

1) сальник, будучи пересажен на поверхность инфицированных ран и в гнойные полости, сохраняет присущие ему бактерицидные свойства, 2) сальник является активным биологическим раздражителем и способствует усилению регенеративного процесса и наконец 3) сальник обладает болеутоляющим действием в ране.

Давно известно, что факты легче обнаружить, чем объяснить. Наша основная концепция в начале исследований заключалась в том, что трансплантат сальника в течение некоторого времени должен в известной мере сохранить свойства, ему присущие. Эта концепция находит теперь подтверждение в эксперименте и в клинике. Концепция проста и понятна.

Мы имеем в виду пластические, склеивающие и бактерицидные силы сальника. О сущности этих свойств нам известно очень мало. Известно лишь, что свойства сальника выступают на сцену, главным образом, в патологических условиях. Трудно, однако, представить себе, что орган в нормальных условиях лишен всякой нормальной функции. Защитная функция сальника есть сложный биохимический процесс, заслуживающий подробного изучения. То обстоятельство, что свойства, принадлежащие ткани сальника, обнаруживаются и вне брюшной полости, при пересадке, позволяет шире экспериментировать и подвергнуть сальник более подробному изучению в лаборатории, к чему мы и приступили.

В заключение хочется предостеречь читателя, если он пожелает проверить на практике новый биологический метод лечения, от лишних увлечений и переоценки. Всякий раздражитель, в том числе и биологический, вызывает в организме различную реакцию, подверженную большим колебаниям. Кроме того, биологические свойства сальника у различных доноров далеко не одинаковы. В огромном большинстве случаев мы наблюдали в той или иной степени выраженное влияние трансплантата на болезненный процесс. Путем повторных трансплантаций мы добивались в большинстве случаев излечения. В редких, сравнительно, случаях мы не видали никаких изменений. Метод прост, доступен и, что очень важно, безвреден.

Казань, М. Галактионовская, д 22/2.

Доц. В. М. ОСИПОВСКИЙ

Ампутация конечностей под местным обезболиванием по методу ползучих инфильтратов

Из клиники неотложной и военно-полевой хирургии (директор проф. Г. М. Новиков)
Казанского государственного института усовершенствования
врачей имени В. И. Ленина

Статистические данные, основанные на опыте бывших войн, показывают, что удельный вес ампутаций среди прочих оперативных вмешательств довольно высок.

В войну 1914—1918 гг. на каждую 1000 эвакуированных и выживших раненых приходилось в среднем 5 человек с ампутацией верхних и 10 с ампутацией нижних конечностей. Интересны данные о сравнительной частоте ампутаций в военное и мирное время. В прошедшую войну на первом месте стояли ампутации бедра, затем — плеча

и голени, в то время, как в мирное время первое место занимает голень, второе и третье — плечо и предплечье (Остен-Сакен).

Довольно высокой остается непосредственная смертность после ампутаций. В доантисептическое время она составляла 50—80% (Мальгэн, 1836 — 41 гг, отчет о Крымской кампании). Введение антисептики сразу снизило смертность вдвое, и с тех пор она падает с каждым годом. Янчур (1934) имел 15,2% смертности, Хейфец (1934) — 18,8%, на материале Московского института травматологии и неотложной медпомощи — 12,4%, Ромм и Мазейлис (1938) — 13,4%, Ищенко (1938) — 10,6%, Белкин (1939) — 22,8%. Все же смертность при ампутациях и в настоящее время остается высокой. В чем тут дело?

Шеде четко сформулировал причины, влияющие на исход ампутации. Здесь имеет значение характер основного страдания, возраст больного и место ампутации. Но этими причинами дело не исчерпывается. Несомненно, что среди причин, обуславливающих исход ампутации, большую роль играет метод обезболивания.

В вопросе о выборе метода обезболивания среди хирургов нет единого мнения. Со времени введения общего наркоза установилось правило пользоваться при ампутациях ингаляционным наркозом. Позднее ампутация стала такой операцией, при которой были испытаны и продолжают испытываться различные способы и средства обезболивания.

Настоящее сообщение касается вопроса о применении метода анестезии по Вишневскому при ампутациях конечностей.

Напомним основные моменты техники анестезии при ампутациях конечностей: 1) глубокие подапоневротические тугие инфильтраты, производимые из двух или трех точек в окружности конечности, несколько выше предполагаемого разреза. Этим достигается пропитывание тканей и проникновение раствора по всем „футлярам“ конечности до соприкосновения с проходящими нервами и 2) анестезия кожи и подкожной клетчатки по месту предполагаемого разреза.

