологических процессов, которые являются причиной возникновения этих нарушений. Кроме того, имеет безусловное значение сфера действия и распространения новокаинового раствора в связи с иннервацией верхних мочевых путей при применении данной методики.

Это предположение основано на работах по изучению нейроморфологии верхних мочевых путей [3, 12, 16, 17, 18, 23], по которым иннервацию верхних мочевых путей можно условно разделить на нисходящую и восходящую.

Нисходящая (почечная) иннервация осуществляется за счет почечного сплетения и нервных волокон его симпатических ганглий, которые обеспечивают иннервацию почечных чашек, лоханок и верхней части мочеточника, околопочечной клетчатки и создают анастомозы с рядом нервных сплетений (*plexus mesentericus superior et inferior, aorticus* и т. д.).

Восходящая (пузырная) иннервация осуществляется за счет нервных волокон, начинающихся от ганглий интрамуральной и надпузырной части мочеточника и ветвей семенного сплетения, которые, поднимаясь, иннервируют верхние отделы.

В сложной иннервации мочеточников немалую роль играют и *plexus et n. hypogastricus*, а также *n. pelvicius*.

Исходя из вышеизложенного, можно сказать, что афферентные и эфферентные пути почки мочеточника имеют два направления: нисходящий

(почечный) и восходящий (пузырный). При почечной колике в связи с локализацией патологического процесса интероцептивные патологические импульсы могут проходить из данного участка к центру (кора мозга) и оттуда возвращаться к указанному месту по одному из вышеуказанных направлений или по обоим одновременно. Следовательно, новокаиновая блокада может прервать эту патологическую дугу и купировать приступ почечной колики только тогда, когда ее действие охватит оба пути одновременно или тот путь, по которому в данном случае проходят интероцептивные патологические импульсы.

Сторонники новокаиновой блокады по Лорин-Эпштейну объясняют эффективность ее действия при почечной колике той концепцией Лорин-Эпштейна, что в эволюционном отношении органы, имеющие совместное происхождение, проявляют содружественную реакцию, ибо их иннервация и васкуляризация имеют общие связи. По мнению этих авторов, при почечной колике колено рефлекторной дуги патологических импульсов из почек и мочеточников проходит по семенному канатику у мужчин, а у женщин — по круглой связке матки. Новокаиновая блокада прерывает эту дугу.

Эффективность поясничной новокаиновой блокады при почечной колике объясняется тем, что раствор новокаина во время поясничной новокаиновой блокады омывает почечное, надпочечное, пояснично-крестцовое и солнечное сплетение, чревные нервы и блокирует нервную сеть забрюшинного пространства [9]. В дальнейшем это предположение было подтверждено рядом других авторов [6, 11, 16].

На основании клинических данных и данных литературы можно сделать следующие выводы.

1. Применение поясничной новокаиновой блокады по Вишневскому и блокады по Лорин-Эпштейну при почечной колике в большинстве случаев дает положительный эффект, который наступает в течение 20 мин.

2. По нашим данным, при почечной колике положительный эффект от применения новокаиновой блокады по Вишневскому наблюдается в 86,5%, а от блокады по Лорин-Эпштейну — в 82% случаев.

3. Отсутствие эффекта от поясничной новокаиновой блокады часто наблюдается при почечной колике, причина которой исходит из нижней половины верхних мочевых путей. Отсутствие же эффекта от блокады по Лорин-Эпштейну наблюдается при почечной колике, исходящей из верхней половины верхних мочевых путей.

4. При отсутствии эффекта от блокады по Лорин-Эпштейну хороший результат наблюдается от применения поясничной новокаиновой блокады по Вишневскому, и наоборот.

5. Одновременное применение поясничной новокаиновой блокады и блокады по Лорин-Эпштейну почти всегда (98,5) купирует приступ почечной колики, поэтому при отсутствии эффекта от одного вида ново-

каиновой блокады приступ почечной колики следует купировать другим видом блокады.

Ереванская IV клиническая
больница

Поступило 2/XI 1964 г.

