

рого ребенка вовремя начатые консервативные мероприятия позволили обойтись без трахеотомии.

3. Ателектаз доли легкого у 2 больных. Оба ребенка скончались в ближайшие сутки после операции. Это осложнение мы встретили в период освоения интубационного наркоза.

4. Длительное апноэ у 1 больного. Данное осложнение нами отмечено у мальчика двух месяцев, оперированного по поводу передней мозговой грыжи. После введения 0,5 мл 1% раствора дитилина у ребенка наступила длительная остановка дыхания. Операция проходила под управляемым дыханием в течение часа. Введение атропина и прозерина в соответствующих дозировках и постоянная дача кислорода восстановили дыхание, но ребенок погиб при явлениях отека головного мозга через 28 часов после операции.

ВЫВОДЫ

1. Применение интубационного наркоза у детей раннего возраста позволяет производить тяжелые оперативные вмешательства.

2. Интубационный наркоз у детей раннего возраста протекает своеобразно и требует определенного технического оснащения.

3. Для вводного наркоза у детей раннего возраста наилучшим наркотическим веществом является тиопентал натрия.

4. Наиболее целесообразно проведение наркоза на неглубоких стадиях, что достигается применением мышечных релаксантов и управляемого дыхания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойков Г. А. Интратрахеальный наркоз в хирургии новорожденных и грудных детей. Вестн. хир. им. Грекова, 1959, 8. — 2. Либов С. Л. и Ширяева К. Ф. Очерки грудной хирургии детского возраста, 1957.

Поступила 24 мая 1960 г.

НОВОКАИНОВАЯ БЛОКАДА ЧРЕВНЫХ НЕРВОВ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Канд. мед. наук Г. М. Николаев

Кафедра хирургии педиатрического факультета (зав.—проф. И. В. Домрачев)
Казанского медицинского института и кафедра патологической физиологии
(зав.—проф. Н. А. Крылова) Казанского ветеринарного института

Острый панкреатит привлекает все большее внимание клиницистов как одно из тяжелейших заболеваний, распознавание и лечение которого часто сопряжены с большими трудностями (С. В. Лобачев, В. М. Воскресенский, Н. И. Лепорский, Н. Л. Стоцик и др.).

Большинство клиницистов придерживается классификации панкреатитов по С. В. Лобачеву, выделяя следующие формы: 1) обострение хронического рецидивирующего панкреатита, 2) острый отек поджелудочной железы, 3) геморрагический некроз железы, 4) гнойный панкреатит. Наблюдениями отдельных хирургов установлена возможность перехода одной из этих форм острого панкреатита в другие, поэтому не только клинически, но и патологоанатомически не всегда возможно их строго разграничить.

Наиболее постоянным клиническим признаком всех форм острого панкреатита является боль, интенсивная и длительная, появляющаяся внезапно. Иногда такому болевому приступу предшествуют кратковременные боли за несколько часов или дней. Для острого панкреатита характерна не только резко выраженная интенсивность боли, но и ее быстрое нарастание с момента возникновения, отсутствие волнообразных колебаний интенсивности болей и самостоятельного ее прекращения. Инъекции атропина и пантопона, как правило, не эффективны. По некоторым клиническим наблюдениям (Лагерлоф, Варшав, Ельман и др.), морфий нередко даже усиливает боли вследствие усиления спазма сфинктера Одди. Локализуются боли

в глубине эпигастральной области, соответственно расположено поджелудочной железы. Характерны опоясывающие боли на уровне пупка, иррадиирующие в левую половину грудной клетки, между лопаток, за грудину, в правое плечо и т. п. Разнообразие иррадиации болей служит причиной диагностических ошибок, когда острый панкреатит принимают за холецистит, почечно-каменную болезнь, стенокардию, плеврит, невралгии и др. Обычно сила боли пропорциональна тяжести течения заболевания, однако встречаются и легкие формы с большой интенсивностью болевого синдрома.

С самого начала заболевания отмечается вздутие в верхнем отделе живота; здесь же определяется резчайшая болезненность при пальпации, нередко выражена болезненность при надавливании в левом реберно-позвоночном углу (положительный симптом Мэйо-Робсона). Большинство клиницистов указывает на отсутствие мышечного напряжения при перитоните, возникающем вследствие острого панкреатита. Нередко отмечается поперечно-располагающаяся резистентность в надчреве (симптом Кёрте), реже — исчезновение пульсации брюшной аорты (симптом Воскресенского). Такие симптомы, как цианотичные пятна на животе (симптом Мондор-Турнера), резкий цианоз лица (симптом Лагерлофа), наблюдаются лишь в запущенных тяжелых случаях заболевания.

