

На основании наших наблюдений позволительно высказать несколько положений:

1) Аутогемотерапия при ревматических заболеваниях, являясь специфической и неспецифической иммунотерапией, служит активным фактором, способствующим выздоровлению.

2) Помимо улучшения общего самочувствия больных и уменьшения болевых ощущений, аутогемотерапия вызывает значительные сдвиги в физико-химическом равновесии организма, указывающие на усиление жизненных процессов. Уменьшилось количество случаев, протекавших с лейкоцитозом (с 30,3 до 16,3%), особенно резко при собственно ревматических заболеваниях (с 31,9 до 11,5%) и рецидивирующем ревматическом полиартрите (с 31,6 до 15,8%), возросло количество случаев с увеличенным лимфоцитозом, особенно при полиартритах неопределенной этиологии (с 55,5 до 66,7%), уменьшилось количество случаев, протекавших с ускоренным РОЭ, с 60 до 42%, уменьшилось количество случаев, сопровождавшихся гипертиреозом (с 50 до 30,4%). Возвратился к норме учащенный пульс почти в половине всех случаев. Уменьшилась жадность тканей поглощать „несвободную воду“, —удлинился период гидрофилии кожи (с 36 минут до 41 минуты), и, в большинстве случаев, возвратился к норме холестериновый обмен.

3. Наибольший эффект дала аутогемотерапия при рецидивирующем ревматическом полиартрите и при хроническом полиартрите неопределенной этиологии.

Поступила в ред. 9.XII 1937 г.

---

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

## Оперативное лечение свежих ран по Фридриху.

С. В. Мелешенко.

В хирургической теории и практике достаточно точно доказано, что всякая случайная рана является инфицированной. В послевоенное время проблема лечения таких ран сильно занимала умы хирургов всех стран. Предлагались и предлагаются самые разнообразные средства и методы лечения. Однако, метод, предложенный Фридрихом еще в 1898 г., является теперь общепризнанным как по своим теоретическим основаниям, так и практическим результатам. Проф. Гориневская при систематическом применении этого способа лечения свежих ран добилась в 90% всех случаев первичного заживления. Многим ли этот процент отличается от тех результатов, какие мы имеем даже при чистых операционных ранах?

Несмотря на свое прекрасное теоретическое обоснование, способ Фридриха до войны не только не привлек должного

внимания хирургов, а даже, наоборот, был основательно забыт ими. Война, выявившая недостаточность того теоретического багажа, с которым хирурги встретили ее, заставила их вспомнить и начать применять этот метод. Уже в 1915 г., положение Фридриха о том, что инфекция первые 6—8 часов не выходит за пределы поверхности ран и что в этот промежуток времени происходит как-бы акклиматизация бактерий в новой среде, нашло подтверждение в исследованиях ряда авторов при огнестрельных ранениях (Поликарп Дебла, Монац и пр.). На основании этих изысканий уже с этого года способ стал довольно широко применяться как на французском, так и немецком фронтах. В австрийской армии особенно горячим сторонником этого метода при ранениях головы являлся хирург Барани.

В русской армии впервые этот метод стал применяться Бритневым. Характерно, что он стал применять его не на основании знакомства с работой Фридриха, а на основании опыта мирного времени Обуховской больницы, где он, правда не систематически, применялся еще задолго до предложения Фридриха такими представителями этой больницы, как Цейдлер, Троянов, Греков,

Самое широкое признание и разработку метод Фридриха получил в послевоенное время. На XVI съезде хирургов впервые о нем заговорил д-р Финников из Обуховской больницы. В дальнейшем, широкому распространению его у нас мы, несомненно, обязаны трудам проф. Гориневской. Она настойчиво, начиная с 1928 г., разрабатывает этот метод и результаты широко популяризирует в печати, а также на съездах и конференциях.

Способ первичной обработки по Фридриху стал систематически применяться в нашей клинике с 1936 г. Результатами этой работы мы и хотим здесь поделиться. За два года операция Фридриха произведена нами 652 раза.

Для обозначения этой операции мы употребляем терминологию, предложенную клиникой проф. Мельникова и в свою очередь взятую им из французской литературы; это термины *épluchement* и *débridement*. Под первым термином мы понимаем такое иссечение всей поверхности раны, после которого рана швами закрывается наглухо; под вторым термином (*débridement*)—расширение раны, путем вскрытия всех карманов ее и иссечение в ране всех подозрительных и нежизнеспособных тканей, после чего рана или совершенно не закрывается или же на нее накладываются только ситуационные швы.

