

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. Теппер 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. Шастин Н. П. Нов. хир. арх., 1958, 3. — 33. Шумилкин В. Л. Вopr. груд. и неотл. хирургии, Горький, 1958. — 34. Boes 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. Schaffarzik 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-Суи и Нгюен-Ван-Ван. Хирургия, 1956, 5. — 50. Thorek Ph. Amer. J. Gastroenterology, 1956, 26, 3. — 51. Ferris D. O., Lyun 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 обезбоживания 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.

Т а б л и ц а
применения различных видов обезболивания
при хирургических операциях за 1959 и 8 мес. 1960 г.

Вид обезболивания Наименование операций	Местное обезболивание		Простой эфирный наркоз	Эфирно-кислородный аппаратный наркоз	Интубационный наркоз	Прочие виды обезболивания
	всего	в т. ч. с нейровегетативной блокадой				
Аппендэктомия	80/127 ¹	4/4	1/5	0/10	0/3	0/4
Грыжесечение	51/35	0	1/1	0/4	0/1	0/2
Резекция желудка	8/0	6/0	0	0	0/4	0
Лапаротомия	10/3	3/0	1/1	0/1	0/4	0
Гинекологические (чревосечения) . . .	13/0	2/0	5/0	0	0/10	0
Прочие	9/3	3/0	0	0/2	0/2	0/2
Всего	171/168	18/4	8/7	0/17	0/24	0/8

¹ Числитель — 1959 г. Знаменатель — 1960 г.

Кровь в необходимых случаях заготавливается на месте по «двухэтапному» методу и переливается по показаниям.

При большей части операций, в том числе при грыжесечениях у взрослых, при неосложненных аппендицитах, кесаревом сечении и др. мы применяем местное обезболивание по А. В. Вишневскому.

За это время проведено 339 операций, причем у 50 больных отмечались те или иные болевые ощущения. С целью добиться более совершенного обезболивания мы применили нейро-вегетативную блокаду препаратами фенотиазинового ряда. В 8 случаях добавляли протившоковую жидкость во время операции. Однако при этом в половине случаев снижалось АД до 100—115 и даже до 80. Из-за поверхностного дыхания наступала частичная вентиляционная гипоксия. У 6 больных наблюдалась неадекватная реакция, с ними трудно было вступить в контакт. Метод должен применяться с осторожностью.

При осложненных аппендицитах, операциях на желудке и кишечнике, полостных гинекологических операциях и операциях у детей методом выбора является общее обезболивание. Проведено 64 операции под наркозом, из них 24 операции — под интратрахеальным наркозом.

Показанием для этого вида обезболивания служат все те случаи, которые требуют операций под наркозом. Мы считаем, что простой эфирный наркоз без применения кислорода должен быть оставлен, а наркоз необученным специально медработникам — запрещен, так как он чреват серьезными осложнениями: опасностью асфиксии, вредным действием большой концентрации эфира в условиях гипоксии на внутренние органы и др.

Схема потенцирования и интратрахеального наркоза, принятая в нашей больнице: накануне операции в 20 ч. и в 22 ч. дается люминал по 0,1 и внутримышечно однократно вводится 2 мл 1% раствора пипольфена. Утром за 2 часа до операции больному вновь дается люминал и вводится пипольфен. За час до операции вводим 1 мл 1% раствора динаркона и 0,5—1 мл 0,1% раствора атропина. Вводный наркоз осуществляется на операционном столе. Внутривенно медленно вводится 1% раствор тиопентала в количестве 20—40 мл, одновременно начинаем подачу кислорода. Интубация производится при полном расслаблении мышц и голосовых связок, вызванном быстрым внутривенным введением 5 мл 2% раствора мио-релаксина. Наркоз ведется по закрытой циркуляционной схеме аппаратом А-27-Красногвардеец. Дается эфирно-кислородная смесь. Поддерживается I уровень III хирургической стадии или более поверхностно. В 4 случаях после достижения известной глубины наркоза дачу эфира прекращали, наркоз поддерживали закисью азота. Считаем целесообразным проводить управляемое дыхание, что сберегает силы больного. Подачу наркотического вещества прекращаем за 25—30 мин до конца операции. Обычно

больные просыпаются на операционном столе с наложением последнего кожного шва. Здесь же проводим дезинтубацию.

