

Самое важное—применять трансфузию крови в первые дни, когда установлено наличие септического процесса. Напалков приходит к выводу, что переливание крови должно применяться как первоначальный акт перед разрезами; в этом он усматривает залог успеха при лечении септических больных.

В наших случаях на 60 больных хирургическое мероприятие предшествовало переливанию крови в 44 случаях; умерло 19 чел. В 8 случаях трансфузия была произведена до оперативного вмешательства, и все эти больные выздоровели. В 8 случаях хирургического вмешательства произведено не было (случаи молниеносного сепсиса, послеродового сепсиса и септического аборта)—выздоровели 3 человека. Большое значение на нашем материале играет время от начала появления септического процесса до переливания крови, что видно из следующей таблицы.

| Дни заболевания | 5 | 10 | 15 | 20 | 25 | 30 | Больше месяца |
|--|----|----|----|----|----|----|------------------|
| Число больных, получивших трансфузию крови | 17 | 18 | 10 | 8 | — | — | 7 |
| Из них умерло | 8 | 7 | 5 | 3 | — | — | 1 |

Выводы: 1. Переливание крови при общегнойной инфекции снижает процент смертности до 50.

2. Необходимо раннее применение трансфузии крови, в начале септического заболевания.

3. В установлении практических показаний к трансфузии крови может служить классификация Спасокукоцкого.

4. На нашем материале смертность выразилась в группе интоксикаций — 0, в группе пиемии — 30,5%, в группе септического блока—100%.

Поступила в ред. 8/VIII 1938 г.

Из 1 хирургической клиники (директор проф. Н. Н. Соколов) Одесского госмединститута и II рабочей поликлиники (зав. хирург. отд. д-р Винник).

О лечебном значении местной новокаинизации при гнойных процессах.

(Предварительное сообщение).

Р. Д. Винник и В. С. Кофман.

Отношение к воспалительному процессу в обычной хирургической практике сводится к попытке удаления или уничтожения воспалительного очага или к повышению способности организма к сопротивлению против внедрившегося агента.

В случае, если течение воспалительного процесса благоприятно, наши лечебные мероприятия могут ограничиться терпеливым выживанием самоизлечения организма, путем постепенного отторжения

поврежденных и разрушенных воспалительным процессом тканей. В целом ряде острых воспалительных процессов такого рода выживание дает наиболее благоприятные результаты, обеспечивая относительно быстрый репаративный период. В первую очередь это касается фурункулов, карбункулов и подкожных локализованных абсцессов (Форшютц, 1937; Стрюбель—Таркост, 1936; Серебрянников и Скульский, 1937) По наблюдениям этих авторов наилучшие результаты дает консервативная терапия.

При воспалительных процессах на конечностях, анатомическая структура которых предрасполагает к переходу воспалительного процесса на более глубоко расположенные ткани (ладонная поверхность пальцев, стопы, кисть), необходимо применять активное хирургическое лечение и в возможно ранние сроки. Так, например, при панариции рекомендуются ранние и радикальные разрезы с иссечением первичного некротического очага (Клап, Изелен, Чаругин, Мещанинов, Горбунов, Цур-Верт, 1936).

При всяком лечебном мероприятии перед хирургом всегда должна стоять задача получения хорошего лечебного эффекта наиболее консервативным путем, по возможности с отказом от хирургического вмешательства. Некоторые клинические и экспериментальные наблюдения подсказали нам возможность влиять на течение воспалительного процесса путем изменения биологических условий в воспалительном очаге.

