

Из Троицкосавской городской больницы Бурято-Монгольской республики.  
(Завед. б-цей д-р М. Х. Шалунов).

## Метод местной анестезии А. В. Вишневского в условиях участковой больницы.

Д-р М. Х. Шалунов.

В истории развития хирургии годы, когда впервые были применены эфир и вслед за ним хлороформ, как обще-наркозирующие средства, отмечены особо выдающимися событиями. На фоне почти полного отсутствия обезболивающих средств применение эфира и хлороформа вызвало всеобщее признание.

Эти средства дали возможность широко развернуть хирургическую работу и обеспечили дальнейшее развитие хирургии во всех областях человеческого тела.

Однако, вскоре обнаружилось, что наряду со своими несомненными достоинствами эти средства проявили ряд важных недостатков, основанных на токсическом действии их на сердце, органы дыхания, печень и др. важные органы. Оказалось, что несмотря на все принимаемые меры все же на 1000—2000 больных, оперируемых под этим видом наркоза, один погибает. С течением времени выяснилось, что общий наркоз, вследствие вызываемого им перерождения внутренних органов, может давать смертельные исходы и на более поздних сроках. Недостаток опытного персонала в участковых больницах, отсутствие хороших наркотизаторов, часто давали повод участковым врачам отказываться от хирургического лечения. Отсюда естественно стремление периферических хирургов к более совершенному методу обезболивания—к местной анестезии. К сожалению, существующие методы местной анестезии оказались технически сложными и вследствие этого в руках неопытного врача не эффективными и не лишенными известной доли опасности. Так, метод Вгауп'a, заманчивый по своей идее, технически сложен, спинно-мозговая анестезия, имея много противопоказаний, является слишком грубым вмешательством на таком жизненно-важном органе как спинной мозг, почему применение ее при несложных операциях (геморрой, грыжи, аппендициты и др.) ни чем не оправдывается. При этом виде обезболивания не исключена возможность повреждения отдельных нервов, оболочек мозга и даже ткани спинного мозга. Метод Schleich'a дает несовершенное обезболивание, а регионарная анестезия в руках даже опытных хирургов больших центров не всегда дает желаемый эффект. Таким образом, несовершенство и недостатки существующих методов обезболивания сильнее всех чувствовали участковые хирурги и большинство их долгое время или всю жизнь вынуждены были свою хирургическую деятельность ограничивать мелкими операциями и только немногие отваживались производить более крупные оперативные вмешательства.

Такие обезболивающие вещества как авертин, бромэтил, изопрал, гедонал и др. совершенно недоступны участковым хирургам. Самый распространенный из них авертин по литературным данным имеет также ряд существенных недостатков: часто не наступает полная аналгезия, вследствие чего прибегают добавочно к эфирному наркозу, дает известный

процент смертельных исходов, зарегистрированных различными авторами.

На фоне обилия средств и методов обезболивания—метод местной анестезии проф. А. В. Вишневецкого, названный им методом ползучего инфильтрата сразу привлек внимание и интерес широких слоев участковых хирургов, благодаря своей эффективности, доступности и отсутствию токсического действия.

Лично я начал применять метод проф. А. В. Вишневецкого с 1929 г. и ниже приводимая таблица относится к работе с сентября 1929 г. по сентябрь 1933 г., протекавшей в 2-х больницах: г. *Троицкосавска* Бурято-Монгольской республики и гор. *Петрова*—Забайкальский Восточно-Сиб. край.

