

Ученый

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Орган Казанского государственного медицинского института,
Казанского института усовершенствования врачей имени
В. И. Ленина и Совета научных медицинских обществ
Татарской АССР

1

Январь—февраль

1941

(Год издания XXXVII)

Государственное издательство медицинской литературы

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
По Ленинскому пути	3
КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА	
Проф. В. А. Гусынин (Казань). Памяти Н. И. Пирогова	6
А. А. Полянцев (Уфа). Лечение огнестрельных ран легких и плевры в условиях эвакуогоспиталя	13
М. М. Шалагин и Л. С. Персиянинов (Казань). Лечение огнестрельных повреждений кисти	18
Г. М. Шалунов (Казань). О лечении огнестрельных ранений кистей и стоп	25
В. М. Авдеева (Казань). Применение ультрафиолетовых лучей в лечении огнестрельных инфицированных ран	28
П. П. Митрофанов (Сарапуль). Местное лечение ожогов гипсом	32
В. А. Пальмов (Горький). Лечение ожогов в амбулаторной обстановке	35
Б. М. Ярославцев (Ташкент). Обслуживание больных и раненых при транспортировке на самолетах	39
Е. П. Кревер (Казань). Лечение пневмоний у детей белым стрептоцидом	43
Р. Я. Шевелева (Казань). О лечении цереброспинального менингита белым стрептоцидом	47
Б. Н. Соколов (Москва). Стрептоцид в терапии отогенной септикопиемии	51
Г. З. Ишмухаметова (Казань). К вопросу о механизме действия стрептоцида	54
Е. А. Вербицкая, М. Э. Кашук и И. А. Вассерман (Одесса). Лечение пигментного ретинита по методу Лаубера в комбинации с ретинолом и церебрином	56
С. И. Тальковский, А. Б. Коленько (Москва). Клинико-экспериментальные данные к патогенезу и терапии скрофулезных поражений глаз	60
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Проф. Ф. Г. Мухамедьяров (Казань). О составлении оперативно-финансового плана медико-санитарных учреждений	64
НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ И КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ	
Л. Н. Пахомова (Куйбышев). Наблюдения над действием некоторых отхаркивающих средств	69
П. Е. Ермолаев (Чебоксары). К методике пластической операции наховой грыжи	71
В. С. Семенов (Якутск). О тактике хирурга при операции по поводу аппендицита	72
И. Е. Мацуев (Благовещенск). Случай кисты брыжейки сигмовидной и нисходящей кишки	74
Б. Ф. Сметанин (Казань). Киста брыжейки тонкого кишечника	75
Д. Н. Николаев (Казань). О раке полового члена	77
А. А. Айдаров (Казань). О патогенезе и лечении туберкулеза яичка и придатка	78
ОБЗОРЫ, РЕЦЕНЗИИ, РЕФЕРАТЫ И ПРОЧ.	
И. С. Грязнов (Москва). Бактериологическая война	80
Рефераты: а) внутренние болезни, б) дерматология, в) хирургия	84
ЗАСЕДАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ	
Хирургическое общество ТАССР	90
14-я научная конференция Казанского ГИДУВ'а	92
Указатель литературы по бактериофагу за 1939 г.	93

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Орган Казанского государственного медицинского института,
Казанского ин-та усовершенствования врачей имени
В. И. Ленина и Совета научных медицинских обществ
Татарской АССР

РЕДАКЦИЯ

заслуженный деятель науки проф. **Е. М. Лепский** (ответств. редактор),
доц. **Г. Г. Кондратьев** (ответств. секретарь), доц. **Д. Е. Гольдштейн**,
проф. **К. А. Дрягин**, заслуж. деят. науки проф. **А. Н. Миславский**,
заслуж. деят. науки проф. **В. К. Трутнев**

1

1941

(Год издания XXXVII)

КАЗАНЬ

В ЖУРНАЛЕ ПРИНИМАЮТ БЛИЖАЙШЕЕ УЧАСТИЕ:

