

введение иногруппной крови способствует рассасыванию свежих инфильтратов и заживлению ульцераций роговицы, но на застарелые изменения роговицы переливание крови, судя по нашим наблюдениям, не оказывает заметного влияния и, надо сказать, что стимулирующего действия в смысле рассасывания застарелых паннозных помутнений нами не отмечено ни в одном случае. При оценке результатов лечения нужно также исключать возможности благотворного влияния перемены обстановки и условий питания больного в связи с пребыванием в стационаре.

Таким образом, наши наблюдения показывают, что переливание крови может быть использовано, как вспомогательный фактор при лечении упорных трахоматозных паннусов наряду с протеинотерапией и аутогемотерапией, но основная роль в терапии паннусов остается все же за общепринятыми в настоящее время медикаментозными и оперативными методами лечения. Многообразие картины паннусов требует использования многообразных методов терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архангельский, Врач. дело, 1931.—2. Архангельский, С. В. О., VIII, 1936.—3. Баташев, Крылов, Ковалев, Ростовцев, Современная проблема гематологии и переливание крови, 1936.—4. Волович и Гринглад, В. О., т. XII, 1938.—5. Котельников, В. О., т. XII, 1938.—6. Малкин, Сборник, посвящен. 40 л. научн. и обществен. деятельн. профессора М. И. Авербаха. 1936.—7. Прицкер, В. О., II, 1937.—8. Титов и Богомолова, В. О., XII, 1938.—9. Чутко, В. О., XII, 1938.

г. Чебоксары, Канашская, 27,
Трахоматозный институт.

Ц. М. ЛАНГЕР

О некоторых положительных и отрицательных свойствах дикаина

Из клиники глазных болезней (дир. проф. Н. И. Медведев) Сталинского медицинского института

Среди многочисленных препаратов, предложенных для местного обезболивания, особого внимания заслуживает полученный Фельдманом и Капильевич препарат дикаина. Ряд советских авторов, применяющих дикаин, дает о нем очень хорошие отзывы (Хлусер, Промтов, Пастернак, Булач и др.). Промтов, много работавший над проверкой ряда анестезирующих средств, провел детальное исследование свойств дикаина на 100 различных больных. На основании своих наблюдений он дает сравнительную оценку кокаина и дикаина. Не уступая кокаину по анестезирующему действию, дикаин лишен ряда отрицательных его свойств. Он не разглагается при кипячении, может долго храниться, не парализует аккомодацию, не расширяет зрачка, не влияет токсично на эпителий роговицы и не ведет к слущиванию эпителия.

В нашей клинике стали применять дикаин в начале 1939 года. Первые наблюдения были произведены д-ром Паневой. На основании клинического материала, охватывающего свыше 350 различных оперативных вмешательств, дикаин был охарактеризован, как очень хороший препарат, вполне пригодный для замены кокаина. Донецкое офтальмологическое общество, заслушав сообщение о дикаине, приняло решение о широком внедрении его в офтальмологическую практику, с оговоркой, что для некоторых целей (тампонада и др.) кокаин должен быть сохранен. Это постановление общества послужило основой для соответствующих административных указаний Облздрав-

Отдела, и в настоящее время дикаин широко применяется в офтальмологической практике врачами Донбасса. Большой материал, охватывающий до 950 различных вмешательств, целиком подтверждает высокие качества дикаина, как хорошего препарата для поверхностной анестезии слизистой оболочки.

Однако, наряду с этим наши наблюдения над действием дикаина, особенно при полостных операциях на глазном яблоке, показали, что некоторые положительные качества препарата в отдельных случаях приобретают отрицательную оборотную сторону. Так, по мнению Пастернак и Артемьевой, важнейшей положительной стороной дикаина является его безреактивность в отношении диаметра зрачка. Между тем известно, что при ряде операций достаточная ширина зрачка имеет важное значение. Главным образом это касается операции экстракции старческой катаракты, особенно с круглым зрачком. Вопрос о том, как расширить зрачок до операции, учитывая возраст, состояние глаза, общее состояние больного, подвергался многократному обсуждению.

Так, Браунштейн использовал указания Hamburger'a о том, что зрачок максимально расширенный супраденином, не спадается после вскрытия передней камеры, начал применять инъекции под конъюнктиву 0,25 см³ нормального раствора супраденина за 50 минут до операции. Варшавский и Рабинович, учтя вредное действие адреналина на сердце и сосуды, особенно в пожилом возрасте, с 1931 года перешли к следующему способу расширения зрачка: за полчаса до операции под нижнее веко закладывается полоска ваты, пропитанная кокаином с адреналином. Больной, по их наблюдениям, ложится на стол не только с максимально расширенным зрачком, но и с анестезированным полем.

