

могут иметь место, т. к. мы не обладаем еще в настоящее время методикой, которая позволила бы точно учесть количество овариолизата, необходимое для приведения полового аппарата опытного животного к определенному специфическому эффекту. С другой стороны, для суждения об активности овариолизата необходимо учесть биодинамику действия его на весь организм, в частности на обмен веществ, вегетативную нервную систему, на другие эндокринные железы. Все эти вопросы требуют дальнейших экспериментальных и клинических наблюдений. А потому, воздерживаясь от окончательных выводов в далеко еще невыясненном вопросе о действии овариолизата, мы, на основании своих исследований, позволим себе высказать следующее: введение овариолизата, приготовленного по методу проф. Тушнова, в указанных выше дозах и количествах не вызывает заметных изменений в морфологии и физиологических функциях полового аппарата половозрелых и неполовозрелых самок — мышей и крыс.

Отрицательные результаты, полученные нами в опытах с другими овариальными препаратами, лишней раз оправдывают усилия научной мысли, направленные к исканию новых путей лечения овариальных эндокринопатий.

Литература. 1) М. П. Тушнов—Каз. мед. жур., 1927, № 1;—2) М. П. Тушнов—Каз. мед. жур., 1928, № 2;—3) М. П. Тушнов—Сборник трудов Каз. гос. ин-та для усов. врачей, посвященный проф. Р. А. Лурия, т. I;—4) Miyagawa—цит. по Викторову.—Каз. мед. жур., 1928, № 8;—5) Tera-da. Scientific reports from the Government Institute for infectious diseases, vol. V, 1926;—6) Steinach—цит. по Кольцову.—Сборник статей по вопросу „омоложение“. Госиздат, 1923;—7) Lipschütz. Вестн. эндокринологии, 1927, № 1 (7);—8) Lütge и V. Mertz. Berichte über die gesamte Gyn. u. Geb., Bd. XIII, s. 241;—9) Allen. Americ. Journ. of. Anat., 1922, № 30;—10) Stockard and Papanicolaou. Americ. Journ. of. Anatomy, 1917, v. 22;—11) Zondek und Aschheim. Arch. f. Gyn. 1925, 1927, H. 1. S. 250;—12) Biedl. Внутренняя секреция. Изд. «Практич. медицины», 1914;—13) Lambert, Ludwig, Adler, Novak—цит. по Biedl'ю.

Из Факультетской хирургической клиники Казанского государственного университета. (Директор проф. А. В. Вишневский).

Моя методика местной анестезии при операциях в брюшной полости.

Проф. А. Вишневский.

С 7 рис.

В целом брюшная полость до настоящего времени не является завоеванной ни одним из существующих методов местной анестезии...

Отдельные операции, подчас довольно сложные, делаются в различных областях ее, но они не носят характера цельной, выдержанной системы, покоящейся на определенном принципе, а выглядят скорее случайно удавшимися хирургическими попытками, связанными обычно с различными комбинациями методов анестезии.

Уже Mikulicz одновременно с популяризацией Schleich'ом своего метода делал в брюшной полости различные крупные операции

при предварительном обезболивании стенок ее инфильтрацией по Schleich'y, продолжая операцию в брюшной полости обычно уже без всякой анестезии ее органов. Finsterer, Drüner и Fagg-предложили интраабдоминальную анестезию, рекомендуя опрыскивать раствором новокаина брыжжейки, связки и сращения, за которые приходится тянуть при операции (брыжжечная анестезия). Lawen и Siegel работали паравертебральную анестезию, а Kappis и Braun—анестезию п. splanchnici.

Из всех перечисленных методов наиболее широкое распространение получил, повидимому, последний метод, проводимый обычно в комбинации с общим наркозом (Lachgasnarkose), где последний имеет своим назначением выключить психику больного в момент операции и дать возможность безболезненно произвести проводниковую анестезию покровов живота и анестезию п. splanchnici.

В настоящем сообщении я не имею в виду касаться вопроса, кто и как себя ведет при применении местной анестезии в брюшной полости, и не буду производить поэтому подробной сравнительной оценки различных методов анестезии. Здесь я хочу только дать описание метода, который выработан мной в отношении анестезии органов брюшной полости, которым я и пользуюсь в клинике в последнее время.

Твердо держась принципа уложить все или почти все хирургические операции, производимые в различных областях человеческого тела, в рамки одного метода анестезии, я и здесь разрабатываю—инфильтрационную анестезию, с получением больших, ползучих, сливающихся инфильтратов, имея своим исходным пунктом т. наз. брыжжечную анестезию.