Частым симптомом острого панкреатита является рвота, возникающая одновременно с болью и повторяющаяся через небольшие промежутки времени (10—20 раз в сутки). Гипохлоремия в связи с обильной рвотой усугубляет тяжесть общего состояния. Обезвоживание организма проявляется заострением черт лица, сухостью кожи, сгущением крови с увеличением числа эритроцитов и лейкоцитов.

Парез кишечника с выраженным метеоризмом, задержкой газа и стула служит поводом для ошибочной диагностики, когда заболевание расценивается как одна из форм кишечной непроходимости. Наиболее грозным признаком острого панкреатита является шок, возникающий на высоте приступа болей. В таких случаях страдальческое выражение лица, цианотичная бледность, учащение пульса, падение АД, особенно при иррадиации болей за грудину, приводят к неправильному диагностированию стенокардии, инфаркта миокарда, что может привести к ошибочным лечебным мероприятиям с пагубными последствиями для больного.

Расстройство дыхания проявляется в значительном его учащении (до 30—40) и считается также одним из важных признаков заболевания. В большинстве случаев наблюдаются незначительный лейкоцитоз за счет нейтрофильных элементов, повышение температуры, падение диуреза.

Наконец, для острого панкреатита характерно своеобразное нарушение внешнесекреторной функции поджелудочной железы, констатируемое обнаружением в крови и моче повышенного количества диастазы (амилазы). Но необходимо подчеркнуть, что определять количество диастазы в моче следует по ходу заболевания повторно, сопоставляя результаты с динамикой заболевания, без чего возможна неправильная оценка диастазурии. Так, при тотальных некрозах поджелудочной железы диастаза мочи держится на нормальных цифрах. Наоборот, при некоторых других заболеваниях (флегмона желудка, тяжелые формы пневмонии и др.), а также после применения препаратов, вызывающих спазм сфинктера Одди (морфий, кодеин и др.), диастаза мочи может быть повышенной. Поэтому необходимо проводить полное клиническое исследование больного и сопоставлять степень диастазурии со всеми клиническими симптомами.

При наиболее легкой форме острого панкреатита, остром отеке поджелудочной железы большинство хирургов рекомендует консервативное лечение, в то время как при некротических процессах в поджелудочной железе имеются расхождения во взглядах. Одни хирурги (Б. А. Петров и С. В. Лобачев, Б. С. Розанов и др.) при некрозах, как и при нагноениях, считают обязательным рассечение брюшины над железой, тампонаду и одновременное дренирование салниковой сумки, другие (Л. Г. Гарвин, Е. К. Реймерс, Д. Н. Федоров, М. М. Сергеева, Н. И. Блинов, В. М. Воскресенский, Н. Н. Самарин и др.) опубликовали ряд работ о преимуществах консервативного лечения даже при некротических формах воспаления поджелудочной железы. В этих работах особо подчеркивается факт отрицательного действия операционной травмы при тяжелом шоковом состоянии больных. Последнюю точку зрения отстаивают и некоторые из зарубежных хирургов (Н. Е. Sternensen, R. B. Pfeffer, G. M. Saypol, H. Doubilet, A. Szufrely, M. Mariaföldi; Philip Thorek, I. A. Thompson, I. R. Derrick, I. A. Probststein, R. A. Ioschi, H. T. Blumental, Schaffartzick, F. Boes, N. Baker, Laurence Sidney Fallis).

В борьбе с шоком, как и вообще при консервативном лечении острого панкреатита, особое место занимает новокаиновая блокада. Ряд хирургов рекомендует поясничную новокаиновую блокаду (Г. М. Новиков и А. Н. Новиков, С. Г. Рукоусев и К. Д. Тоскин, Л. И. Гарвин, Е. К. Реймерс и Д. Н. Федоров, Н. И. Блинов, Н. Л. Столик, В. Л. Шумилкин и др.), другие — пенициллин-новокаиновую поясничную блокаду (Н. П. Шастин, А. М. Трофимов, Ф. Г. Власов и др.), третьи — ваго-симпатическую новокаиновую блокаду с двух сторон или только слева (М. И. Коломийченко, Г. Г. Караванов и А. Н. Ретвинский, В. В. Виноградов, А. А. Чернус и др.), четвертые — блокирование только блуждающего нерва (M. Keith a. I. A. Bouta, D. O. Ferris, T. E. Lyun, I. C. Cain, A. H. Baggenstoss и др.), пятые — вещества, блокирующие

передачу импульсов в симпатической нервной системе (Е. Drost, Г. С. Луценко), наконец, шестые — новокаиновую блокаду чревных нервов для ликвидации болей.

