

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-нарколизатору 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. Meyer, 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. Шулушко)

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.

Введенный раствор распространяется по венам, начиная от венозных капилляров губчатой кости до места наложения жгута, откуда ретроградно заполняет всю венозную систему участка конечности, расположенного дистальнее жгута (С. С. Ткаченко, И. Л. Крупко, А. В. Воронцов).

Внутрикостная анестезия в Казанском институте травматологии и ортопедии начала применяться с 1952 г.

Нами изучены и проанализированы результаты применения внутрикостного обезболивания при ортопедических операциях на конечностях у 548 больных, которым произведено 564 операции.

По характеру оперативных вмешательств были следующие: остеосинтез бедренной кости — у 1; остеосинтез костей голени — у 73; остеосинтез плечевой кости — у 4; остеосинтез костей предплечья — у 23; остеосинтез плюсневых и пястных костей — у 3; надмыщелковая остеотомия — у 27; резекция коленного сустава — у 100; сшивание надколенника — у 11; артродез голеностопного сустава — у 111; сухожильная пластика с клиновидной резекцией костей стопы — у 113; ампутация и реампутация — у 32; некрэктомия при остеомиелите — у 11; другие операции — у 55.

Внутрикостная анестезия применена на верхних конечностях 30 раз и на нижних — 534. Оперировано мужчин 304, женщин — 244. Возрастной состав больных был разнообразен: от 6 до 11 лет — 24; от 11 до 21 г. — 196; от 21 до 41 г. — 263; от 41 до 60 лет — 65; всего — 548.

При внутрикостной анестезии мы пользовались общепринятой методикой. На проксимальный отдел конечности выше оперативного вмешательства накладывается жгут-манжетка от аппарата для измерения АД, в которой создается давление 220—240. Продолжительность пребывания жгута на конечности не должна превышать общеустановленных правил. В отличие от других авторов, применяли 0,25% раствор новокаина, причем в значительно большем, чем обычно, количестве. Так, при операциях на верхних конечностях, вместо рекомендуемых 25—90 мл 0,25—0,5% раствора новокаина, мы вводили от 60 до 140 мл, на нижних конечностях, вместо 45—120 мл, вводили от 70 до 150 мл.

Местом введения новокаина мы избрали на нижней конечности пяточную кость, лодыжки (чаще внутреннюю) и мыщелки бедра. На верхней конечности — эпифиз лучевой кости, надмыщелки плеча, локтевой отросток и головку 1 пястной кости.

При правильном выборе места введения раствора новокаина прокол кортикального слоя кости осуществляется довольно легко без особого усилия. Нежелательно прокалывать дважды одну и ту же кость, так как новокаин через первое отверстие непременно будет изливаться в мягкие ткани и обезболивающий эффект будет недостаточен. У детей, чтобы не повредить ростковой зоны, иглу следует вводить ближе к метафизарному отделу кости.

По мере введения раствора новокаина на коже конечности появляются светлые пятна, создающие впечатление «мраморности» кожи. Такая окраска конечности дает основание судить о наступившей анестезии. Продолжительность анестезии определяется временем пребывания жгута. Длительное пребывание жгута на конечности часто вызывает болевые ощущения на месте перетяжки. Для предупреждения этих неприятных ощущений нами применен перед наложением жгута футлярный новокаиновый блок по Вишневскому. Наблюдения показали, что это мероприятие полезно, и им следует пользоваться.

Тотчас после снятия жгута больные иногда жаловались на головокружение и шум в ушах. Это объясняется тем, что в общее кровяное русло быстро поступает новокаин. Для устранения этих неприятных явлений целесообразно расслаблять жгут постепенно и под кожу вводить раствор кофеина.

Исследование крови у больных после операции, проведенной под внутрикостной анестезией, обнаружило ряд изменений морфологической картины крови. Возник вопрос, не вызваны ли эти изменения внутрикостной анестезией? Для ответа на этот вопрос проводилось исследование крови также и у больных, оперированных под общим эфирным наркозом. При этом оказалось, что независимо от метода обезболивания в первые часы после операции выявляется лейкоцитоз различной степени, который, как правило, снижается к концу первых суток. Эти колебания, по-видимому, возникают в результате травмирующего воздействия оперативного вмешательства.