Часть хирургов пользуется мидриатическими средствами; по мнению Winselm'a они должны расширять зрачок скоро и сильно, они не должны действовать на аккомодацию, повышать внутриглазное давление, раздражать конъюнктиву и роговицу, вызывать отравления, и действие их должно скоро исчезать. Близким к этим требованиям казался солянокислый эйфталмин, но и он в дальнейшем не оправдал себя (Воскресенский). Некоторые пользуются скополамином, который впервые был применен в глазной практике Rahlman'ом. Лобосов с целью выявления действия его на глаз провел детальное исследование препарата на людях до 25 летнего возраста. Исследование с определением ширины зрачка автор проводил со скополамином в растворе 1:1000, 1:500 и 1:100. Контролем служил второй глаз, куда закапывался атропин в той же концентрации. От раствора 1:1000 расширение зрачка начинается через 5 минут и достигает максимума к 25-й минуте; действие его продолжается 5 дней. Раствор 1:500 начинает расширять зрачок на 5½ минуте; расширение зрачка достигает максимума на 13-й минуте и держится в течение 5½ дней. Раствором 1:100 автор произвел мало исследований, так как он вызывает резкие явления интоксикации. Для определения влияния скополамина на внутриглазное давление, автором были проведены исследования тонометром Маклакова. Оказалось, что скополамин повышает давление только на глазах, предрасположенных к глаукоме. Давление не изменяется или даже несколько понижается на здоровых глазах.

В нашей клинике до внедрения в практику дикаина при операции комбинированной экстракции катаракты довольствовались шириной зрачка, получаемой от инстилляций кокаина. Пользуясь дикаином, мы часто отмечали у больных с узким зрачком надвигание радужной оболочки на нож с последующими кровотечениями, особенно при недостаточной глубине передней камеры. Понятно, что мы оказались перед необходимостью принятия дополнительных мер, обеспечивающих достаточную ширину зрачка. Проф. Медведев остановился на скополамин, учитывая, что в небольших концентрациях он расширяет достаточно зрачок, не влияет на внутриглазное давление и действует менее сильно и длительно, чем атропин. В дальнейшем мы пользовались, наряду с дикаином, скополамином 1:1000, что по исследованию Лобосова соответствует 0,5% раствору атропина. Это допол-

нение все же некоторым образом осложняет подготовку больного к операции, а нужной ширины зрачка не всегда удается достигнуть. Повидимому, радужная оболочка в пожилом возрасте не так быстро поддается действию скополамина. Наконец, применение скополамина у пожилых людей представляется все же в известной мере рискованным. Попутно необходимо отметить еще одну отрицательную черту дикаина: его способность расширять сосуды, что отмечают все авторы. Нередко во время операции кровоизлияние наступает в тканях даже от легкого прикосновения к ним пинцетом. Возможно, что именно поэтому у некоторых больных применяемый дополнительно скополамин не расширяет зрачка, так как быстро всасывается в общий кровяной ток и не успевает оказать достаточного местного влияния. Учитывая этот момент, мы у части таких больных в целях сужения сосудов и усиления местного действия скополамина инстиллируем в конъюнктивальную полость несколько капель раствора адреналина 1:1000.

Герасименко на серии опытов отметил высушивающее действие дикаина на роговую оболочку, что противоречит данным Промтова и Хлусера. При раскрытых веках в случаях Герасименко высыхание роговицы наступало одновременно в глазах, анестезируемых дикаином, и в глазах, где анестезия проводилась кокаином. Мы подтверждаем эти наблюдения Герасименко, так как на своем оперативном материале нередко отмечали сухость эпителия—явление, требующее иногда многократного увлажнения роговой оболочки в течение операции.

Отмеченные нами отрицательные черты дикаина ни в коей мере не снижают его большой ценности, как анестезирующего препарата при большинстве операций и особенно в амбулаторной практике. Выявленные негативные свойства все же не могут быть игнорированы и должны служить стимулом для дальнейших исканий еще более совершенного обезболивающего средства.

Г. Сталино (Донбасс), Пушкинская ул., д. 133, кв. 13.

А. Т. БОБРИК

Опыт применения дикаина при оториноларингологических операциях

Из клиники болезней уха, горла и носа Молотовского мединститута (директор проф. Б. Н. Лебедевский)

Дикаин — аналог пантокаина, приготовлен научно-исследовательским химико-фармацевтическим институтом НКЗ СССР. Дикаин представляет собой белый кристаллический порошок, горьковатого вкуса, без запаха, хорошо растворимый в воде при комнатной температуре. При кипячении и длительном хранении растворы его не теряют анестезирующих свойств. По химической структуре дикаин представляет собой новокаин, в котором диэтиловая группа заменена диметиловой и в амино-группе в пара положении один атом водорода заменен бутильным остатком. Дикаин выпадает из растворов в присутствии