Мы вполне согласны с Свиридовым, что существование многочисленных терминов для этой операции в нашей и иностранной литературе создает большие неудобства в понимании операции: мы, кроме того, согласны с Чудновским, что несколько пренебрежительный термин „обработка“ для этой подчас очень трудной в техническом отношении операции умаляет ее значение. Исходя из этих соображений, мы и пользуемся вышеуказанной терминологией.

За указанное время по типу *épluchement* операция произведена 613 раз, по типу *débridement* 39 раз.

Из этих 652 случаев 149 случаев по разным причинам остались не прослеженными до конца, а потому все наши выводы будут основываться только на 503 случаях.

Таблица 1.

Характер травмы	Колич. случаев.	В проц. по отношению к общему количеству	Проц. первичных натяжений
Уличный . . . . .	117	23,2	65
Бытовой . . . . .	336	66,8	89
Промышленный . . . . .	50	10	96
Всего:	503	100	82,9

Из таблицы 1 видно, что в нашем материале преобладает бытовая травма, на которую падает 66,8% всех случаев. Самой опасной травмой в отношении инфекции, несомненно, является уличная травма. В этом отношении бытовая и особенно промышленная травма являются менее опасными.

Однако те блестящие результаты, которые нам известны из работ проф. Гориневской, получены ею как раз на уличной травме. По данным ее доклада на последнем съезде украинских хирургов в 1936 г., на этом материале она имела 87% первичного натяжения. У нас же уличная травма дала только 65% первичного заживления. Повидимому, это свидетельствует о том, что мы еще далеки от совершенного овладения техникой этой операции. И действительно, таблица 2 подтверждает это: если в 1936 году мы получили 74,4% первичных натяжений, то в 1937 г. этот процент доходит уже до 85,8.

Таблица 2.

Годы	Колич. случаев	Колич. случ. перв. зажив.	Проц. первич. заживлен.	Проц. вторич. заживления.
1936 . . . . .	129	96	74,4	25,6
1937 . . . . .	374	321	85,8	14,2
Итого . . . . .	503	417	82,9	17,1

Из таблиц 1 и 2 видно также, что мы в среднем при всех видах травмы на 503 сл. получили в 417 сл. первичное заживление, что составляет 82,9%.

Если сравнить наши результаты с результатами других авторов, то, как видно из таблицы 3, мы стоим далеко не на последнем месте.

На своих 167 амбулаторных случаях, вошедших в общее число 503 сл., мы в 149 сл. получили первичное заживление, что составляет так же, как и у Ефросмана 89,8%.

Таблица 3.

Авторы	Колич. случаев.	Процент первичн. заживления.
<b>Стационарные случаи</b>		
Гориневская . . . . .	4445	87,5
Габай . . . . .	500	81,0
Шевандин . . . . .	—	88,0
Финников . . . . .	181	86,0
Флоринский . . . . .	630	75,0
Свиридов . . . . .	536	73,0
Чернавский . . . . .	390	70,1
Москаленко . . . . .	242	68,0
<b>Амбулаторные случаи</b>		
Эфросман . . . . .	215	89,8
Мазуров и Мошкарёв . . . . .	380	88,3

Полученные нами результаты амбулаторного лечения ран по Фридриху заставляют нас согласиться с Чернавским, что амбулаторная помощь травматикам заслуживает сугубого внимания. Необходимо открыть специальные травматические кабинеты в местах скопления этой травмы и создать благоприятные условия для производства этой операции при хирургических кабинетах поликлиник.

Для создания этих условий при хирургических кабинетах требуется прежде всего наличие чистой, соответственно оборудованной бельем и инструментарием, операционной и поднятие квалификации амбулаторных хирургов в смысле ознакомления их с этой операцией.

Таблица 4.