Применяя в целях обезболивания местную инфильтрационную анестезию при гнойных процессах. один из нас ¹⁾ имел следующее наблюдение: больному с глубокой подапоневротической ладонной флегмоной кисти была произведена локальная новокаинизация кисти и межпальцевых промежутков, в порядке подготовки к типично практикуемому нами оперативному вмешательству. В момент окончания анестезии у больного начался эпилептический припадок, после которого больной ушел из амбулатории, не дав нам возможности выполнить оперативное вмешательство. На следующий день больной явился в амбулаторию и выяснилось, что после возвращения из амбулатории в течение первых 10 часов он ощущал резкие боли в руке, которые к ночи успокоились, и с того времени он чувствует значительное облегчение и не испытывает почти никаких болей. При осмотре отмечено появление активных движений пальцев, накануне почти полностью отсутствовавших. Одновременно обратил на себя внимание значительный отек тыла кисти и нижней трети предплечья. На ладонной поверхности соответственно 2-му метакарпальному промежутку, возможно соответственно месту прокола кожи во время новокаинизации, появился небольшой свищевый ход с выделением незначительного количества жидковатого гноя. На протяжении ближайших дней воспалительный процесс благополучно закончился с полным функциональным восстановлением работоспособности. Это наблюдение уже тогда (1932) дало нам право рассматривать анестезию воспалительного инфильтрата безвредной в смысле диссе-

¹⁾ Кофман, Сов. врач. газ., 1933, № 20.

минации инфекции и одновременно подчеркнуло некоторое положительное влияние введения раствора новокаина на течение воспалительного процесса.

Наше наблюдение оказалось не единственным. Шписс в 1906 году отметил лечебное значение анестезирующих веществ на течение воспалительного процесса и объяснял это выключением болевой чувствительности области воспалительного очага. Проф. Вишневский на XVIII съезде российских хирургов рекомендовал применение местной инфильтрационной анестезии при воспалительных процессах брюшной полости и отмечал как удобство оперирования при таком обезболивании, так одновременно и положительное влияние анестезии на течение самого патологического процесса.

В 1931 году Узадел отмечает хорошие результаты от применения местной анестезии вокруг гнойного очага и возможность свободного оперирования при такой анестезии. Одновременно им подтверждается безвредность применения анестезии при гнойных процессах. В дальнейших работах, на основании клинических и экспериментальных исследований, Узадел убедился, что во время местной новокаиновой инфильтрации, раствор не выходит за пределы вала, окружающего воспалительный очаг. В крови вен, идущих от гнойного очага, доказать наличие инфекции ему не удавалось.

Это наблюдение Узадел особенно важно, так как имеются данные Зайферта, которому удалось установить наличие инфекции в крови во время операций по поводу гнойных процессов, проводимых под наркозом.

В последнее время регионарная анестезия вне гнойного очага вошла в обычное применение с оговоркой, что игла шприца и новокаиновый раствор не должны соприкасаться с продуктами гнойного распада, дабы не вызвать диссеминации процесса (Оберст, Вульштейн и Вильмс, Бердяев, Шаак и Андреев, Розентал и Унгер, Вайнберг, Войно-Ясенецкий, Чаругин, Орлов, Рабинович и мног. другие). Однако, и до настоящего времени имеется не мало возражений против применения местной инфильтрационной анестезии при гнойных процессах—Лексер (1912, 1934, 1936), Разумовский (1934), Мещанинов 1934 и другие.

На основании клинических данных и экспериментальных исследований одного из нас¹⁾ мы пришли к заключению, что технически правильно проведенная местная инфильтрационная анестезия не влечет за собой никаких осложнений и несомненно оказывает благоприятное влияние на течение самого процесса. Что является основой этого благоприятного влияния, в настоящее время еще не установлено.

Попытки изменения биохимических условий в гнойном очаге делались многократно, для чего вводились буферные растворы (Гаца и Бранди 1927; Геблер, 1935); с той же целью Левеном предложено окружение гнойного очага валом из собственной крови больного.

Введение некоторых антисептических растворов преследовало те

1) Резницкий и Кофман В. Доклад на Украинск. хир. съезде 1936 г.

же цели. При введении новокаиновых растворов не наблюдается вредных влияний химических ингредиентов, антисептическое действие которых весьма проблематично, так как стойкость микробной протоплазмы значительно превосходит стойкость высоко дифференцированной человеческой ткани.