Последняя в том виде, как она была дана Finsterer'ом, Drüner'ом, Fagg'ом, и др., далеко не представляет собой законченного метода, почему всякий, кто захочет ею пользоваться, неизбежно окажется после вскрытия брюшной полости у своего больного в положении самоучки, иногда растерянно отыскивающего места для инъекций по ходу сосудов с риском проколоть их. Это и я переживал много лет, работая по указаниям названных авторов.

С течением времени, приобретя опыт и выдержку, я стал получать и при этих условиях вполне удовлетворительные результаты, вероятно—такие же, как и другие, кто пользовался этим методом долго. Но меня поражало всегда одно обстоятельство, именно—точно формулировать произведенную мной только что анестезию я никогда не мог.

Моя работа приобрела только тогда правильную методическую установку в отношении анестезии брюшной полости, в связи с чем резко изменились к лучшему и результаты ее, когда я перешел к действиям, описание которых и составляет цель моего настоящего сообщения.

Но все это будет понятней в изложении ряда отдельных крупных операций в брюшной полости.

Желудок. Описание анестезии при операциях на желудке я даю применительно к резекции его. Последняя часто может представить вообще большие затруднения для проведения анестезии в силу характера процесса и продолжительности самой операции: анестезия здесь должна быть строгой и длительной. Поэтому понятно, кто овладеет ею в этом случае, для того другие более легкие операции на желудке не представят никаких затруднений, почему я их и не буду касаться.

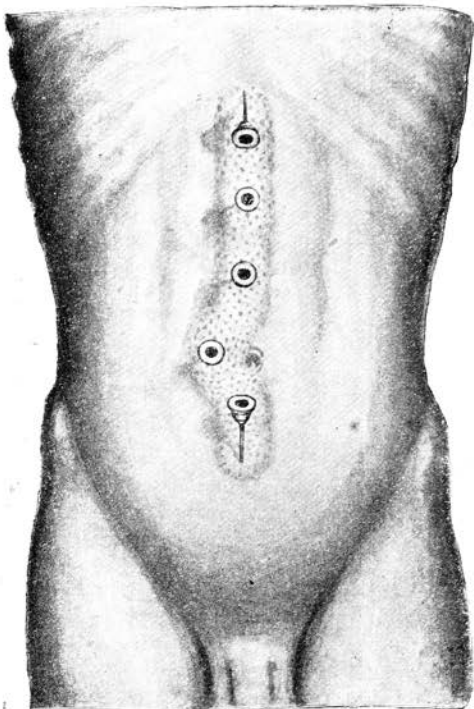
Итак моя методика здесь будет состоять в следующем:

1. Кожный желвак по линии будущего разреза по средней линии, обходя пупок справа или слева. Когда он готов, чрез него шприцем в 5—10 см.³ производятся инъекции в подкожный слой до апоневроза с расчетом так пропитать подкожную клетчатку, чтоб это пропитывание отразилось бы на напряжении и увеличении объема опять-таки кожного желвака. В каждом участке своего протяжения он должен иметь ширину в полтора-два поперечных пальца, ибо нечувствительность только такого мощного кожного желвака является длительной (3—4 часа). Далее—разрез и препаровка средней линии. Фиг. 1-ая.

2. Впрыскивание в место схождения апоневрозов средней линии нескольких 5—10 см.³ шприцов раствора для распределения его в большом количестве в предбрюшинной клетчатке и обязательное впрыскивание по обе стороны от средней линии под переднюю пластинку апоневроза *m. recti* правой и левой сторон. Разрез по средней линии и вскрытие брюшины.

3. Благодаря солидному пропитыванию предбрюшинной клетчатки краевые отделы брюшины с той и другой стороны подготовлены для осторожного раздвигания и приподнятия краев раны с целью начать анестезию париетальной брюшины. Теперь по обе стороны разреза под париетальную брюшину и далее, прокалывая заднюю стенку влагалища *m. recti*, вливается несколько 5—10 см.³ шприцев раствора. С этими инъекциями происходит не только пропитывание предбрюшинной клетчатки на большом протяжении, но и омывание со всех сторон *m. recti* при встрече в его влагалище порций раствора, введенного до этого спереди и теперь. Фиг. 2-ая и 3-ая.

