

леченного гексаметоном, АД несколько повысилось, а у больного, леченного тэтамоном и пахикарпином, — снизилось.

Во время лечения ганглиоблокаторами замедление пульса отмечено у 8, небольшое учащение — у 8, остался прежним — у 16.

#### ВЫВОДЫ:

1. При лечении язвенных больных ганглиоблокирующими препаратами почти во всех случаях получен положительный ближайший терапевтический эффект (исчезновение ниши в 50% и уменьшение ее размеров в 14%, у всех — отчетливое субъективное улучшение — исчезновение болей, болевой реакции на пальпацию и диспептических расстройств). У значительной части леченных пахикарпином отмечено его нормализующее влияние на переваривающую способность желудочного сока.

2. Большинство больных хорошо переносит лечение ганглиоблокаторами.

3. Применяя ганглиоблокаторы в указанных выше дозировках, мы не получили достаточно убедительных данных, подтверждающих выраженный тормозящий эффект этих препаратов на кислотность и секрецию желудочного сока. Кислотность желудочного сока в нервно-химическую фазу после лечения пахикарпином у большинства больных повысилась.

4. Ганглиоблокирующие препараты у лиц с нормальным АД оказывают умеренное гипотензивное действие, более заметное в начале лечения. Гипотензивный эффект в большей степени касается диастолического давления. В процессе лечения отмечено постепенное возвращение АД к исходным величинам. Невысокой степени гипотония не является абсолютным противопоказанием для применения ганглиоблокаторов. Заметного влияния на частоту пульса они не оказывают.

5. Ганглиоблокаторы можно рекомендовать как элемент комплексной терапии язвенной болезни.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Анничков С. В., Денисенко П. П. В кн.: Ганглиолитики и блокаторы нервно-мышечных синапсов, ИЭМ АМН СССР, Л., 1958.
2. Глазырина В. В. Клин. мед., 1957, прилож., стр. 18.
3. Научная конференция, посвящ. теоретич. обоснованию клинического применения ганглиоблокирующих и курареподобных средств. Тез. докл., 1957.
4. Новые лекарственные вещества в эксперименте и клинике. Л., 1958.
5. Петровский В. И. и Поваляева А. Т. В кн.: Витамины. Л., 1958.
6. Рысс С. М. Тез. научн. докл. выездной сесс. АМН СССР совместно с Минздравом Уз. ССР, М., 1958.
7. Шулутко И. Б. Тер. арх., 1959, 3.

Поступила 5 октября 1959 г.

## ОПЫТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПЕНИЦИЛЛИНА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Асс. З. С. Ахтямова

Из клиники госпитальной хирургии (зав. — проф. Н. В. Соколов) Казанского медицинского института, на базе 1-й городской больницы (главврач — З. А. Синявская)

Одним из эффективных лечебно-профилактических средств в последнее десятилетие оказались антибиотики, из которых пенициллин нашел самое широкое применение в хирургии для предупреждения инфекции после ранений и оперативных вмешательств.

Под нашим наблюдением находилось 120 больных, которым пенициллин применялся с профилактической целью, в абсолютном большинстве случаев в послеоперационном периоде.

Пенициллин вводился в брюшную полость во время операции по

200 000—300 000 ед., после операции в течение 4-х дней по 200 000 ед. через дренажную трубку, внутримышечно по 300 000 ед. в сутки; иногда пенициллин применялся комбинированно, то есть вводился в брюшную или плевральную полость, инфильтрировались края раны и одновременно вводился пенициллин внутримышечно.

Проанализируем наш опыт.

I. Из 19 больных с острым аппендицитом 12 после аппендэктомии пенициллин вводился только в брюшную полость по 300 000 ед. во время операции. Трем больным, кроме введения пенициллина в брюшную полость перед ее зашиванием, пенициллин вводился внутримышечно по 50 000 ед. через каждые 4 часа в течение трех суток. Четырем больным пенициллин вводился только внутримышечно в течение 3—4 дней.

Несмотря на сравнительно малые дозы затрачиваемого на курс лечения пенициллина (300 000—1 200 000 ед.), течение болезни у всех больных было гладким; раны зажили первичным натяжением.

II. Пенициллин применялся 5 больным, подвергшимся операции холецистэктомии по поводу желчнокаменного рецидивирующего холецистита. Он вводился в брюшную полость и внутримышечно. Течение болезни было гладким.

III. Из 15 больных с язвой желудка или двенадцатиперстной кишки 14 подверглись оперативному вмешательству. У 8 больных произведена резекция желудка, четырем наложен задний гастроэнтероанастомоз, двум произведено ушивание перфоративного отверстия, и только один больной с прикрытой перфорацией язвы желудка лечился консервативно.