Исходя из приведенных предпосылок, мы пытались добиться в ранних стадиях заболевания купирования воспалительного процесса с помощью местной инфильтрационной анестезии, введенной в самый воспалительный очаг и по его окружности; в более позднем периоде развития воспаления, — уже при наличии ясно выраженного гнойного очага и некротизованного фокуса те же мероприятия давали нам лечебный эффект.

При первичной обрацаемости больных с начальными явлениями панариция с местной локализованной болезненностью и иногда даже при отсутствии покраснения кожи нами применялась анестезия по Оберсту на уровне основной фаланги. При подкожных абсцессах, флегмонах кисти, гнойных лимфаденитах с наличием гнойного расплавления ткани, мы производили инфильтрацию окружающих тканей, пункцию и последующую инъекцию растворов новокаина внутрь гнойного очага.

Мы ни разу не отметили вредного действия и плохих последствий от введения в инфильтрат новокаина, но и не во всех случаях получили купирование и ликвидацию гнойного процесса.

В последних случаях под влиянием новокаинизации течение процесса становилось более благоприятным, значительно уменьшались или полностью исчезали боли, и, после образования поверхностно идущего свища, наблюдалось истечение жидкого гноя, чем обычно заканчивался воспалительный процесс.

В более благоприятных случаях, при ранней обрацаемости, купирование процесса наступало после однократной новокаинизации, повидимому, с рассасыванием первичного инфильтрата.

В неблагоприятных случаях, в зависимости, повидимому, от резкой вирулентности инфекции, мы наблюдали типичное течение гнойного процесса, требовавшее соответствующей хирургической терапии. От предварительно проведенной новокаинизации мы и в этих случаях никаких вредных последствий не наблюдали.

Приводим основные данные о прошедшем под нашим наблюдением клиническом и амбулаторном материале.

Всего под нашим наблюдением было 40 больных 1-й хирургической клиники и 2-й рабочей поликлиники. По характеру воспалительных процессов больные разделялись следующим образом: 20 случаев панариция, 9 сл. флегмоны кисти и предплечья, 5 сл. подкожного абсцесса и 6 сл. гнойных процессов разной локализации. Пользовались мы 1% раствором новокаина на физиологическом растворе. Вводили от 6 до 8 см³ при панарициях и до 30 см³ при флегмонах. При панарициях инфильтрация новокаином производилась у основания пальца по Оберсту. При флегмонах кисти новокаинизация производится следующим образом: предварительно анестезируются основания двух смежных пальцев, расположенных в непосредственной близости от воспалительного очага. Далее, вкол

иглы идет в межпальцевые промежутки; игла продвигается в проксимальном направлении на протяжении до 3 сантиметров.

Если придерживаться строго средней линии межметакарпальных промежутков, то исключается опасность повреждения сухожильных влагалищ, и анестезирующий раствор распространяется в рыхлой межсухожильной и межмышечной клетчатке кисти. По ходу новокаинизации полости гнойного очага часто удается отсосать некоторое количество гноя.

При абсцессах производилось обычное обкалывание, пункция с максимальным отсасыванием гноя и инъекций соответствующего количества новокаина в полость абсцесса.

Непосредственно к моменту окончания анестезии наступает полное обезболивание, дающее больным возможность выполнять ограниченные, активные движения. Анестезия продолжается от 30 минут до 1 часа, после чего постепенно возвращается боль, ощущение пульсации и потери возможности активных движений. Через несколько часов развивается (особенно при флегмонах кисти) коллатеральный отек и резкое общее и местное повышение температуры, достигающее в некоторых случаях до 39°.

Из леченных таким образом больных с панарициями 5 больных совсем не оставляли работы; 7 человек были освобождены от работы на сроки от 3 до 5 дней, и у них наблюдалось полное купирование процесса. В остальных случаях пришлось дополнительно прибегнуть к оперативному вмешательству, причем во всех случаях находили гнойно расплавленную некротическую массу, и послеоперационное лечение заканчивалось быстрее, чем у больных, не подвергшихся предварительной новокаинизации. Из 9 случаев флегмоны кисти и предплечья, при которых применялась новокаинизация, в 2 случаях процесс закончился полным рассасыванием. В 5 случаях в течение нескольких дней выделялся жидкий гной через фистулу, образовавшуюся на месте пункции. Продолжительность нетрудоспособности этих 7-ми больных была от 3-х до 10 дней. В остальных 2-х случаях пришлось применить оперативный метод лечения, но и у этих больных срок продолжительности лечения был значительно короче, чем у леченных без предварительной новокаинизации.

