

В средней трети левого бедра по наружной поверхности загрязненная рваная рана  $10 \times 8$  см.

Удалены разможенные участки пястных костей, костей запястья и мягких тканей левой кисти. Отсечены свисающие концы сухожилий. Адаптированы и вновь созданы запястно-пястные и пястно-фаланговые сочленения 1 и 5 пальцев и сшиты края капсулы сустава и боковые связки, а также мягкие ткани в области запястно-пястного сочленения. Разорванные мышцы области большого пальца и мизинца сшиты соответственно кетгутом. Отслоенный книзу и разорванный лоскут кожи восстановлен шелковыми швами и с небольшим натяжением обернут вокруг вновь созданных пальцев так, чтобы между кульями был промежуток. Рана обильно имбибирована пенициллином (500 тыс. ед.). Вставлен резиновый дренаж на сутки. Ладонный гипсовый лонгет.

В области левого бедра произведена первичная хирургическая обработка с закрытием раны наглухо и наложением гипсовой глухой тазобедренной повязки.

В области раны 3 пальца правой кисти произведен туалет и наложена асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал благополучно. Швы сняты на 12 день. Рана на бедре зажила без особенностей, и образовалась костная мозоль.

Через год и 9 месяцев новообразованными пальцами двигает хорошо. Оппонирующие движения с захватом возможны, держит ложку этой рукой. Сгибание и разгибание в лучезапястном суставе без особенностей.

Следует отметить, что при хирургической обработке в данном случае удалось за счет двух пястных костей, тенера, гипотенера и остатков кожных покровов смоделировать «клешино» по идее Крукенберга.

При операции важно иметь в виду, что расстройство кровообращения не столь опасно, как скопление крови в межмышечных и межфасциальных пространствах, сдавливающее сухожилия, нарушающее крово- и лимфообращение, что в последующем ведет к атрофии, рубцовому перерождению и развитию рубцовых контрактур.

#### **А. Е. Алеев (Начинальская сельская больница, Чамзинского района, Мордовской АССР). Заболеваемость аппендицитом сельского населения**

Хирургическая литература конца XIX века и первых двух десятилетий текущего столетия отмечает, что горожане, по сравнению с сельскими жителями, чаще страдают аппендицитом.

Социально-культурные преобразования, особенно в последние 25 лет, в корне изменили труд и быт на селе.

Очень многие виды полевых работ механизированы. Следовательно, уже теоретически можно допустить, что прежние факторы заболеваемости сельского населения аппендицитом теперь не характерны.

В Начинальской сельской больнице за 32 года (1924—55) по поводу аппендицита оперировано 1759 человек.

В 1924 по 1935 гг. больные аппендицитом встречались редко, от 7 до 15 за год. В дальнейшем число больных из года в год возрастает, и в 1951 г. максимальная цифра — 174.

С 1923 по 1928 гг. острым аппендицитом в селах Ульяновской области болели 346 человек, а с 1950 по 1955 гг. — 5697.

По данным Ардатовской больницы, с 1930 по 1935 гг. больных острым и хроническим аппендицитом было 185, а с 1950 по 1955 гг. — 683.

Наконец, рост аппендицита на селе подтверждают данные подворного обследования жителей одного из сел нашего врачебного участка. В 1929 г. осмотрено 1128 человек, аппендицит обнаружен у 5. В 1955 г. осмотрено 1061, аппендицит обнаружен у 58.

Женщины болеют аппендицитом чаще (62%), чем мужчины (38%).

Наибольшее количество больных приходится на возраст от 11 до 40 лет.

#### **Е. П. Архипов (Бутульма, Татарской АССР). Гипноз в хирургической практике**

Мы применили гипноз у 31 больного, из которых у 8 лишь в послеоперационном периоде. Предварительно проводились беседы с больными о сущности, научной обоснованности и пользы гипноза, его полной безвредности. Как правило, больной помещался в палату, где находился другой больной, уже прошедший ряд гипносеансов или успешно прооперированный под гипнозом, который завершал психоподготовку, содействуя укреплению веры в применяемый метод психотерапии. Для получения в любое время нужной глубины гипноза и хорошей внушаемости наяву проводились тренировочные сеансы через день (от 1—2 до 10 гипносеансов). Больным внушались безбоязненное отношение к операции, ее целесообразность, уверенность в благополучном исходе, в эффективности применяемого метода обезболивания. Отсутствие болей во время операции внушалось не только на уколы, разрезы, но и на потягивания и давление. Мы считаем целесообразным после внушения одеревенелости, оцепенения и

полной нечувствительности области операционного поля проводить пробы на аналгезию. В случаях, когда необходимо быстро получить нужную глубину гипноза или применяемые методы гипнотизации дают лишь поверхностный гипноз, мы считаем целесообразным применять нарко-гипноз, то есть дать снотворное и, по наступлении сонливости, начать гипнотизацию. К этому приему мы прибегли 2 раза.