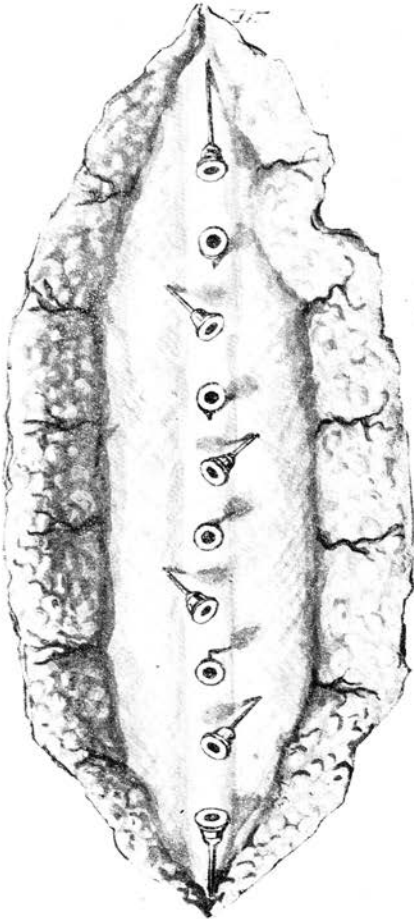
4. Закончив анестезию париетальной брюшины, в рану осторожно без грубых тракций вытягивается поперечно-ободочная кишка и также осторожно расправляется нижняя поверхность ее брыжжейки. Здесь, по возможности в бессосудистом месте, у корня ее производится первая инъекция раствора с тем, чтобы последний при последующих инъекциях, производимых уже в край образовавшегося инфильтрата, продвигался с одной стороны под задней париетальной брюшиной книзу по направлению к корню брыжжейки тонких кишек, а другая часть его, идущая от верхнего края первого инфильтрата пропитывала бы корень *mesocoli*



Фиг. 1. Кожный желвак и впрыскивание под кожу до апоневроза.

и имела бы наклонность, раздвигая ее листки, двигаться кверху по ходу влагалища *duodeni*. Фиг. 4.

Получение массивного, ползучего инфильтрата книзу необходимо для спокойного удержания в нижнем этаже тонких кишек (объемистый марлевый компресс).



Фиг. 2. Впрыскивание в среднюю линию и под переднюю пластинку влагалища *m. recti*.

Теперь пропитывается малый сальник обычным образом с уклоном по направлению к *cardia*.

В указанных условиях изоляция и подготовка *duodeni* для резекции идут необычайно легко и просто: раствор, омывающий ее, как будто бы уже сам сделал предварительную ее препаровку нежно, бескровно, выявляя в то же время тончайшие ее сосуды для перевязки.

После отделения от желудка *lig. gastro-colicum* видна верхняя пластинка инфильтрированной брыжжейки (*coli transversi*), а просвечивающий чрез нее инфильтрат позволяет подкрепить его дополнительными инъекциями раствора, который, пройдя над *pancreas*, движется дальше

Обстоятельство это имеет большое значение, ибо при обычной анестезии *n. splanchnici* по Брауну выпрыснутый раствор редко просачивается ниже корня брыжжейки *coli transversi*, а, следовательно, анестезия книзу от брыжжейки будет отсутствовать, что неизбежно скажется так или иначе в течении операции.

Откинув теперь книзу *colon transversum*, имеем возможность сверху рассмотреть заложенный в листках брыжжейки инфильтрат, просвечивающий здесь через тонкие листки *mesocoli*.

Руководствуясь отдельными местами его просвечиванья, стараемся отсюда его увеличить, продолжая инъекции раствора чрез указанные просвечивающие участки, делая вколы прямо в них. В этом случае совершенно отпадает опасность повреждения сосудов. Фиг. 5.

В результате этой процедуры *duodenum* со всех сторон омывается раствором (буквально плавает в нем), проникнувшим сюда в листках брюшины влагалища *duodeni*, а инфильтрат в силу сообщаемого ему продвижения дальше при повторении инъекций доходит до свободного края *lig. hepato-duodenale*.

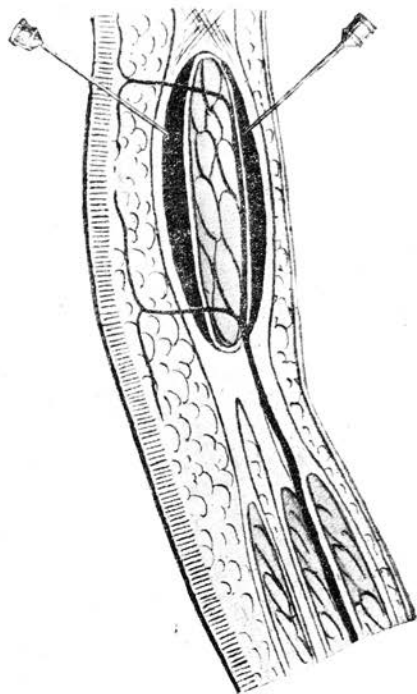
кзади и кверху, чтобы появиться в виде забрюшинного желвака на уровне малой кривизны желудка за малым сальником.