Применение новокаиновой блокады чревных нервов при остром панкреатите имеет свою историю, поскольку клиницистов давно интересовали чревные нервы в регуляции функции поджелудочной железы, особенно при остром ее воспалении. Начиная с 1931 г. рядом зарубежных хирургов применялась данная блокада при лечении острых панкреатитов и для дифференциальной диагностики (Ritter, Popper, L. J. Morse a. S. Achs, R. F. Bowers, K. Klump, Wirta, Ph. Thorek, Тон-Тхат-Тунг, Хоанг-Су и Нгиен-Ван-Ван). Принципиально важно, что новокаиновая блокада чревных нервов применялась и применяется зарубежными хирургами не как средство патогенетической терапии, а лишь для ликвидации болей. Для этого употреблялись высокие концентрации новокаина (в 1—2%) в количестве 1—15 мл. При этом большинство из упомянутых авторов подчеркивает, что боли ликвидируются быстро, но лишь на короткий срок.

При изучении отечественной и советской литературы нам не удалось найти данных о применении новокаиновой блокады чревных нервов не только для лечения больных с точки зрения учения А. В. Вишневского и А. А. Вишневского о новокаиновой блокаде, но и для ликвидации болей. В своей диссертации К. Д. Тоскин пишет: «...Следует сказать, что паравертебральная новокаиновая блокада как лечебный и диагностический метод при острых панкреатитах еще совершенно не изучена. Никто, кроме Клюмпа, специально этим вопросом не занимался... В Советском Союзе, судя по литературным данным, блокада (чревных нервов — Г. Н.) совсем не применяется. Это следует, по-видимому, связать с большой сложностью и меньшей эффективностью (ее — Г. Н.), по сравнению с поясничной новокаиновой блокадой».

С этим высказыванием автора мы не можем согласиться по следующим соображениям. Во-первых, нами с 1954 г. стала широко применяться новокаиновая блокада чревных нервов и симпатических стволов в клинике при воспалительных процессах брюшины и органов брюшной полости, а позднее и при острых панкреатитах (следует оговориться, что К. Д. Тоскин мог не знать о наших работах, так как ко времени написания его работы нами соответствующих сообщений еще не было опубликовано). Во-вторых, методикой выполнения данной блокады овладели все хирурги нашей клиники без каких-либо осложнений, и, следовательно, при правильном выполнении этот метод достаточно прост и безопасен.

После специальных экспериментальных исследований на собаках, исходя из работ В. В. Мосина, нами с 1955 г. начато применение в клинике новокаиновой блокады чревных нервов и симпатических стволов при острых панкреатитах, однако не только для ликвидации боли, как это делалось другими авторами, а для патогенетической терапии в соответствии с концепцией А. В. Вишневского и А. А. Вишневского¹. Как известно, по концепции А. В. Вишневского и А. А. Вишневского только 0,25% раствор новокаина, введенный в количестве 60—120 мл, может оказать как слабый раздражитель патогенетически обоснованное лечебное воздействие на орган, пораженный воспалительным процессом и связанным с ним нарушением трофики.

Кроме важности технической правильной выполнения новокаиновой блокады, следует помнить еще одно обстоятельное указание А. В. Вишневского и А. А. Вишневского о том, что нельзя производить повторные блокады без достаточного интервала. При новокаиновой блокаде чревных нервов и симпатических стволов интервал перед ее повторением должен быть, по нашему мнению, 10—14 дней. Отрицательный результат блокады является противопоказанием к повторению ее больным острым панкреатитом.

Между тем ряд хирургов, применяя различные виды новокаиновой блокады (ваго-симпатическую, поясничную) для лечения больных острым панкреатитом, рекомендуют частое их повторение (К. Д. Тоскин, Н. П. Шастин, М. И. Коломийченко, П. А. Теппер и К. Г. Урбанюк, О. И. Бабаева, О. И. Кокурина и др.). Вызывает удивление сообщение Г. Г. Караванова и А. Н. Ретвинского о лечении больных острым панкреатитом, где рекомендуется ваго-симпатическая новокаиновая блокада ежедневно в течение 3—6 дней. Следует иметь в виду, что назначение частых новокаиновых блокад, и особенно ежедневных, может привести и к гистопатологическим изменениям в ганглиях симпатической нервной системы (И. Я. Тихонин).