Гипносуггестия удачно дополняет общепринятую предоперационную подготовку, облегчает ее. Нами отмечено, что во всех случаях, когда в предоперационном периоде проводились гипносеансы, больные очень спокойно вели себя на операции, обезболивающий эффект оказывался более полным, послеоперационный период протекал легко.

По подобной методике успешно прооперировано 6 больных острым аппендицитом (после предварительного гипносеанса вскоре после поступления) и 3 больных хроническим аппендицитом.

При производстве операции гипносуггестия применялась нами для обезболивания, при этом обезболивание было или чисто гипнотическим (2 операции), или в сочетании гипноза с местной инфильтрационной анестезией по А. В. Вишневскому (10 операций), или в сочетании гипноза с наркозом (2 операции).

Под гипнозом III стадии (по рабочей схеме Е. С. Каткова) зав. отделением Г. М. Кузнецовым произведена аппендэктомия больной Б., 11 лет, и врачом К. С. Забировым произведена операция грыжесечения больному М., 51 года, по поводу неоднократно ущемлявшейся паховой грыжи. Во время операций внушались приятные галлюцинации и иллюзии, обезболивание было полным. В соответствии с внушением в послеоперационном периоде не было отмечено болевых ощущений, послеоперационное течение было гладким. Швы снимались под гипнотической аналгезией.

Под местной анестезией в состоянии гипноза III—2 стадий прооперировано 10 больных: у 2 субтотальная резекция щитовидной железы по Николаеву, у 1 — грыжесечение, у 7 — аппендэктомия. Больные, за исключением 2 детей, которые во время операции вышли из состояния гипноза, переносили операции спокойно.

Для исключения возможных предоперационных волнений больные в день операции вызывались якобы для очередного тренировочного гипносеанса и уже в состоянии гипноза перевозились на каталке или приводились в операционную. Гипнотизация на операционном столе, по нашему опыту, возможна, однако сильно затруднена, при этом большей частью достигается лишь дремотное состояние. Глубокие степени гипноза (III 1—2—3 ст.) позволяют получать полную аналгезию, с выключением всех видов чувствительности. При менее глубоком гипнозе мы предпочитаем оперировать с добавлением местной анестезии или наркоза, особенно у больных с лабильными нервными процессами.

В послеоперационном периоде с помощью гипносуггестии, по нашим наблюдениям, можно снимать послеоперационные боли, обеспечивать хороший сон, устранять такие осложнения послеоперационного периода, как рефлекторную задержку газов, стула, мочеиспускания, производить безболезненно перевязки и снятие швов. С помощью гипносуггестии оказывается возможным устранять неудобство приданного положения, подавлять чувство голода мнимым кормлением. Можно устранять тошноту и рвоту (не связанные с эфирным наркозом).

Гипносуггестия может быть эффективным и физиологичным подспорьем, а иногда и основным средством обезболивания, подготовки и устранения функциональных нарушений во всех периодах пребывания хирургического больного в стационаре. Она особенно эффективна для эмоционально неустойчивых, впечатлительных, невротических больных, для лиц со слабым типом нервной системы. Поэтому гипнозом должен владеть каждый хирург, а тем более — анестезиолог.

#### Канд. мед. наук М. И. Федоров (Казань). О скоропостижной смерти трахеотомированных больных

В некоторых случаях при острых и хронических заболеваниях гортани, сопровождающихся ее стенозом, единственным средством спасения больного является трахеотомия.

В нашей практике встретились случаи скоропостижной смерти в результате нарушения элементарных правил обращения с трахеотомической канюлей.

1. Гале, 3,5 лет, 7/XII 1949 г. была сделана нижняя трахеотомия по поводу папилломатоза гортани. Выписана в январе 1950 г. в удовлетворительном состоянии с трахеотомической канюлей.

19/VII 1950 г. к ней была вызвана машина скорой помощи. Прибывшему врачу рассказали, что по наущению сверстников она ввела ягоду малины в трахеотомическую канюлю. Почувствовав затруднение дыхания, она прибежала домой и рассказала матери о случившемся, а вскоре у нее на руках стала задыхаться. Решив, что канюля засорилась, мать с целью спасения ребенка, не вынимая внутренней трубки, решила промыть ее на месте, влив в ее отверстие приблизительно половину стакана воды, после чего ребенок через несколько минут скончался. Прибывший врач скорой помощи констатировал смерть ребенка; вынув внутреннюю трубку, обнаружил просвет ее свободным. При поворачивании ребенка вниз головой из отверстия канюли