Наконец, последняя инъекция — в *plica gastro-pancreatica* и в *lig. gastro-lienale*. Фиг. 6-ая. Резекция желудка может теперь идти по любой модификации.

Желчные пути. Под местной анестезией на желчных путях мною сделано 123 операции, причем до осени 1928 г. я анестезировал косой разрез стенок живота под ребрами послойно „тугим инфильтратом“, обрабатывая париетальную брюшину по вскрытии брюшной полости тщательным пропитыванием ее у краев разреза, и производил в брюшной полости прямую инфильтрацию сращений, пузыря, *lig. hepato-duodenale* и т. д. На этом материале я имел 5 смертей, из которых ни одна не может быть поставлена в связь с методом обезболивания.

Приведенный материал не велик, но он не лишен интереса в том отношении, что он не был выбран из большого количества больных, обработанных в отношении анестезии как-либо иначе; он представлял собой всех тех больных, которые пришли ко мне за помощью в последнее время; он касался всех возрастов и всевозможных состояний больных до самых тяжелых включительно. Все они получили операцию под местной анестезией по указанному способу. Вероятно эта методика мало чем отличалась от той, какой пользовались и другие авторы (Farr¹, Gutierrez², Finsterer³ и др.) при попытках оперировать на желчных путях, применяя прямую интраабдоминальную анестезию. Я был доволен своими результатами, т. к. только в одном случае я дал больному самый короткий Aetherrauch (30,0 эфира) при исключительно неблагоприятных условиях расположения печени (малая печень и крайне высокое положение ее под диафрагмой). Однако, несмотря на получение хороших результатов, я все же пытался найти более точный метод для операций и на желчных путях.

С октября 1928 года я изменил в корне свое поведение в отношении анестезии в данном случае, поставив и здесь ее на рельсы того же метода, каким я пользуюсь теперь при операциях на желудке. Оказалось,