№№ п/п.	Название операции.	Колич. опер.	Колич. нагн.	Выздоровело.	Умерло.
1	Аппендэктомия . . . . .	596	23	596	—
2	Гастрэнтероанастомоз . . . . .	23	2	22	1
3	Резекция желудка . . . . .	8	—	7	1
4	Резекция кишек . . . . .	2	—	2	—
5	Грыжесечения . . . . .	271	13	271	—
6	Эхинококк печени . . . . .	6	—	6	—
7	Подшивание почек . . . . .	7	—	7	—
8	Удаление почек . . . . .	3	—	3	—
9	Геморрой . . . . .	48	—	48	—
10	Удаление матки . . . . .	5	1	5	—
11	Стерилизация (перерезка фаллопиевых труб) . . . . .	13	2	13	—
12	Удаление кисты яич. . . . .	4	—	4	—
13	Colpo et perineographia . . . . .	8	2	8	—
14	Удаление подчелюстных желез с пластикой нижней губы . . . . .	7	1	7	—
15	Зоб . . . . .	6	1	6	—
16	Резекция ребра . . . . .	10	—	9	1
17	Экстирпация груд. железы . . . . .	12	3	12	—
18	Кесарев. сечение (5 мес. берем.) . . . . .	1	—	1	—
19	Камни мочевого пузыря . . . . .	4	—	4	—
20	Высокое сечение мочевого пузыря по поводу гипертрофия простаты . . . . .	5	—	4	1
21	Свищ мочеиспускат. канала . . . . .	1	—	—	1
22	Саркома передн. стенки живота . . . . .	1	—	1	—
23	Ампутация конечностей . . . . .	4	1	4	—
24	Заворот кишек . . . . .	3	—	1	2
25	Водянка яичка . . . . .	6	—	6	—
26	Катаракта . . . . .	5	—	5	—
Итого . . . . .		1059	49	1052	7

Из таблиц видно, что произведено под местной анестезией 1059 операций, под общим наркозом 18 операций. В процентном отношении под местной анестезией прооперировано 98,4% больных и под общим наркозом 1,6%. Процент нагноения при местной анестезии 4,7%, а процент смертности 0,7%.

Причины смерти 7 больных. Один больной с острым угрожающим желудочным кровотечением в одном случае, ввиду технической трудности, ограничили наложением гастрэнтероанастомоза; на 10-й день внезапное обильное кровотечение

## Оперировано под общим наркозом.

№№ п/п.	Название операции или диагноз.	Колич. опер.	Колич. нагн.	Вызоро- вело.	Умерло.
1	Резекция желудка по поводу про- бодной язвы, с общим перитони- том . . . . .	1	—	—	1
2	Extirpatio uteri . . . . .	1	—	—	1
3	Внематоч. беременность . . . . .	3	1	3	—
4	Удаление кисты яичника . . . . .	2	—	2	—
5	Кесарев. сечение . . . . .	2	—	2	—
6	Ампутация конечностей . . . . .	3	1	2	1
7	Илеус . . . . .	1	—	—	1
8	Трахеотомия . . . . .	4	—	2	2
9	Кровавое вправление врожденно- го вывиха тазобедр. суст. . . . .	1	—	1	—
Итого . . . . .		18	2	12	6

послужившее причиной смерти. Второй 6-й, после резекции желудка, смерть на второй день. Третий 6-й, с абсцессом легкого и гнойным плевритом; смерть на 20-й день после резекции ребра. Четвертый 6-й умер через 30 дней после высокого сечения мочевого пузыря. Пятый больной погиб от мочевой инфильтрации после операции по поводу стриктуры уретры. Шестой и седьмой 6-ые умерли после операции по поводу запущенного илеуса.

Как видно отсюда причиной смерти анестезия ни в одном случае не была. В процессе работы я убедился, что метод проф. Вишневецкого технически прост, доступен любому хирургу, не связан ни с какой опасностью в смысле каких-либо побочных повреждений. Ни в одном случае мы не наблюдали хотя бы легкого явления новокаинового отравления, применяя 0.25% новокаина на Рингеровском растворе. Ни в одном случае дополнительно не давали общего наркоза. Неоднократно оперировались нами 6—8-летние дети под местной анестезией. Метод позволяет спокойно проводить любую большую операцию, не требуя большого количества помощников.

Мнение некоторых хирургов, что тугая инфильтрация тканей раствором затемняет анатомическую картину, более чем непонятно, наоборот, ткани раздвигаются, анатомические взаимоотношения и все детали становятся ясно различимыми; отделение опухолей, тесно связанных с соседними органами в значительной степени облегчается (гидравлическая препаровка). Участковый хирург в данном методе имеет не только верное и безопасное средство обезболивания, но и средство, помогающее разбираться в деталях анатомической картины операционного поля.

Таким образом, если эфир и хлороформ обеспечили развитие хирургии до современного уровня и если круг высококвалифицированных хирургов был ограничен в пределах крупных городов и отдельных единиц на периферии, то метод профессора А. В. Вишневецкого создает для участковых хирургов возможность быстрейшего овладения техникой практической хирургии и отсюда возможность оказания более квалифицированной помощи на периферии.