Заслуж. деят. науки РСФСР проф. А. Ф. Агафонов, профф. В. Е. Адамюк, А. Д. Адо, заслуж. деят. науки ТАССР проф. С. М. Алексеев, профф. М. П. Андреев, С. М. Арановский, засл. деят. науки ТАССР проф. З. Н. Блюмштейн, проф. Л. М. Броуде, заслуж. деят. науки РСФСР проф. И. П. Васильев, заслуж. деят. науки РСФСР проф. А. В. Вишневский, проф. Б. А. Вольтер, доц. Н. И. Вылегжанин, профф. Р. Р. Гельтцер, Б. Г. Герцберг, Б. С. Гинзбург, доц. М. И. Гольдштейн, заслуж. деят. науки РСФСР проф. Н. К. Горяев, проф. А. Д. Гусев, заслуж. деят. науки ТАССР проф. В. А. Гусынин, заслуж. деят. науки РСФСР проф. И. В. Домрачев, профф. В. И. Катеров, А. В. Кибяков, доц. Л. Н. Клячкин, заслуж. деят. науки ТАССР проф. И. Ф. Козлов, заслуж. деят. науки ТАССР проф. Р. И. Лепская, профф. Н. Н. Лозанов, И. К. Лукьянов, заслуж. деят. науки ТАССР проф. Б. Л. Мазур, профф. З. И. Малкин, П. В. Маненков, В. К. Меньшиков, заслуж. деят. науки ТАССР проф. В. В. Милославский, проф. Н. А. Михеев, заслуж. деят. науки РСФСР проф. А. Н. Мурзин, проф. Ф. Г. Мухамедьяров, доц. М. В. Нежданов, проф. Г. М. Новиков, заслуж. деят. науки ТАССР проф. И. Н. Олесов, заслуж. деят. науки ТАССР проф. Л. И. Омороков, проф. Я. Д. Печников, доц. Д. Е. Потехин, заслуж. деят. науки ТАССР проф. И. И. Русецкий, заслуж. деят. науки РСФСР проф. Ю. А. Ратнер, проф. Э. Ф. Ротермель, заслуж. деят. науки РСФСР проф. Н. В. Соколов, заслуж. деят. науки РСФСР проф. А. Г. Терегулов, проф. В. Н. Терновский, проф. Л. И. Шулутко.

Всю корреспонденцию направлять по адресу: Казань,
ул. Толстого, № 4/14.

По вопросам подписки и доставки обращаться по адресу:
г. Казань, ул. Баумана, Дом печати, Газетно-журнальная
экспедиция.

ПО ЛЕНИНСКОМУ ПУТИ

Семнадцать лет тому назад перестало биться горячее сердце любимого вождя, учителя, величайшего революционера всех времен — Владимира Ильича Ленина.

„Все, что есть в пролетариате поистине героического — бесстрашный ум, железная, нестигаемая, упорная, все преодолевающая воля, священная ненависть до смерти к рабству и угнетению, революционная страсть, которая двигает горами, безграничная вера в творческие силы масс, громадный организационный гений — все это нашло свое великолепное воплощение в Ленине, имя которого стало символом нового мира от запада до востока, от юга до севера“ (Из обращения ЦК ВКП(б) „К партии. Ко всем трудящимся“ по поводу смерти В. И. Ленина).

Ленин обессмертил свое имя как величайший продолжатель заложенной Марксом и Энгельсом коммунистической науки в новых условиях, в эпоху империализма. Огромная сила научного марксистского анализа и предвидения позволила Ленину выдвинуть гениальное учение о возможности победы социализма первоначально в немногих или даже в одной отдельно взятой стране. Это ленинское учение было величайшим завоеванием творческого марксизма, вооружившим пролетариат для борьбы с капитализмом за победу социалистической революции.

Величие Ленина состоит в том, что он сплотил и выковал в классовых боях партию нового типа, могучую партию большевиков, как непобедимую революционную силу.

В октябре 1917 года большевистская партия во главе с корифеями революционной теории и революционного действия Лениным и Сталиным повела рабочих и крестьян России на штурм капитализма. В результате победы Октября мир раскололся надвое — один мир капиталистический, загнивающий, обреченный, и другой мир — социалистический, восходящий. Создателем, организатором и руководителем первого в мире социалистического государства был Ленин.

В невероятно трудных условиях трудящиеся нашей страны под знаменем партии Ленина — Сталина отстояли в героической борьбе свое советское государство от нашествия белогвардейцев, интервентов и с энтузиазмом приступили к восстановлению народного хозяйства, к его социалистической реконструкции.