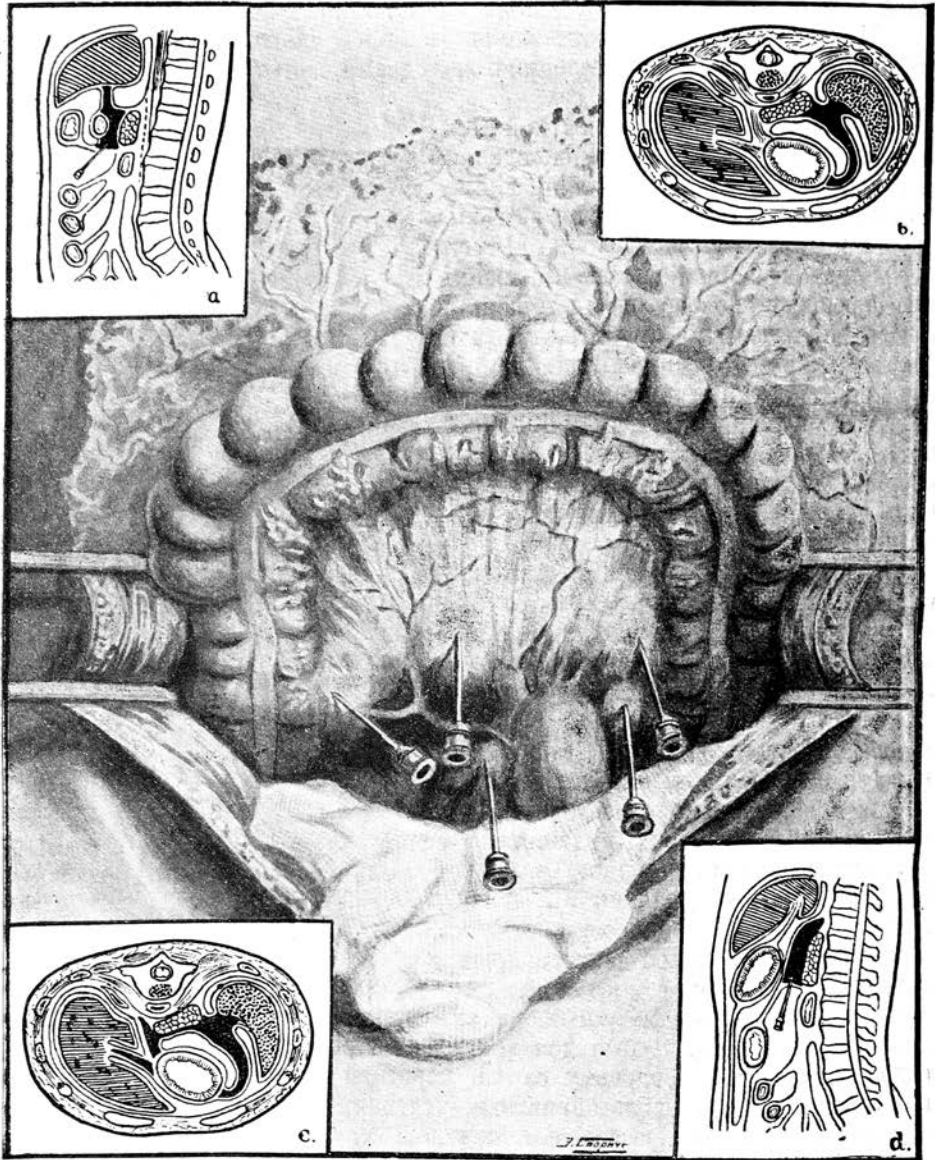


Фиг. 3. Схема введения раствора во влагалище *m. recti* чрез заднюю пластинку при анестезии париетальной брюшины при вскрытой брюшной полости.

¹) Farr. Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1924, № 3.

²) Gutierrez. Archives Franco-Pelges de chirurgie, 1925, № 11.

³) Finsterer. Die Methoden der Lokalanästhesie in der Bauchchirurgie 1923 г.



Фиг. 4. Введение раствора в mesocolon.

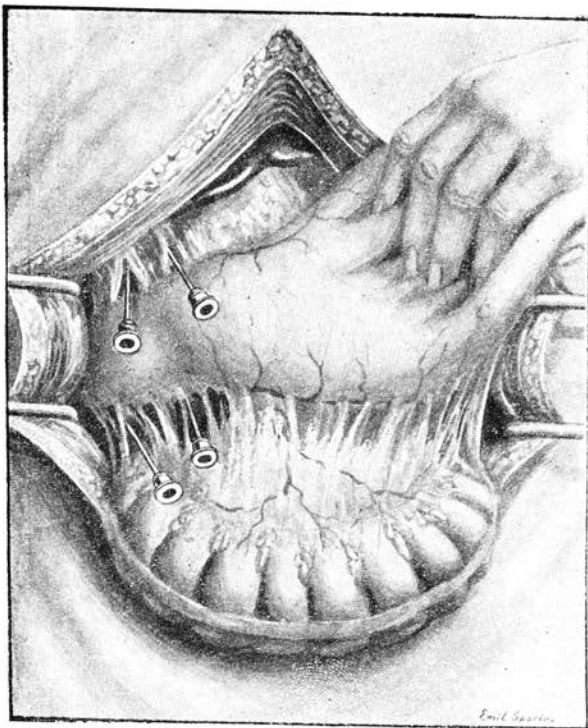
- а) Схема расположения раствора, введенного в правую часть mesocoli. Сагитальный разрез несколько выраво от средней линии.
- б) Схема расположения раствора, введенного в левую часть mesocoli. Поперечный разрез на уровне селезенки.
- в) Схема расположения раствора, введенного по всему протяжении корня брыжейки поперечно-ободочной кишки и особый инфильтрат lig. hepatogastricum. Поперечный срез на уровне селезенки.
- д) Схема расположения раствора введенного в середине mesocoli. Сагитальный разрез ¹⁾.

¹⁾ Анатомическое исследование путей продвижения раствора произведено докторами А. А. Вишневым и Г. М. Новиковым.

что и здесь этот метод столь же рационален, строг и точен, как и при операциях на желудке. Его здесь, конечно, нет надобности проводить в полном объеме, как он описан для желудка, но принцип, методика образования продвигающегося по определенным анатомическим путям инфильтрата остаются те же.

Вот как теперь я поступаю при операциях на желчных путях.

