

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 II—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 скоростижной 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 скоростижной 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

вытекла пенная жидкость с единичными крупинками малины. Диагноз врача скорой помощи совпал с результатами вскрытия: смерть от асфиксии, аналогичной утоплению.

И. Ч., 50 лет, после трахеотомии по поводу туберкулеза гортани в течение пяти лет пользовался трахеотомической канюлей. При этом несколько раз, по словам жены, в результате скопления слизи в трахеотомической канюле «он чуть не задохся». Внутреннюю трубку он не носил, а наружную прочищал изогнутой проволокой, не вынимая ее из стомы. Однажды в присутствии близких он внезапно закашлялся, почувствовал резкое затруднение дыхания и, едва успев сказать своей жене об этом, повалился на пол. У него появилась резкая синюшность кожных покровов, дыхание прекратилось, наступили судороги, и через 5—6 мин он скончался.

При извлечении судебным медиком трахеотомической трубки просвет ее оказался плотно закупоренным густой слизисто-гноевой массой.

Заключение в результате вскрытия: смерть наступила от асфиксии.

В наблюдаемых нами случаях правильное оказание первой помощи могло бы спасти жизнь. Однако этого не случилось, так как близкие родственники оказались беспомощными. На наш вопрос, почему они не извлекли трахеотомическую канюлю, следовал ответ: «я боялась»; «я не знала, что нужно делать». В этих случаях бросятся в глаза безнадзорность трахеотомированного и грубое нарушение правил пользования трахеотомической канюлей. Эти факты свидетельствуют, что разъяснительная работа врачей среди таких больных и их близких должна сопровождаться практическим их обучением правилам обращения с трахеотомическими канюлями.

### И. П. Арлеевский и Н. Н. Ягодина (Ленинград). Конъюнктивит от гудронной пыли

В результате попадания гудронной пыли у 5 рабочих, не пользовавшихся защитными очками, появились боль в глазах, ощущение инородного тела, резкая светобоязнь, слезотечение.

Конъюнктивит оказалась резко гиперемизированной, роговица неповрежденной. Лечение: темные очки, вкапывание в конъюнктивальный мешок 4 раза в день 0,25% раствора дикаина, 30% раствора альбумина и введение 1% тетрациклиновой мази.

Через 3 дня наступило выздоровление.

### Асс. К. Б. Старосельская, орд. Е. В. Грицевская, Р. И. Слепова (Казань). Сравнительная оценка окраски туберкулезных палочек в флотационном слое плеврального экссудата по Циль-Нильсену и Озолу

Для врача-клинициста обнаружение туберкулезных бактерий в плевральном экссудате имеет большое значение.

В плевральных экссудатах туберкулезную палочку удается обнаружить по методу Циль-Нильсена по данным А. Е. Рабухина в 4% случаев, Н. А. Пустоваловой — только в 0,5%.

Получивший в последнее время распространение флотационный метод позволил обнаруживать туберкулезные палочки в данном материале несколько чаще. Н. В. Попова и Г. А. Вонзблейн из 15 плевральных экссудатов, отрицательных по Циль-Нильсену, методом флотации обнаружили туберкулезные палочки в четырех случаях.

На кафедре микробиологии Казанского медицинского института с успехом применяется комбинация метода флотации с окраской по принципу толстого мазка для исследования мокроты на туберкулезные бактерии. Это позволило при исследовании большого количества проб обнаруживать туберкулезные палочки в мокроте на 10—12% чаще, чем при обычном методе флотации (М. Г. Шром, Р. И. Алхан-Кемал).

**Методика.** Посуда обрабатывалась по методу А. А. Клебановой и А. Е. Скрябиной. Исследуемый материал переносился из пробирок в склянки Сокслета, куда добавлялось равное количество 0,5% раствора NaOH. Все содержимое энергично встряхивалось в течение 10 мин, затем добавлялся 1 мл ксилола и дистиллированная вода до метки 130—150 мл и снова встряхивалось 10 мин; после этого добавлялась дистиллированная вода до самого верха, и все содержимое отстаивалось в течение часа. Весь сливкообразный слой наслаивался пастеровской пипеткой в равном объеме на 2 предварительно подогретых на закрытой водяной бане предметных стекла таким образом, что площадь каждого мазка равнялась  $3,5 \times 1,5 = 2$  см. Наслаивалось 3—5 слоев.

Высушенные на водяной бане мази окрашивались, первый — по классическому методу Циль-Нильсена, второй — по методу А. Э. Озола.

Препарат окрашивался карболовым раствором фуксина в течение 5 мин при отхождении паров обильно налитого на препарат фуксина, не допуская кипения. Так как раствор фуксина при продолжительном подогревании препарата испаряется, то необходимо по мере приближения момента его полного испарения добавлять новую порцию фуксина при строго горизонтальном положении стекла.

После пятиминутного охлаждения окрашенного препарата при комнатной температуре остаток фуксина сливается.