По Изелену средняя продолжительность нетрудоспособности при правильно леченом панариции с момента операции равна 3 неделям, по Кофману—14,5 дням, по статистике Мещанинова длительность процесса заживления обычных панарициев 10—12 дней.

В наших 12 случаях, где удалось купировать процесс, потеря трудоспособности была от 0 до 5 дней, и это достигнуто без оперативного вмешательства, на которое больные, в особенности в ранние периоды заболевания, не всегда охотно соглашались. На применение же инъекции раствора новокаина больные соглашались легче, в особенности, когда узнают, что благодаря этому они, возможно, будут избавлены от угрожающей им операции.

На основании наших клинических наблюдений по применению местной инфльтрационной анестезии при гнойных процессах, как и применению новокаина с лечебной целью, мы приходим к следующим выводам.

1. Местная инфильтрационная анестезия при гнойных процессах создает все необходимые условия для правильного хирургического вмешательства и не дает никаких осложнений.

2. Новокаинизация воспалительного инфильтрата в начале процесса в некоторых случаях может обеспечить полное его купирование и рассасывание инфильтрата.

3. При наличии флоридных воспалительных процессов новокаинизация способствует улучшению течения и более быстрому ограничению такового.

Поступила в ред. 21/III 1938 г.

Из хирургического сектора Бонячкинской больницы, гор. Вичуга, Ивановской области (глав. врач больницы Л. П. Мурин).

Результаты амбулаторного применения новокаинового блока по Вишневскому при острых хирургических заболеваниях.

О. А. Соколов.

Применяя новокаиновый блок по Вишневскому достаточно широко при острых хирургических заболеваниях в стационаре и наблюдая в целом ряде случаев хорошие результаты, мы попытались перенести этот метод в амбулаторную практику.

За время с января 1935 года по февраль 1936 года мы применили новокаиновый блок в амбулатории Бонячкинской больницы при остро-хирургических заболеваниях у 200 больных, которым сделано всего 254 инъекции новокаина (это те случаи, на которых были вполне обработанные записи в специальных карточках). Все больные с повышенной, в той или иной мере, температурой и с явно выраженными воспалительными явлениями. Большинство из них были рабочие, которым выдавались больничные листы.

По диагнозам больные распределяются следующим образом:

| №№ по пор. | Диагноз | Число больных | Колич. инъекций | Сделан разрез в амбул. |
|------------|----------------------------------|---------------|-----------------|------------------------|
| 1 | Бурситы (локтя—колена) | 9 | 12 | 2 |
| 2 | Карбункулы | 6 | 9 | 4 |
| 3 | Лимфадениты | 20 | 24 | 5 |
| 4 | Лимфангоиты | 15 | 15 | 2 |
| 5 | Маститы | 12 | 18 | 5 |
| 6 | Нарывы | 24 | 30 | 7 |
| 7 | Осложнения панарициев | 12 | 15 | 3 |
| 8 | Флегмоны (всего) | 63 | 80 | 22 |
| | из них: флегмоны кисти | 15 | 20 | 5 |
| | " " предплечья | 13 | 15 | 4 |
| | " " плеча | 10 | 13 | 3 |
| | " " стопы | 8 | 10 | 3 |
| | " " голени | 6 | 9 | 2 |
| | " " бедра | 5 | 6 | 3 |
| | " " туловища | 6 | 7 | 2 |
| 9 | Фурункул губы | 11 | 13 | 2 |
| 10 | Общий фурункулез | 28 | 38 | 2 |
| | Всего | 200 | 254 | 54 |