Вскрыв брюшную полость косым разрезом под ребрами после предварительной послонной анестезии стенок живота, заботливо анестезирую париетальную брюшину, отступая порядочно от краев разреза. По окончании ее *colon transversum* вместе с большим салником осторожно выводится наружу и производится пропитывание *mesocoli* в правом ее отделе с корня до периферии. Теперь, откинув *colon transversum* с брыжжейкой кпереди и книзу, перебирая пальцами и слегка натягивая *flexura hepatica*, можно разглядеть также как и при анестезии желудка, просвечиваю-



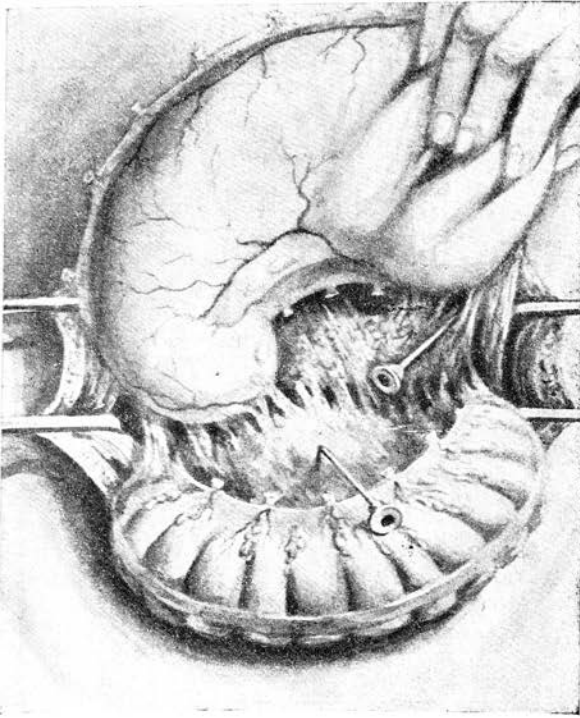
Фиг. 5. Дальнейшее образование инфильтрата в листках *mesocoli* при откинутой книзу *colon transversum*. Инъекции в места просвечивания инфильтрата и в *lig. hepato-gastricum*.

щей здесь в раздвинутых раствором листках брыжжейки инфильтрат, идущий к задней стенке живота и омывающий по пути *duodenum*. При повторных инъекциях раствора в него последний доходит до свободного края малого салника, т. е. до *lig. hepato-duodenale*. Увеличивая инфильтрацию последней, можно инфильтрировать и прилегающие отделы малого салника дальше влево.

Вся эта процедура должна быть предпослана инфильтрации самого желчного пузыря, который до этого момента не должен подвергаться никаким тракциям. До этого анестезия идет так, как будто бы мы и не собирались оперировать на желчном пузыре. В этот момент *colon* и большой салник могут быть вправлены в брюшную полость, после чего вводится большой марлевый компресс по направлению к почке. Теперь только приступаем к инфильтрации самого желчного пузыря. Фиг. 7.

В схематическом описании его анестезии можно предусмотреть два случая: 1) желчный пузырь имеет сравнительно сохранившийся

серозный покров, позволяющий произвести здесь подсерозное пропитывание его раствором и 2) желчный пузырь—рубцово-сморщенный с перерожденным серозным покровом.



Фиг. 6. Инъекции раствора через верхнюю пластинку в mesocolon, в plica gastropancreatica и в lig. gastroduodenale. Вскрытие bursa omentalis. Желудок откинут вверх.

малейших ее повреждений.

Во втором случае этого сделать нельзя и пузырь анестезируется отдельными вколами 2-х см.³ шприца посредством наложения обычных мелких желваков. После обработки пузыря в зависимости от обстоятельств перехожу на протоки или вскрываю duodenum. Анестезия этих органов подготовлена предшествующим пропитыванием, а потому все манипуляции над ними безболезненны и в случаях имеющих здесь сращения с flexura hepatica coli, duodenum, pylorus и т. д.

В основе моего метода предусматривается с места возможность этих сращений и система анестезии рассчитана на преодоление их.

Селезенка. Хорошо подвижная, не имеющая сращений селезенка легко удаляется чрез любой разрез стенок живота при предварительной анестезии последних тем или иным способом. Более трудные случаи требуют такого же строгого метода анестезии, как желудок и желчные пути.