Оперированные больные получали в основном пенициллин комбинированно 200 000—300 000 ед. в брюшную полость, а затем внутримышечно по 300 000 ед. в сутки в течение 3—5 дней. Неоперированному больному пенициллин вводился внутримышечно.

Умер один больной (несостоятельность швов в области культи желудка).

IV. Из 21 больного с острой кишечной непроходимостью у 7 была спаечная кишечная непроходимость, у 5 — заворот кишок, у 5 — узлообразование и у 4 — инвагинация.

7 больных со спаечной кишечной непроходимостью получали пенициллин в брюшную полость и внутримышечно, кроме одной больной, которой ввели только 300 000 ед. в брюшную полость перед ее зашиванием.

Из 5 больных с заворотом кишок (у 3 — тонких кишок и у двух — толстого кишечника) двое получали пенициллин комбинированно в брюшную полость и внутримышечно, двое только внутримышечно после операции. Одной больной пенициллин был введен один раз в брюшную полость перед зашиванием последней, но это оказалось недостаточным. Ей потребовалось на 4-й день после операции назначить инъекции пенициллина, что уже носило не профилактический, а лечебный характер.

У 5 больных, доставленных в клинику с явлениями острой кишечной непроходимости, при срочной лапаротомии было обнаружено узлообразование.

Все больные оперированы под местной инфильтрационной анестезией. Каждому из них в брюшную полость перед ее зашиванием вводился раствор пенициллина в количестве от 100 000 до 300 000 ед. Кроме того, 3 из них получали, начиная с первого дня после операции, внутримышечные инъекции пенициллина по 300 000 ед. в сутки от 4 до 10 дней. Течение у всех больных было гладким.

Четырем больным пенициллин с профилактической целью вводился после операции по поводу инвагинации кишок.

Каждому из этих больных в брюшную полость перед ее зашиванием

профилактически вводился пенициллин от 150 000 до 250 000 ед. Кроме того, больным производились инъекции пенициллина внутримышечно по 50 000 ед. через 4 часа в течение 3—4 дней. Течение у всех было без осложнений.

V. С профилактической целью вводился пенициллин 6 больным, оперированным по поводу грыж. У всех течение было гладким. Раны зажили первичным натяжением.

VI. Так же был применен пенициллин и у двух больных, оперированных по поводу эхинококка печени, которым была сделана эхинококкотомия с удалением хитиновой оболочки, с зашиванием фиброзной оболочки наглухо. Пенициллин вводили в полость кисты перед ее зашиванием, в последующем внутримышечно по 300 000 ед. в сутки в течение 9 дней. Из клиники выписаны на 41—42 день после поступления и на 28—32 день после операции.

На основании разбора историй болезни 68 больных с заболеваниями органов брюшной полости, можно сказать, что в абсолютном большинстве случаев послеоперационное течение было гладким; только у двух больных были его нарушения. У всех раны зажили первичным натяжением. Лучше всего сочетать введение пенициллина внутрибрюшинно с внутримышечными инъекциями.

VII. С первого же дня пенициллин вводился внутримышечно 10 больным с ожогами. Больные поступили через 1—4 часа после получения ожога. Площадь ожога была различной: 18% (один больной), 23% (один), 25% (одна), 40% (двое), 49% (одна), 60% (один), 66% (одна), 70% (одна), и 80% (одна больная). Большинство было доставлено в тяжелом состоянии, 4 — в состоянии шока.

Пенициллин вводили от 6 до 13 дней. И только одна больная, с 66% обожженной поверхности тела, получала инъекции пенициллина в течение 22 дней. Течение заживления у 7 больных было вполне благоприятным. Умерло 3 больных: мальчик 1 г. 8 мес. с поверхностью ожога в 60%; больная 79 лет с ожоговой поверхностью в 70% и больная 27 лет с ожоговой поверхностью в 80%.

VIII. Под нашим наблюдением было 11 больных с повреждениями головы: с переломом основания черепа — 1; с ранами мягких тканей головы — 5; с открытыми переломами костей черепа — 2; с огнестрельными переломами черепа — 3. Все больные, после первичной обработки раны, получали пенициллин внутримышечно по 300 000 ед. в сутки от 3 до 10 дней.

Профилактическое применение пенициллина в большинстве случаев было эффективным.