В период с января 1936 г. по декабрь 1938 г. в клинику было доставлено 155 больных с травматическими повреждениями конечностей, потребовавшими производства первичной ампутации. Всего произведена 181 ампутация. Возраст больных варьирует от 6 до 76 лет. Под местным обезболиванием по Вишневскому сделано 112 ампутаций — 100 больным, под общим обезболиванием (эфир) 69 ампутаций — 55 больным.

Показаниями к первичной ампутации в 97% случаев послужили поездная, трамвайная и производственная травмы и в 3% случаев огнестрельные повреждения. Из 155 больных погибло 22, что составляет 14,1% общей смертности. В то время, как на 55 больных, оперированных под общим обезболиванием (эфир), умерло 12 (21,8%), из 100 больных, оперированных под местной анестезией по Вишневскому, умерло 10 (10%). Сопоставление процентов смертности с несомненностью подтверждает преимущества местного обезболивания. Ни в одном из случаев, проведенных под местным обезболиванием по Вишневскому, не потребовалось прибегнуть к дополнительной помощи — общему обезболиванию. Больные во время операции были спокойны.

Пользуясь методикой Вишневского в каждом случае ампутации оператор может, не торопясь, послойно рассекать ткани, обеспечивать по ходу операции надежный гемостаз и осуществить дифференцированную препаровку крупных сосудов и нервных стволов. Рассечение кожи, апоневротических листков и мышц происходит абсолютно безболезненно, ибо „футлярная“ анестезия уже заранее сделала свое дело и надежно обеспечила блокаду нервов. Из профилактических соображений при перерезке крупных нервных стволов (п. п. *ischiadici, tibialis, median.*) уместно дополнительно сделать пери-эндо-

невральную инъекцию и тогда без всяких опасений можно производить обработку нерва. Перепиливание кости, как правило, не болезненно.

Обезболивание по Вишневскому при ампутациях конечностей вполне возможно в любой обстановке при минимальном числе помощников хирурга, т. к. оно технически очень просто и абсолютно безопасно.

„Футлярная“ анестезия по Вишневскому является не только методом идеального обезболивания, но и могучим противошоковым средством. На это обстоятельно А. В. Вишневский указывал еще на III Всесоюзной конференции хирургов (1937, Ленинград). Образование глубоких инфильтратов выше места разреза из двух-трех точек производит „блокаду“ проходящих в данной области нервных стволов и тем самым снимает явления местного „тканевого“ шока, устраняя опасность развития вторичного шока. Такая блокада при методе Вишневского делается быстрее, проще и безопаснее, нежели это достигается „стволовой блокадой“ pl. brachialis или n. ischiadicus, как это рекомендуют Гусынин и Помосов.

Наконец, метод Вишневского является прекрасным противовоспалительным средством, действуя в данном случае как новокаиновый блок. Трофическое влияние местной анестезии теперь доказано и подтверждено многочисленными клиническими и экспериментальными исследованиями А. В. Вишневского и его школы. Под влиянием местного обезболивания заживление раны идет гораздо быстрее и лучше (Ненилин, Садыкова, Маненков, последние данные, сообщенные Шааком на конференции ВИЭМ'а в 1939 году). Наблюдения нашей клиники целиком подтверждают это положение.

Опыт нашей клиники убеждает нас в необходимости широкой популяризации анестезии по Вишневскому: она при ампутациях имеет громадные преимущества перед всеми другими видами обезболивания, т. к. выгодно сочетается в себе: а) анестезию, б) средство борьбы с шоком и в) профилактическое мероприятие против развития воспалительных процессов.

Казань, ул. Груздева, д. № 4. кв. 2.

Засл. деятель науки ТАССР проф. И. Н. ОЛЕСОВ

Эфедрин в терапии зудящих дерматозов

Клиника кожных и венерических болезней Казанского государственного медицинского института

Эфедрин еще мало известен широкому кругу врачей, поэтому остановлюсь кратко на описании его химического строения, фармакологических и физиологических свойств.

Эфедрин (Ephedrinum) — действующее начало кузьмичевой травы. Трава эта, как лечебное средство, была известна в Китае уже более 5000 лет тому назад. Применяется она против кашля, как потогонное, возбуждающее и успокаивающее средство. В 1887 г. Яманаши (Jamanaschi) и Нагаи (Nagai) первые выделили из стеблей кузьмичевой травы (*Ephedra vulgaris*) алкалоид, который назвали эфедрином. Этот алкалоид по своей химической структуре есть фенил — пропанольметиламин. Хлористоводородная или сернокислая его соль образует белый кристаллический порошок, растворимый в воде и вращающий плоскость поляризации влево. Эфедрин правого вращения носит название псевдоэфедрин. Этот препарат, по сравнению с левовращающим плоскость поляризации эфедрином, терапевтически менее эффективен.