Операции по областям	Всего случ.	Из них с первичным натяжением	Процент первич. натяжен.
Голова . . . . .	162	148	91,4
Лицо . . . . .	56	53	94,6
Шея . . . . .	10	9	90,
Грудная клетка . . . . .	52	44	84,6
Живот . . . . .	11	11	100,
Поясница . . . . .	14	13	92,8
Ягодицы и промежность . . . . .	10	8	80
Плечо . . . . .	12	10	83,3
Предплечье . . . . .	37	28	75,6
Кисть . . . . .	52	43	82,6
Бедро . . . . .	19	13	68,9
Голень . . . . .	23	16	69,5
Колено . . . . .	9	8	88,8
Стопа . . . . .	36	13	36,1
<b>Всего: . . . . .</b>	<b>503</b>	<b>417</b>	<b>82,9</b>

Если рассматривать наш материал по отдельным областям, то, как видно из таблицы 4, лучшие результаты мы получили на голове, лице, животе, шее и худшие—на конечностях и

особенно на стопе, где имеется только 36,1% случаев первичного заживления.

Последнее мы объясняем тем, что все наши 36 случаев травмы стопы представляли собой обширные и сильно загрязненные рвано-ушибленные лоскутные раны, которые, как видно из таблицы 5, вообще дают самые худшие результаты. Да и все тяжелые осложнения (сепсис, сухая гангрена и омертвление краев), какие наблюдались на нашем материале, указанные в таблице 6, относятся к ранам стопы.

Таблица 5.

Характер ран	Всего случ.	Из них с перв. натяжением.	Процент первич. натяжен.
Резаные . . . . .	106	99	93,4
Колотые . . . . .	132	113	85,6
Рвано-ушибленные . . . . .	202	173	80,6
Лоскутные . . . . .	43	32	74,4
Всего: . . . . .	503	417	82,9

Таблица 6.

Характер осложнений	Колич. случ.	Процент к общ. кол. осложн.
Нагноение . . . . .	61	70,9
Омертвление краев кожи . . . . .	12	13,9
Сухая гангрена пальцев . . . . .	2	2,3
Сепсис . . . . .	2	2,3
Анаэробн. инфекц. . . . .	1	1,2
Флегмона . . . . .	8	9,4
Всего: . . . . .	86	100

Несмотря на такой низкий процент случаев первичного заживления на стопе, мы, однако, не можем вполне согласиться с мнением Лексера, что в этой области нельзя стерильно обработать рану и не стоит ее обрабатывать.

Из таблицы 6 видно, что процент первичных заживлений ниже всего при лоскутных и рвано-ушибленных ранах. При лоскутных ранах мы получили 74,4% первичных заживлений. Гориневская при этих ранах имеет 72,2% первичн. заживлений. Это, хотя и небольшое, преимущество мы объясняем исключительно той своеобразной техникой обработки ран, которая проводилась у нас в клинике и о которой несколько подробнее будет сказано ниже

Говоря об операции Фридриха, нельзя не говорить о технике ее производства. Как и все другие авторы, мы на своем материале имели возможность убедиться в том, что овладение техникой этой операции имеет исключительно большое значение.

Из таблицы 2 видно, что разница в результатах между первым и вторым годами применения этой операции составляет у нас

11,4%, и все же мы считаем себя еще далекими от полного овладения техникой этой операции, ибо наши результаты уступают лучшим, известным нам из литературы, результатам.

При производстве операции мы пользуемся несколько расширенными показаниями в смысле времени, чем это было канонизировано Фридрихом. На голове и лице мы допускаем применение ее и через 12 час. после ранения.

Оперируем мы в строго асептической обстановке, в специальной операционной с достаточным количеством инструментария и белья. Стараемся при иссечении всей поверхности раны выделить ее, не вскрывая поверхности раны. Как при всяком вскрытии поверхности раны, так и при малейшем прикосновении инструментом к обнаженной поверхности раны мы сейчас же меняем инструмент при необходимости коснуться им освещенной поверхности раны.

По нашим наблюдениям больше всего погрешностей в смысле асептики происходит от того, что операторы не замечают своих прикосновений руками или инструментами к неосвеженной поверхности ран. Здесь, очевидно, играет немалую роль укоренившаяся в сознании хирургов профессиональная привычка видеть в каждой свежей ране чистую стерильную рану, если в ней не наблюдается нагноения.

Если техника иссечения кожных ран не представляет каких-либо трудностей и здесь можно выделить всю ее поверхность, т. е. края, бока и дно ее в виде мешечка, то, несомненно, самым трудным делом является тщательное иссечение всей поверхности ран, проникающих глубже подкожной клетчатки и ран, образующих карманы. Наконец, особенно сложным является иссечение всей обнаженной поверхности лоскутных—скальпированных ран. При двух последних видах ран иссечению подлежат как вся внутренняя поверхность лоскута, так и вся открытая поверхность тех тканей, от которых отделен лоскут.