За последние годы мы наблюдали в клинике результаты применения новокаиновой блокады у 18 больных со следующими формами острого панкреатита (таблица 1 на стр. 35).

Тотчас же после установления диагноза 16 больным произведена новокаиновая блокада чревных нервов и симпатических стволов. У больных с обострением хронического рецидивирующего панкреатита и острым отеке поджелудочной железы блокада оказалась высокоэффективной, и все эти больные выздоровели. Из 7 больных с некротическими формами острого панкреатита результат блокады был хорошим при очаговом некрозе поджелудочной железы; при тотальных же ее некрозах

¹ Техника и эффективность блокады описаны И. В. Домрачевым, Д. Ф. Благовидовым и др.

Таблица 1

№ п/п	Ф. и.	Возраст	Пол	Диагноз		Время блокады чревных нервов с момента заболевания	Исход		
				клинический	подтверждено операцией или секцией		выздоровление	смерть от острого панкреатита	смерть от других заболеваний
1	П. А.	45	ж	Обострение хронического панкреатита	—	1 день	+	—	—
2	Б. А.	66	м	Очаговый некроз	—	2 дня	+	—	—
3	Т. А.	49	м	Послеоперационный острый отек	—	2 дня	+	—	—
4	Г. В.	50	м	Очаговый некроз	+	1 день	+	—	—
5	Л. Х.	57	ж	Острый отек железы	—	1 день	+	—	—
6	Д. А.	44	ж	Обострение хронического панкреатита	—	2 дня	+	—	—
7	Ц. А.	31	м	Обострение хронического панкреатита	—	4 дня	+	—	—
8	Ч. А.	42	ж	Обострение хронического панкреатита	—	1 день	+	—	—
9	М. А.	50	м	Послеоперационный тотальный некроз	+	6 дней	—	+	—
10	Е. А.	53	ж	Послеоперационный очаговый некроз	+	1 день	+	—	+
11	Б. А.	49	ж	Тотальный некроз железы	+	3 дня	—	+	—
12	В. Г.	25	м	Обострение хронического панкреатита	—	1 день	+	—	—
13	М. Г.	70	ж	Острый отек железы	—	1 день	+	—	—
14	Н. А.	62	ж	Послеоперационный тотальный некроз	+	—	—	+	—
15	Х. Г.	44	ж	Острый отек железы	+	Поясн. бл.	+	—	—
16	В. М.	71	ж	Очаговый некроз	+	1 день	—	+	—
17	И. Х.	46	ж	Острый отек железы	+	1 день	+	—	—
18	Г. Ф.	58	ж	Острый отек железы	—	2 дня	+	—	—

эффекта не получено, и, несмотря на консервативные и оперативные вмешательства, этим больным, поступившим в тяжелейшем состоянии, жизнь спасти не удалось.

Для иллюстрации приводим две выписки из историй болезни.

I. Б-ной Б., 66 лет, поступил 23/II-56 г. экстренно с диагнозом «острый аппендицит» на третий день заболевания. Два дня назад поел жирного гуся, через несколько часов после этого возникли резкие боли опоясывающего характера в верхнем отделе живота. Появились рвота 10—12 раз в сутки, икота. Больной в таком состоянии пробыл дома. Через день состояние значительно ухудшилось, и больной поступил в клинику. При поступлении больной в вынужденном положении — лежа, губы цианотичны, пульс 110, ослабленного наполнения, живот в верхнем отделе резко вздут, напряжение брюшных мышц отсутствует, но выражен симптом Кёрте. Дыхание 48. Лейкоцитоз 9200. Заподозрен острый панкреатит. Исследование мочи на диастазу показало 1024 ед. по Вольгемуту. Диагноз — очаговый некроз поджелудочной железы. Произведена новокаиновая блокада чревных нервов и симпатических стволов, после которой боли стали постепенно исчезать, рвота прекратилась на другой день, пульс и дыхание пришли к норме, 24/II-56 г. диастаза мочи — 128 ед. Через 3 дня больной выписан из клиники на амбулаторное лечение. Рекомендовано при появлении болей срочно обращаться в клинику, но больной больше за помощью не обращался.