Пользуясь внутрикостной анестезией много лет, мы только в 12 случаях не получили обезболивающего эффекта, что составляет 2,1% к общему числу операций. Большинство из этих неудач относится к первому году, когда дозировка новокаина, методика наложения жгута, подготовка больного к операции не были еще достаточно разработаны. В одном случае анестезия не наступила из-за большого количества рубцовой ткани после туберкулезного процесса левого коленного сустава.

Наблюдались и осложнения. Так, у 2 больных вследствие механического сдавления жгутом нервных стволов наблюдался парез кисти.

К недостаткам внутрикостной анестезии следует отнести необходимость сохранения наложенного жгута до ушивания раны. С этим обычно связан недостаточный гемостаз, что иногда приводит в послеоперационном периоде к обильному пропитыванию кровью гипсовой повязки. В двух случаях кровотечение было настолько значительным, что для срочного наложения давящей повязки на послеоперационную рану пришлось вырезать «окно» в гипсе.

Наши наблюдения показали, что внутрикостную анестезию не следует применять при заболеваниях сосудов, варикозном расширении вен, тромбфлебите и эндартериите.

Если пользоваться внутрикостной анестезией при кожных пластических операциях, то нужно учесть возможность отторжения недостаточно хорошо фиксированного трансплантата образующейся гематомой.

Несмотря на отмеченные недостатки, внутрикостная анестезия в ряду обезболивающих методов при операциях по поводу заболеваний опорно-двигательного аппарата должна занять видное место.

В пользу этого говорит то, что полное обезболивание при внутрикостной анестезии дает возможность производить оперативные вмешательства на всех тканях конечности, и, наряду с этим, совершенно не нарушаются топографоанатомические взаимоотношения тканей. Некоторая экономия в расходовании раствора новокаина, по сравнению с местной инфильтрационной анестезией, также является положительной стороной внутрикостной анестезии.

Простота техники и безопасность для больных делают этот метод доступным для широкого круга практических врачей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алейников В. С. Хирургия, 1953, 6. — 2. Звягинцев А. Е. и Воробов Л. А. Хирургия, 1954, 3. — 3. Крупко И. Л., Воронцов А. В., Ткаченко С. С. Внутрикостная анестезия при хирургических вмешательствах на конечностях. М.—Л., 1955. — 4. Шуляк Г. М. Вестн. хир., 1952, 5.

Поступила 28 апреля 1960 г.

ОПЫТ НАЛОЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО СОУСТИЯ ПО СПОСОБУ К. П. САПОЖКОВА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Н. А. Мифтахов

— главврач Ютазинского района ТАССР и районной больницы

Вопрос о методике наложения желудочно-кишечных соустьев при резекции желудка не потерял остроты и практического значения.

Способ Бильрот I и его видоизменения не получили широкого распространения из-за технического несовершенства. Сблизить концы желудка и двенадцатиперстной кишки удастся далеко не всегда. Широко распространены способ Бильрот II и его модификации. Важным моментом в технике резекции желудка является вопрос о применении жомов. До сих пор этот вопрос не полностью разрешен, однако большинство хирургов, главным образом практических врачей, при резекциях желудка продолжает пользоваться желудочными и кишечными жомами. Существует много разновидностей желудочных и кишечных клемм, техники их наложения и т. д. Наложение жомов при операциях создает ряд неудобств и имеет ряд недостатков. Клеммы стесняют действия хирурга, мешая на определенном этапе наложению швов, и не позволяют хорошо приблизить одну стенку к другой. Клеммы травмируют все слои стенки желудка и кишки, сдавливая сосуды, бывают причиной последующих кровотечений, так как во время операции кровотечения не видно. Зажимы иногда соскальзывают, при высоких резекциях наложение жомов невозможно. Применение жомов создает благоприятные условия, способствующие проницаемости стенок желудочно-кишечного тракта для микробов.

С 1955 г. в хирургическом отделении Уруссинской больницы мы применяем бесклеммный метод резекции желудка, а с 1957 г. начали применять методику наложения соустьев на желудочно-кишечном канале по К. П. Сапожкову.

Нами сделано 108 резекций желудка без наложения клемм, из них 47 резекций по методике К. П. Сапожкова. Произведено резекций желудка по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки — 50, по поводу язвенной болезни желудка — 17, перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки и желудка — 13, рака желудка — 19. Кроме того, сделано 9 дегастрозэнтеростомий. Комбинированных резекций желудка было 23, которые сопровождалась резекцией поджелудочной