Значительное затруднение представляют раны с глубокими карманами, когда вывернуть их нет никакой возможности. Для обработки поверхностей этого кармана нужно рассечь его, образовав из него один или два лоскута, а затем иссекать так, как это делается вообще при всех лоскутных ранах.

Для того, чтобы выявить все карманы и составить себе ясное представление о плане предстоящей операции и анестезии, следует перед началом этой операции раздвинуть края раны и осмотреть ее направление, если возможно, до самого дна раны.

Для анестезии мы пользуемся методом проф. Вишневого. Вколы иглы шприца делаются на таком расстоянии от края раны, чтобы раствор, направленный в сторону раны, по возможности, не вытекал из нее, а лишь, инфильтрируя края и дно раны, приподнимал их в виде подушки, делая таким образом более доступными для иссечения все закоулки раны. Такой методической анестезии мы не только упрощаем операцию, но и избегаем всех отрицательных сторон истечения в рану анестезирующей

жидкости, которая, попадая и на уже иссеченную поверхность раны, вновь ее инфицирует.

Наш метод обезболивания особенно удобен при лоскутных ранах, где иссечение всей поверхности и лоскута и самой раны очень трудно. Конечно, при всякой лоскутной ране, прежде чем приступить к иссечению ее поверхности, нужно решить подчас нелегкий вопрос, особенно на конечностях, о достаточном обеспечении питания лоскута. Лоскуты на голове, как бы они ни были расположены, не вызывают никаких недоразумений в смысле достаточности питания, лоскуты же на конечностях и стопе, где узкое основание лоскута обращено к периферии конечности, всегда вызывают подозрение в смысле достаточности питания, а следовательно и дальнейшей жизнеспособности.

Когда решен вопрос о питании лоскута, мы применяем следующий способ иссечения внутренней поверхности лоскута и поверхности той ткани, от которой отделен этот лоскут. Начинаем иссечение с обнаженной раневой поверхности органа. Впрыснув в нескольких местах в подкожную клетчатку раствор новокаина на таком расстоянии от края раны, чтобы этот раствор не выливался, а только приподнял край раны, мы делаем в этом месте разрез кожи на  $\frac{1}{2}$  см. от края раны. Из этого участка подкожной клетчатки проталкиваем раствор новокаина по типу ползучего инфильтрата Вишневого дальше по направлению поверхности раны, чем высоко приподнимаем ее поверхность. Затем легко иссекаем ее Куперовскими ножницами на всем протяжении в виде непрерывной тонкой пластинки, окаймленной по краю полоской кожи. Дойдя до обнаженной поверхности лоскута, продолжаем таким же образом вводить раствор дальше на лоскут и здесь также шаг за шагом иссекаем всю поверхность лоскута с краями кожи.

Для того, чтобы получить такое же иссечение лоскута на голове, когда обнажен апоневроз, следует вводить раствор не под апоневроз, а только под поверхностные слои его. Тогда также получается прекрасное вздувание поверхности апоневроза и последующее легкое иссечение его. При обнажении на голове кости мы, смотря по величине обнаженного участка, или соскабливаем поверхность кости распатором или же сбиваем долотом всю наружную пластинку кости при сильном внедрении грязи в ее поверхность.

Указанной техникой анестезии, соединенной с инфильтрацией и приподниманием поверхности ран, мы объясняем те сравнительно благоприятные результаты, какие мы получили при лоскутных ранах, о которых уже упоминали раньше.

Несколько слов о применении метода Фридриха в условиях военно-полевой обстановки, в условиях этапного лечения.

Большинство хирургов высказывается в том смысле, что как бы ни идеален был этот метод, он не сможет получить широкого распространения во время войны по следующим соображениям: 1) предстоящая война будет главным образом войной маневренной, а этот способ имел применение на западном

фронте прошлой войны только до тех пор, пока война носила позиционный характер; 2) способ этот весьма трудоемкий, и при массовом наплыве раненых не представится никакой возможности обслужить их даже при наличии в достаточном количестве врачей, владеющих этим методом; 3) метод этот в послеоперационном периоде требует тщательного наблюдения за больными и покоя для них, что в условиях этапного лечения почти неосуществимо.