Ղ. Մ. ՄՈՒՐԱԴՅԱՆ

Ա. Վ. ՎԻՇՆԵՎՍԿՈՒ ԳՈՏԿԱՅԻՆ ԵՎ Մ. ՅՈՒ. ԼՈՐԻՆ-ԷՊՇՏԵՅՆԻ ՍԵՐՄՆԱԼԱՐԻ-
ԿԱՄ ԱՐԳԱՆԴԻ ԿԼՈՐ ԿԱՊԱՆԻ ՆՈՎՈԿԱԽՆԱՅԻՆ ԲԼՈԿԱԴԱՆԵՐԻ
ԷՖԵԿՏԻՎՈՒԹՅԱՆ ՀԱՄԵՄԱՏԱԿԱՆ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆԸ ԵՐԻԿԱՄԱՅԻՆ ԽԻԹԻ
ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Հեղինակը 400 հիվանդների մոտ կիրառելով Ա. Վ. Վիշնևսկու գոտկային և Մ. Յու. Լորին-էպշտեյնի սերմնալարի, կամ արգանդի կլոր կապանի նովոկաինային բլոկադա, կլինիկական ստուգման է ենթարկել նրանց էֆեկտիվությունը երիկամային խիթի ժամանակ, նրանց միջև ստեղծելով համեմատական գնահատական:

Դիտողություններից պարզված է, որ երիկամային խիթի ժամանակ, թե Ա. Վ. Վիշնևսկու գոտկային և թե Մ. Յու. Լորին-էպշտեյնի նովոկաինային բլոկադաների կիրառումը մեծամասամբ վերացնում է խիթի նոպան, որն արտահայտվում է մինչև 20 րոպե ժամանակամիջոցում:

Գոտկային նովոկաինային բլոկադայից առավելագույն էֆեկտ է դիտվում երիկամային խիթի այն դեպքերում, երբ խիթի պատճառը ծագում է վերին միզուղիների վերին կեսից (երիկամաքարային հիվանդություն), իսկ Լորին-էպշտեյնի նովոկաինային բլոկադայից՝ երիկամային խիթի այն դեպքերում, երբ պատճառը տեղակայված է լինում վերին միզուղիների ստորին կեսում (միզածորանի քար):

Երիկամային խիթի այն դեպքերում, երբ գոտկային նովոկաինային բլոկադան էֆեկտ չի առաջացնում, լավ էֆեկտ է դիտվում Լորին-էպշտեյնի նովոկաինային բլոկադայից և ընդհակառակը:

Գոտկային նովոկաինային բլոկադայից դրական արդյունք է դիտվում հիվանդների 86,5%-ի, իսկ Լորին-էպշտեյնի բլոկադայից՝ 82%-ի մոտ: Նրանց համատեղ կիրառումը խիթի նոպան վերացնում է 98,2%-ի մոտ:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абакумов М. П. Труды Воронежского медицинского института, 1961, т. 38, стр. 97.
2. Аилчиев И. А. Советское здравоохранение Киргизии, 1960, 4, 5, стр. 80.
3. Акулинин А. А. Учен. зап. Витебского ветеринарного института, 1952, 11, стр. 73.
4. Александрыйский М. В. Сборник трудов по урологии Воронежского медицинского института, 1959, т. 34, стр. 51.
5. Амелина О. П. Советская медицина, 1958, 11, стр. 123.
6. Блохина А. А. Здравоохранение Таджикистана, 1961, 3, стр. 44.
7. Борисов В. Г. Вестник хирургии, 1958, 12, стр. 100.
8. Вишневский А. В. Труды Всероссийской конференции урологов. М.—Л., 1936.
9. Вишневский А. А., Рупасов Н. Ф. Вестник хирургии, 1932, 27, стр. 51.

10. Волпян Е. Л. Хирургия, 1958, 11, стр. 70.
11. Воротинцева Е. Н. Экспериментальная хирургия, 1962, 4, стр. 90.
12. Гольдин Л. С. Новая хирургия, 1929, 8, 5, стр. 506.
13. Джавад-Заде М. Д. Диссертация. М., 1954.
14. Лорин-Эпштейн М. Ю. Хирургия, 1941, 5, стр. 19.
15. Мирза-Мухамедов А. Г. Медицинский журнал Узбекистана, 1957, 2, стр. 57.
16. Протопопов С. А. Диссертация. Казань, 1896.
17. Пытель Ю. А. Урология, 1955, 3, стр. 50.
18. Смирнов Г. О. Клиническая газета, 1886, 7, стр. 145.
19. Тагиев С. Х. Автореферат. Баку, 1962.
20. Учугина А. Ф. Урология, 1959, 4, стр. 18.
21. Шорох Г. П. Автореферат. Минск, 1960.
22. Ярославцев С. А. Диссертация. Иваново, 1956.
23. Pieper A. Neurovegetative gebilde in der Wandung des menschlicher Nierenbeckens und Ureters sowie ein Beitrag zur neurogenen Theorie der Nierensterbildung. Ztschr. f. Urol., 1953, 46, 6, 375.
24. Trevisini A. Einige Probleme der Nierencolik und der Novocaininfiltration der Nierenhilus. Zeitschr. f. Urologie 46, 12, 1953, 822—830.