IX. После повреждения грудной клетки пенициллин вводился 13 больным (внутримышечно и при проникающих ранениях и внутриплеврально). У 8 были проникающие ранения, нанесенные ножом, у одного — проникающая колотая рана, у двух — проникающее огнестрельное ранение и у двух — ранение рогом быка (в одном случае ранение было проникающее в грудную полость, в другом — непроникающее). Течение болезни у всех было благоприятным.

Наши наблюдения показывают, что с профилактической целью при проникающих ранениях грудной клетки всегда нужно сочетать введение пенициллина в полость плевры с внутримышечными инъекциями.

X. Применялся пенициллин 5 больным с повреждением брюшной полости (с закрытым повреждением — 3; с проникающими ранениями — 2). При проникающих ранениях пенициллин вводился и внутрибрюшинно. Течение у всех было гладким.

XI. После первичной обработки ран пенициллин был применен при ранениях мягких тканей на конечностях, при открытых переломах и обширных повреждениях конечностей, потребовавших ампутаций. С ранениями мягких тканей было 2; с открытым вывихом — 1; с откры-

тым переломом конечностей — 6; с обширными повреждениями конечностей (травматическая ампутация) — 4 человека.

У всех больных течение было гладким, без нагноительных процессов.

В заключение, нужно сказать, что как при «чистых» оперативных вмешательствах, так и при травмах (закрытых, открытых, ожогах) применение пенициллина предупреждает воспалительные процессы и связанные с ними осложнения. Если в отдельных случаях и не удавалось предупредить полностью воспалительного процесса, то последний протекал в легкой форме. Возможно, что в таких случаях доза пенициллина была недостаточной.

Из 120 больных и раненых ни у одного не наблюдалось течения по типу сепсиса. Умерло четверо больных, из которых трое, как уже было сказано, после ожога.

Пенициллин следует применять комбинированно, вводя его в брюшную полость, в плевру и обязательно внутримышечно. Имея дело с ранами, нужно производить их орошение раствором пенициллина, инфильтрацию краев раны.

Доза в 300 000 ед. пенициллина в сутки для внутримышечных инъекций с профилактической целью вполне достаточна. В плевральную и брюшную полость пенициллин с профилактической целью вводится в количестве 200 000 — 300 000 ед. в растворе 0,25% новокаина.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Богатырев М. Ф. Воен.-мед. журн. 1951, 4. — 2. Борчхадзе М. А. Тр. ВММА, Л., 1949, 13. — 3. Витебский Я. Д. Хирургия, 1948, 11. — 4. Голубцов М. О. Хирургия, 1948, 11. — 5. Он же. Хирургия, 1948, 12. — 6. Дерябин И. И. Вестн. хир., 1950, 4. — 7. Ермольева З. В. Сов. мед., 1944, 3. — 8. Она же. Пенициллин, М., 1946. — 9. Колендер Н. Б. Вестн. хир., 1945, 5. — 10. Копциовская Л. С., Петровская И. С. Сов. мед., 1952, 7. — 11. Николаев Г. Ф. Воен.-мед. журн., 1951, 8. — 12. Сельцовский П. Пенициллин (применение в хирургической практике). М., 1948. — 13. Соколов М. С. В кн. «Пенициллин» (сб. статей). М., 1946. — 14. Шлапоберский В. Я. Госпитальное дело, 1947, 5.

Поступила 23 июня 1959 г.

### ПРИМЕНЕНИЕ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ НА ФОНЕ ОБЩЕГО НЕЙРОПЛЕГИЧЕСКОГО И ГАНГЛИОБЛОКИРУЮЩЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ<sup>1</sup>

*Канд. мед. наук А. Ф. Попов и асс. А. Б. Гатауллин*

Из клиники госпитальной хирургии (зав.— проф. Н. В. Соколов) Казанского медицинского института, на базе 1-й городской больницы (главврач — З. А. Синявская)

Местная инфильтрационная анестезия, разработанная и широко внедренная в практику А. В. Вишневским, а также представителями казанской школы хирургов: С. М. Алексеевым, А. А. Вишневским, И. В. Домрачевым, Н. В. Соколовым, Ю. А. Ратнером, сыграла огромную роль в развитии хирургии и способствовала снижению операционной и послеоперационной смертности больных. По статистическим данным В. И. Стручкова (1954), этот вид обезболивания в стационарах Советского Союза применялся у 72—80% хирургических больных.

Однако, на современном этапе развития хирургии, когда характер оперативных вмешательств усложнился и объем их значительно расширился, местная анестезия в «чистом виде» не всегда стала удовлетворять хирургов. Практические врачи, применяя

<sup>1</sup> Доложено на заседании хирургического общества ТАССР 24/IX-59 г.