Разразилось величайшее бедствие. Не стало Ленина... Теснее сомкнув свои ряды, сплотившись еще больше вокруг коммунистической партии и ее вождя товарища Сталина, народы СССР смело двинулись вперед по ленинскому пути. В своей клятве в траурные дни товарищ

Сталин гениально обобщил ленинские указания об условиях и средствах победы социалистического строительства в нашей стране. От имени партии, от имени народа товарищ Сталин поклялся следовать заветам Ленина, поклялся хранить единство нашей партии, как зеницу ока, хранить и укреплять диктатуру пролетариата, укреплять всеми силами союз рабочих и крестьян, укреплять и расширять Союз Республик, не щадить сил для укрепления нашей Красной Армии и Красного Флота, укреплять и расширять союз трудящихся всего мира — Коммунистический Интернационал.

Всепобеждающая сила ленинских идей нашла свое блестящее подтверждение в грандиозных успехах нашего социалистического строительства, в мудрой политике большевистской партии и ее вождя товарища Сталина — величайшего продолжателя дела Маркса — Энгельса — Ленина.

Успешно завершив две Сталинские пятилетки и построив в основном социализм, наша страна вступила в полосу постепенного перехода от социализма к коммунизму и с возрастающей энергией борется за выполнение третьего пятилетнего плана, за решение важнейших экономических и политических задач, выдвинутых XVIII съездом партии.

Из отвлеченной идеи социализм стал красочной действительностью, и это означает величайший поворот в истории человечества.

Разоблачая предателей, трусов, оппортунистов всех мастей, сокрушая презренных врагов народа, партия Ленина — Сталина ведет Страну Советов от победы к победе, неустанно крепит экономическое и военное могущество СССР, крепит интернациональное содружество 193-миллионного населения 16 братских союзных республик — по заветам Ленина.

Ленина нет в живых, но образ Ленина, как любимого вождя, как величайшего преобразователя человеческого общества живет в сердцах трудящихся всего мира. Народы всех стран сложили о Ленине тысячи песен, сказаний и легенд. В поэтических образах народных певцов и сказителей живет бессмертный, великий Ленин, живет все-народная любовь к гениальному вождю, к защитнику всех рабов, всех угнетенных и обездоленных. Вот отрывок из таджикского фольклора:

„Ты нам все двери мира отворил,
Великий Ленин, исполин веков!...
К тебе идут со всех концов земли,
К тебе спешат со всех концов земли.
Перед тобой склоняется весь мир.
Великий Ленин, ты наш вождь и брат!“

Армянский народ поет:

„Живое имя Ленина —
Бесценный изумруд.
Твои слова, твои дела,
Клянемся, не умрут!
Я песню о тебе сложу, наш Ленин, Ленин, свет!
Я делу твоему служу, наш Ленин, Ленин свет!“

Умер Ленин, но победно реет революционное знамя ленинизма.
„Ленин живет всюду, где есть революционеры, но можно сказать: ни

в ком так не воплощены мысли и слово Ленина, как в Сталине. Сталин — это Ленин сегодня“ (Анри Барбюс).

Ленинская принципиальность, ленинская непримиримость к врагам и к трусам, ленинская смелость и решительность в борьбе со всякими препятствиями, со старыми воззрениями становятся основными чертами каждого истинного революционера, подлинного большевика.

Ленин был величайшим революционером и корифеем науки. Придавая исключительное значение науке, он указывал, что „только социализм освободит науку от ее буржуазных пут, от ее порабощения капиталу, от ее рабства перед интересами грозного капиталистического корыстолюбия“ (Соч. XXIII т., стр. 41). И действительно, окруженная вниманием и любовью партии и народа, вооруженная марксистско-ленинской теорией познания, советская наука стала самой передовой наукой в мире. Советская медицинская наука по праву гордится продолжателями школы акад. Павлова во главе с Орбели, именами акад. Павловского и проф. Смородинцева, академиков Бурденко, Филатова и многих других ученых — новаторов. Сделать научные достижения медицины достоянием масс, воспитывать молодое поколение здоровым и сильным, еще шире развернуть охрану материнства и младенчества — сколько благородных и благодарных задач перед советскими медицинскими работниками, стремящимися воплотить в живое дело ленинские заветы.

Капиталистический мир охвачен пламенем всепожирающей империалистической войны, несущей неисчислимые бедствия народам капиталистических стран. В нашем социалистическом государстве, охраняемом непобедимыми Красной Армией и Красным Флотом, мы продолжаем наш мирный и созидательный труд уверенные в том, что под мудрым водительством ленинской партии и великого Сталина мы доведем строительство коммунизма до победного конца.