В первом случае несколько 5—10 см.³ шприцев раствора легко и просто вводятся под serosam пузыря с расчетом не только пропитать пузырь целиком до протоков, до соединения его инфильтрата с инфильтратом lig. hepato-duodenale, но и отслотить его в известной степени от печени посредством такой, если можно так выразиться, препаровки его инфильтрирующим раствором¹⁾. Подсерозное удаление желчного пузыря в этих условиях идет необычайно легко и здесь можно оценить значение метода с чисто технической стороны, ибо предпосланная ножу инфильтрация дает возможность отделить пузырь от нижней поверхности печени поразительно легко без

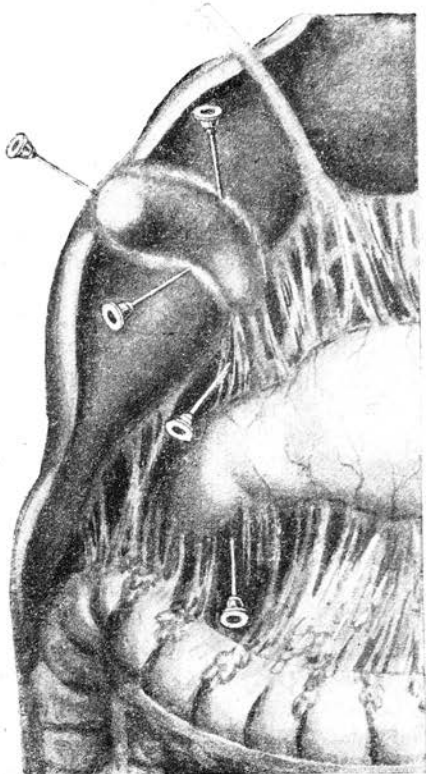
¹⁾ Здесь, как выразился однажды доктор К. В. Волков, имеет место как бы гидравлическая препаровка тканей.

В моей методике здесь также необходимо по вскрытии живота (косой разрез под ребрами слева) основательно анестезировать париетальную брюшину в краях разреза отступя от них на некотором расстоянии и перейти к анестезии корня и левой половины брыжжейки coli transversi. Затем, отделив слева от желудка на небольшом протяжении lig. gastro-colicum и войдя в салениковую сумку, произвести инъекции в брыжжейку coli transversi со стороны верхнего его листка и анестезировать lig. gastro-lienale. Редко понадобится при обширных сращениях с диафрагмальной брюшиной по частям инфильтрировать и эти сращения. Этим методом мною было сделано 10 спленектомий.

Эта система интраабдоминальной анестезии представляет собой анестезию нервных сплетений, выполняемую по частям и начинающуюся с периферических их распределений. В дальнейшем своем ходе она, вероятно, касается частично и ганглиозных отделов, но доходит до них не сразу, а постепенно, путем диффузии раствора, а поэтому и имеет на мой взгляд за собой много положительного как со стороны физиологической, так и со стороны ее практического применения и выполнения. В своей сущности она предусматривает многие возражения, делаемые против анестезии n. splanchnici по Вгаупу. Она не так агрессивна, не обязывает сразу действовать на большие ганглиозные скопления, технически более проста, может быть выполнена в верхнем этаже при любом разрезе стенки живота и при любой конституции больного, не требует какого бы то ни было общего наркоза и никогда не сопровождается падением кровяного давления.

С другой стороны, выполненная согласно вышеприведенным указаниям, она отличается от тех описаний прямой, интраабдоминальной анестезии по отдельным „полям действия“ или по сосудам брыжеек, которые носят и отражают в себе скорее элементы интуиции, опыта и техники, чем точной методики...

Толстые кишки. Мне не приходилось встречать описаний операции полного удаления толстых кишок с интраабдоминальными методами анестезии, а потому я с большим интересом попробовал ее в двух представив-



Фиг. 7. Дальнейшее образование инфильтрата в листках mesocolon при откиннутом книзу colon transversum. Впрыскивание в места просвечивания инфильтрата, анестезия lig. hepato-duodenale и желчного пузыря.

шихся мне случаях с определенными к ней показаниями, применив и здесь принцип образования больших ползучих инфильтратов.

Вскрыв брюшную полость большим срединным разрезом после предварительной анестезии стенки живота, я извлек в рану *colon transversum*, и брыжжейку ее снизу пропитал раствором. Полученный здесь инфильтрат передвинул книзу под брюшиной по задней стенке живота по направлению к корню брыжжейки тонкой кишки с тем, чтоб пропитать брыжжейку.

По мере пропитыванья последней, наружу из полости живота вывел тонкие кишки петля за петлей до полной их эвентрации. Откинув весь тонкий кишечник в левую сторону, я получил доступ к слепой кишке и к *colon ascendens*. Без труда расширил края инфильтрата брыжжейки тонких кишек вправо и как угодно пришил брыжжейку слепой кишки и забрюшинную клетчатку восходящей, производя инъекции у восходящего колена снаружи и внутри. Тут же надрезал брюшину, выделяя начальный отдел кишки и по мере выделения ее произвел перитонизацию дефекта. Поднявшись вверх, выделил *colon transversum*, которая уже вначале была обработана в отношении анестезии. Перед тем как перейти к *fl. lienalis*, *colon descendens* и *fl. S. R.*, тонкий кишечник перекладываю в салфетках на правую сторону и таким же порядком, как на правой стороне, веду обезболивание нисходящего отдела толстых кишек до конца *S. R.* Тонкие кишки все время остаются в совершенно спавшемся состоянии.