II. Б-ная Б., 49 лет, поступила 13/III-59 г. из терапевтического отделения, где она была более двух суток под наблюдением с диагнозом «острый холецистит», «динамическая кишечная непроходимость». Больная при поступлении в тяжелейшем состоянии, выраженный цианоз пальцев рук и нижних конечностей, пульс — 134, живот резко вздут, болезненность в эпигастриальной области и в области печени, край которой выступал из-под реберной дуги на 6 см. Желчный пузырь не пальпировался. Поставлен диагноз «острый холецистит», но на операцию в таком тяжелейшем состоянии дежуривший опытный хирург не мог решиться. Была произведена двусторонняя новокаиновая блокада чревных нервов и симпатических стволов, так как не представлялось возможным исключить воспалительный процесс и в поджелудочной железе. Вскоре после блокады боли исчезли, отошли газы, живот стал мягким, был 4 раза стул. Облегчение состояния успокоило врачей. Больная поступила вечером, а 14/III-59 г. в 4 ч. утра появилась резко прогрессирующая желтушность кожных покровов и видимых слизистых оболочек, падение сердечно-сосудистой деятельности. В 8 ч. утра предпринята операция, так как состояние было очень тяжелым. Во время разреза тканей брюшной стенки под местной инфльтрационной анестезией больная умерла. На вскрытии — тотальный некроз поджелудочной железы, острая дистрофия печени; желчный пузырь без признаков воспаления и без конкрементов.

Очевидно, у больных тотальным некрозом поджелудочной железы новокаиновая блокада чревных нервов и симпатических стволов не ведет к выздоровлению, хотя и облегчает их состояние, ликвидируя болевой синдром или значительно его снижая. В таких случаях единственный путь к спасению больного — оперативное вмешательство с выполнением перед операцией новокаиновой блокады чревных нервов и симпатических стволов.

Приведенными наблюдениями мы ни в коей мере не противопоставляем метод новокаиновой блокады оперативному вмешательству у больных деструктивными формами острого панкреатита и различными его осложнениями. Однако мы рекомендуем возможно ранее применение новокаиновой блокады чревных нервов и симпатических стволов как весьма эффективный метод лечения при остром панкреатите, учитывая, что более легкие его формы встречаются в 75—85% случаев этого заболевания (Б. А. Петров и С. В. Лобачев, Л. И. Гарвин, Е. К. Реймерс и Д. Н. Федоров и др.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабаева О. И. Сов. здравоохран. Киргизии, 1959, 3. — 2. Благовидов Д. Ф. Хирургия, 1955, 2. — 3. Блинов Н. И. Методич. указания по диагностике и лечению острого панкреатита. Ленинград, 1954. — 4. Вилянский М. П. и Чернус А. А. Сб. научн. тр. Моск. обл. научно-иссл. ин-та им. М. Ф. Владимирского, 1959. — 5. Виноградов В. В. Хирургия, 1959, 3. — 6. Власов Ф. Г. Военно-мед. журн., 1958, 4. — 7. Вишневский А. В. и Вишневский А. А. Новокаиновая блокада и масляно-бальзамические антисептики как особый вид патогенетической терапии, изд. АМН СССР, 1952. — 8. Воскресенский В. М. Острые панкреатиты, Медгиз, 1951. — 9. Гарвин Л. Г., Реймерс Е. К., Федоров Д. Н. Сб. тр. Ленинград, 1958. — 10. Домрачев И. В. Тез. докл. научн. конф. Казанского мед. ин-та, 1955. — 11. Караванов Г. Г. и Ретвинский А. Н. Сов. мед., 1959, 10. — 12. Кокурина О. И. Клин. мед., 1955, 1. — 13. Коломийченко М. И. Нов. хир. арх., 1958, 3. — 14. Лепорский Н. И. Болезни поджелудочной железы, М., 1951. — 15. Лобачев С. В. Острые панкреатиты, М., 1953. — 16. Луценко Г. С. Врач. дело, 1960, 1. — 17. Николаев Г. М. Тез. докл. научн.