Ни в одном случае при интубационном наркозе не было серьезных осложнений. В послеоперационном периоде у 4 больных был легкий стоматит, у 2 — воспаление легких, осложнения были у 5 больных.

При вскрытии гнойников, абсцессов и т. п. применяем внутривенный наркоз. Первичные хирургические обработки также удобнее производить в некоторых случаях под внутривенным наркозом. Проведено 30 внутривенных наркозов. Так как при этом может наступить внезапная остановка дыхания, наготове должны быть ларингоскоп, аппарат для искусственного дыхания и интубационные трубки.

Организация анестезиологической службы в больнице позволила применять различные виды современного обезболивания, сообразуясь с интересами больных.

Для овладения основами анестезиологии один из хирургов был послан на курсы по анестезиологии в хирургическую клинику ГИДУВа (г. Ленинград), которыми руководил В. Л. Ваневский. Метод обучения хирургов основам анестезиологии на специальных курсах наиболее целесообразен. Но врач любой специальности может овладеть методами и теорией современной анестезиологии по соответствующим руководствам (И. С. Жоров, Е. Н. Мешалкин и В. П. Смольников). После аттестации следует присваивать звание анестезиолога с обязательством обучить всех хирургов больницы интубационному наркозу. Это было сделано в нашей больнице. В помощь врачу выделена специальная обученная медицинская сестра. Ей доверены уход за аппаратурой, приготовление к анестезии, забота о медикаментах и участие в проведении анестезии, в некоторых случаях самостоятельное проведение масочного аппаратного эфирно-кислородного наркоза. Мы полагаем, что медсестре-наркозисту можно поручить проведение наркоза больному, интубацию которому провел врач, а в дальнейшем и проведение интубационного наркоза под наблюдением врача-анестезиолога. Это особенно важно в небольших сельских больницах, где нередко один врач-хирург.

Овладение современными методами обезболивания создает объективные условия для внедрения в практику сельских районных больниц больших сложных хирургических операций, в том числе операций на сердце и легких. Это очень важно для отдаленных районов, так как некоторые больные предпочитают оперироваться на месте.

Интересы охраны здоровья сельского населения настоятельно требуют широкого введения современных видов обезболивания в практику сельских районных больниц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневский А. В. Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата, М., 1956. — 2. Жоров И. С. Общее обезболивание в хирургии, 1959. — 3. Зильбер А. П. Тр. I съезда хирургов РСФСР, 1959. — 4. Мешалкин Е. Н. и Смольников В. П. Современный интубационный наркоз. — 5. Организация хирургической работы на сельском врачебном участке и в районной больнице, Кишинев, 1959. — 6. Стручков В. С. Очерки по общей и неотложной хирургии, 1959. — 7. Н. Мейер, R. Scholze. Ztb. f. Ch., 1956, N. 2.

Поступила 16 декабря 1960 г.

ВНУТРИКОСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Мл. научн. сотр. Э. Я. Апина

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
(директор — проф. Л. И. Шулуток)

За последние годы внутрикостный метод обезболивания, предложенный в 1946 г. советским хирургом С. Б. Фрейманом, нашел широкое применение в ортопедо-травматологической практике.

В печати опубликован ряд работ, авторы которых указывают на высокую эффективность внутрикостной анестезии (И. Л. Крупко, С. С. Ткаченко, А. В. Воронцов, Ю. Г. Абрамов и др.).

Сущность метода внутрикостной анестезии состоит во введении раствора новокаина в участок кости губчатого строения путем ее пункции, при обязательном условии наложения предварительно жгута проксимальнее места введения новокаина.