Обе женщины поразительно легко перенесли операцию, сняты были со стола с пульсом 70—72 и в послеоперационном периоде не имели никаких осложнений, кроме бывшего в течение некоторого времени понятного физиологического поноса.

Та и другая имели показания к удалению толстых кишек в множественных сужениях последних с неустраняемыми хроническими запорами. Окончательный результат операции у первой—неполный: больная являет собой сложнейшую картину хронического сепсиса кишечного происхождения. Она прикована к постели уже в течение 10—12 лет и за это время подвергалась 8 раз различным хирургическим операциям... В удаленных кишках—язвы и несколько сужений.

Вторая по поводу неустраняемого хронического запора также оперировалась до этого, ей был наложен анастомоз, соединяющий *ileum* с *fl. lienalis coli*, после чего она продолжала попрежнему страдать. Последняя операция—резекция всех толстых кишек привела ее к полному выздоровлению.

Обращаю внимание, что описанный мной способ дал мне возможность произвести удаление толстых кишек в условиях длительной эвентрации всего тонкого кишечника без малейших осложнений как в течение самой операции, так и после.

Органы таза. В области гинекологии мои принципы интраабдоминальной анестезии сводятся также к образованию больших, ползучих, сливающихся инфильтратов.

Один инфильтрат образуется со стороны промежности до вскрытия брюшной полости, идет по передней поверхности крестца и не имеет самодовлеющего значения в смысле парасакральной анестезии Braun'a, а предназначается для встречи с другим, заложенным по *lin. innominata*

и promontorium со стороны брюшной полости по вскрытии ее. В связи с указанным и техника введения раствора к передней поверхности крестца для образования первого инфильтрата совершенно упрощается по сравнению с парасакральной анестезией по Вгаип'у. В моем методе нет надобности иглой искать уровень того или другого сакрального отверстия с двух сторон, чтоб точнее подвести раствор к нервам, а достаточно просто вколоть иглу позади анального отверстия, у верхушки копчика и тотчас же начать инъекции, продвигая иглу дальше на некоторую глубину по направлению к передней поверхности крестца. Раствор сам найдет свое место. Впрыснуть нужно сюда 300—400 граммов раствора.

Каждый гинеколог, желающий оперировать в области абдоминальной гинекологии с местной анестезией, кроме того должен хорошо владеть анестезией париетальной брюшины в области разреза стенки живота и анестезией брыжжеек кишек не только для того, чтоб одолеть встречающиеся иногда сращения далеко за пределами таза, но и для того, чтоб устранить наблюдаемое иногда выпадение кишек из нижнего этажа брюшной полости.

Для анестезии я пользуюсь 0,25% новокaina в растворе Рингера, из которого сода удалена. На каждые 100,0 раствора прибавляю 2 капли адреналина. Этот раствор при послойном введении и разрезе без выжидания ввожу в очень больших количествах, не получая никогда интоксикации.

Выводы. 1. Методом ползучих, сливающихся инфильтратов в брюшной полости можно получить надежную анестезию органов для всех ее отделов.

2. Для продвижения инфильтратов надо пользоваться определенными анатомическими условиями.

3. Слабый раствор и осторожная инъекция его делают возможным производить безнаказанно пропитыванье листков брыжжеек и париетальной брюшины в каких угодно размерах.

Из клиники болезней носа, горла и уха Казанского гос. института для усов. врачей имени В. И. Ленина. (Директор клиники—проф. В. К. Трутнев).

К вопросу о лечении атрофического ринита.

Асс. Д. Н. Матвеев.

Терапия атрофического ринита очень богата методами лечения и лекарственными средствами, но ни одно из них нельзя считать удовлетворительным. Электролиз, вапоризация, пульверизация, лечение рентгеном, радием, ультрафиолетовыми лучами также не дают излечения. Недействительны также и операции пересадки Стенонова протока в Гайморову полость и слезных каналов в средний носовой ход. Временный лечебный эффект и возврат к болезненному состоянию (Воячек) дают операции сужения носовых ходов как путем сдвигания латеральных стенок полости носа к перегородке внутрь (Halle, Lautenschläger), так и имплантации пластинок хряща, кости, жира, гуттаперчи и друг. Не