конф. Казанского мед. ин-та, 1957. — 18. Новиков Г. М. и Новиков А. Н. Хирургия, 1952, 12. — 19. Мосин В. В. Новокаиновая блокада чревных нервов — метод охранительного воздействия на нервную систему при воспалении. Диссертация, 1951, Казань. — 20. Петров Б. А. и Лобачев С. В. Вестн. хир. им. Грекова, 1956, 10. — 21. Рукосуев С. Г. и Тоскин К. Д. Хирургия, 1955, 2. — 22. Розанов Б. С. Сов. мед., 1957, 4. — 23. Самарин Н. Н. Хирургия, 1953, 1. — 24. Сергеева М. М. Вест. хир. им. Грекова, 1957, 6. — 25. Соколов Н. В. Тр. 26 Всесоюз. съезда хирургов. М., 1956. — 26. Стоцик Н. Л. Острый панкреатит в клинике внутренних болезней, М., 1960. — 27. Теплер П. А. и Урбанюк К. Т. Тр. Крым. мед. ин-та, 1957. — 28. Тихонин И. Я. Новокаиновая блокада и влияние новокаиновых инъекций на некоторые экстрамуральные ганглии симпатической нервной системы, дисс., Казань, 1939. — 29. Тихонова Т. П. Казанский мед. журн., 1958, 1. — 30. Тоскин К. Д. К вопросу об остром панкреатите, Дисс., Ярославль, 1955. — 31. Трофимов А. М. Тр. Военно-мор. мед. акад., Ленинград, 1956. — 32. Шасти́н Н. П. Нов. хир. арх., 1958, 3. — 33. Шумилкин В. Л. Вопр. груд. и неотл. хирургии, Горький, 1958. — 34. Voes T., Baker N. Gastroenterology, 28, 4. — 35. Bowers R. F. Arch. surg., 1950, 60, 4. — 36. Doubilet H. Surg. clin. North-America, 1958, 38, 2. — 37. Drost E. Zbl. f. Chir., 1957, 37. — 38. Elman. Acta pancreatitis, 1955, 100, 2. — 39. Keith L. M. a. Bonta I. A. Amer. J. Gastroenterology, 1955, 24, 4. — 40. Klump K. Zbl. f. Chir., 1952, 77, 30. — 41. Morse L. I. a. Achs S. Ann. Surg., 1949, 30, 6. — 42. Popper. Zbl. f. Chir., 1933, 35. — 43. Probststein I. G., Ioschi R. A., Blumental H. T. Arch. Surg., 1957, 75, 4. — 44. Ritter. Zbl. f. Chir., 1931, 38. — 45. Schaffarzick W. R. Louisiana state medical society, 1956, 108, 10. — 46. Sternensen H. E., Pfeiffer R. B., Saypol G. M. Arch. Surg., 1952, 65, 2. — 47. Szufrely A., Mariaföldi M. Orvosi het., 1957, 98, 15. — 48. Thompson I. A., Derrick I. R. Amer. J. Surg., 1957, 94, 4. — 49. Тон-Тхат-Тунг, Хоанг-Су и Нгьен-Ван-Ван. Хирургия, 1956, 5. — 50. Thorek Ph. Amer. J. Gastroenterology, 1956, 26, 3. — 51. Ferris D. O., Lyon T. E., Cain I. C., Baggenstoss A. H. Ann. Surg., 1957, 146, 2. — 52. Wurma. Deutsche med. Wschr., 1957, 14.

Поступила 26 сентября 1960 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СЕЛЬСКОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЕ

Л. Х. Мавзютов

(Аксубаево, ТАССР)

Вопрос об обезболивании при хирургических и других операциях решался еще совсем недавно почти во всех сельских больницах в основном применением местного обезболивания по методу А. В. Вишневого. Количество и характер операций вполне удовлетворяли этому методу. По данным проф. В. И. Стручкова, местное обезбоживание применялось в 72,52% всех операций, произведенных в СССР в 1951—52 г. Лишь иногда возникала потребность в наркозе, и в этом случае любым из врачей или даже любой медсестрой (фельдшером) давался простой эфирный наркоз. Современные методы обезбоживания не применялись из-за новизны и кажущейся громоздкости метода, отпугивающей сельских хирургов.

Сообщения А. Зильбера (Петрозаводск) показывают, что современные достижения анестезиологии проникают в ряде мест в сельские больницы.

Однако и сегодня среди хирургов и анестезиологов нет общего мнения о том, имеют ли условия для применения и право применения современных видов обезбоживания врачи небольших сельских больниц.

Поэтому нам хочется поделиться скромным опытом организации анестезиологической службы на селе. Это диктуется, в первую очередь, интересами больных, так как современные виды обезбоживания, позволяя управлять основными функциями организма, намного снижают опасность и риск операций и создают потенциальные возможности для расширения показаний к оперативному вмешательству и увеличению в необходимых случаях объема и сложности операций. За последние 2 года нами применены различные виды обезбоживания при 403 операциях (см. таблицу). Местное и общее обезбоживание должны не конкурировать, а взаимно дополнять друг друга. Для каждой операции мы вырабатываем свою схему обезбоживания, которая готовится перед операцией. При этом, по возможности, учитываем желание больного.