Другие хирурги настаивают на создании в военной обстановке необходимых условий для проведения операции Фридриха, если не везде, то во всяком случае в тех участках и в те моменты, когда война будет носить позиционный характер. Для этой же цели широкие круги хирургов должны широко подготовиться так, чтобы получить достаточное знакомство с этим методом. Благоприятный опыт проведения этой операции в амбулаторной практике и широкое знакомство с ней всех врачей, работающих на различных этапах медпомощи, должны несколько ослабить возражение о необходимости для этих больных исключительного покоя.

Соприкосновение с прикомандированными врачами хирургического цикла показывает нам, что знакомство врачей с операцией Фридриха пока очень смутное, и в своей районной практике почти никто из них ее не применяет. Как на крайнюю степень безграмотности врача в области лечения свежих ранений, мы могли бы указать на случай, который недавно наблюдался в нашей клинике.

Б-ной 3. получил огнестрельное ранение из дробовика в область правого плеча. Участковый врач обработал окружность раны иодом и наложил на рану кетгутовые швы. Через несколько дней б-ной был доставлен в нашу клинику с типичной картиной анаэробной инфекции. К счастью, случай закончился выздоровлением, благодаря широким разрезам и сывороточному лечению. Интересно, что при разрезах из подкожной клетчатки был удален войлочный пыж, не замеченный врачом при наложении „первичных“ швов.

Профилактическое значение операции Фридриха в смысле предупреждения анаэробной инфекции подтверждается многими авторами. В частности Белер считает даже возможным после иссечения раны отказываться от применения противостолбнячной сыворотки.

Если между хирургами идет еще спор о возможности широкого применения этого метода в условиях маневренной войны, то никто не спорит о возможности и необходимости применения его как в мирное время, так и в условиях позиционной войны. И даже для этих возможностей метод заслуживает того, чтобы шире внедрить его в хирургические массы, для чего ознакомление с ним должно получаться еще на кафедрах оперативной хирургии мед. институтов.

На основании всего сказанного, мы приходим к следующим выводам:



1) Операции *épluchement* или *débridement* должны применяться почти у каждого своевременно доставленного больного как в стационарных условиях, так и в амбулаторной практике.

2) Знакомство широких кругов участковых хирургов с методом Фридриха пока еще недостаточно.

3) Овладение хирургами методом иссечения раны по Фридриху имеет огромное оборонное значение.

4) Техника метода нуждается в дальнейшем усовершенствовании его.

5) Метод ползучих инфильтратов новокаина по Вишневскому является не только прекрасным анестезирующим средством, но значительно облегчает технику операции при всех видах ран и особенно лоскутных, техника освежения которых чрезвычайно трудна.

Поступила в ред. 22. V. 1938.

---

Из клиники неотложной и военно-полевой хирургии (директор проф. Г. М. Новиков) Казанского гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

## К методике костно-пластической фиксации надакромиальных вывихов ключицы.

В. М. Осиповский.

Вывихи ключицы встречаются сравнительно часто. По данным Фридланда они составляют около 1,5—2% всех вывихов, по Зоммеру 4,4%, Стимсону — 6%; Тихов и Спид указывают больший процент (8% — 9,4%). На материале украинского ин-та ортопедии и травматологии (Берхина) из 466 вывихов было 76 вывихов ключицы, что составляет 16,5%.

Связочный аппарат, фиксирующий ключицу, может разорваться как у грудинного, так и у акромиального конца; поэтому вывихи ключицы возможны и на грудинном и на акромиальном конце. По Стимсону и Спиду акромиальные вывихи встречаются в пять раз чаще стернальных. У Берхиной встретилось 60 акромиальных и 16 стернальных, т. е. первые были в четыре раза чаще.

Согласно классификации Гоффа и Зоммера вывихи акромиального конца ключицы могут быть верхние, задние и нижние.

Чаще всего встречаются вывихи верхние, надакромиальные. Гамильтон на 41 акромиальный вывих в 38 случаях имел вывихи верхние. У Берхиной все 60 вывихов были надакромиальные.

В клинической картине надакромиальных вывихов ведущими симптомами являются: образование ступенчатой выемки на плечевом своде, значительное расхождение акромиального конца ключицы (2—4 см), подвижность этого конца, укорочение надплечья, опущение плечевого пояса, напряжение и болезненность трапециевидной мышцы и нарушение функции сустава, выра-