„Дело наше, товарищи, непобедимо не только потому, что у нас великая армия строителей, но и потому, что мы строим по плану такого архитектора, который не собьется с правильной исторической дороги, — наш архитектор — это наша непобедимая большевистская партия, вооруженная ленинизмом“ (С. М. Киров). Вот почему весь советский народ считает выражением своих чувств и помыслов следующие слова лучшего поэта нашей эпохи В. В. Маяковского:

„Товарищ Ленин,
по фабрикам дымным,
По землям,
покрытым
и снегом
и жнивьем,
Вашим,
товарищ,
сердцем
и именем
Думаем,
дышим,
боремся
и живем!“

Клиническая и теоретическая медицина

Проф. В. А. ГУСЫНИН

Памяти Н. И. Пирогова

Прошло 130 лет со дня рождения Николая Ивановича Пирогова и 60 лет с того дня, когда оборвалась жизнь этого великого врача, отдавшего себя беззаветному служению науке и своему народу.

На заре русской самобытной хирургии ярким светилом взошел Н. И. Пирогов и своей творческой мыслью раскрыл далекие перспективы развития хирургической науки и практики. Его идеи оказались в высшей степени плодотворными не только у нас в тогдашней России, но и за границей. Они стали научным достоянием мировой хирургии. Многое из научного наследства Пирогова так прочно вошло в сознание хирургов, что мы пользуемся его мыслями в нашей обыденной хирургической деятельности, часто забывая кому мы обязаны их происхождением.

Преобразующая и прогрессивная роль научных идей Пирогова обусловлена тем, что они были выведены проницательным умом из богатых наблюдений за человеческой природой и жизнью и были тщательно проверены на обширном опыте хирургической работы.

Пирогов был первым и последовательным создателем анатомического направления в русской хирургии, он с поразительной убедительностью показал великую ценность естественно-научного анатомического метода в хирургической науке и практике. Он был одним из лучших представителей анатомической школы европейских хирургов, имевшей уже в то время не мало славных имен (Мальгень, Рише, Купер, Лангенбек).

18-летним юношей, в 1828 г., после окончания Московского университета со степенью лекаря первого отделения, он едет в числе 7 избранных кандидатов в Дерпт для подготовки к профессорской должности. В Дерпте он прежде всего с жаром принялся за препарирование и операции на трупе. Не довольствуясь прохождением учебного плана, он под руководством прозектора анатомии д-ра Вахтеля проводит частные занятия по анатомии.

Вскоре Пирогов перешел к самостоятельным углубленным занятиям по анатомии; больше всего он интересовался топографической анатомией и оперативной хирургией. Последнюю он изучал не только на трупах, но и на животных.

Когда в 1833 году Пирогов приехал в Берлин, он уже имел более солидную анатомическую подготовку, чем его немецкие учителя-профессора Руст, Грефе, Диффенбах. Посещая клиники этих профессоров, Пирогов особенно прилежно продолжал заниматься по анатомии. Наибольшее влияние на него оказал знаменитый геттингенский профессор хирургии Лангенбек, обладавший обширными анатомическими знаниями и последовательно проводивший анатомический принцип при операциях,

На действенном единстве анатомических знаний и оперативной техники росло и развивалось хирургическое дарование Пирогова, обеспечившее ему в дальнейшем небывалый успех оперативной работы в невероятно трудных условиях до-антисептической хирургии.

С 1836 г., после избрания Пирогова экстраординарным профессором Дерптского университета, начинается его самостоятельная клиническая работа, которая продолжается здесь пять лет. С 1841 до 1859 года Пирогов работал в Петербурге, куда он был переведен в Медикохирургическую академию на должность заведующего хирургическим отделением 2-го военносудопутного госпиталя на 1000 коек.

Не останавливаясь на мытарствах, которые чинили Пирогову, как носителю прогрессивных идей, университетские круги и академическое начальство, я имею в виду характеризовать, главным образом, стиль его работы.

Характерной особенностью Пирогова, как ученого, является неослабный его интерес к анатомии. Он не мыслил себе клинической деятельности без анатомических исследований, без изучения топографической анатомии, без патолого-анатомического вскрытия трупов умерших в клинике больных.

В Медикохирургической академии Пирогов произвел до 12000 вскрытий с составлением подробного протокола каждого вскрытия. Сюда не входят вскрытия, произведенные им с целью чисто анатомического изучения. Наибольшую часть этих вскрытий он произвел собственноручно. Во время холерной эпидемии в Петербурге в 1848 г. он сделал 800 вскрытий трупов холерных больных и, обобщив этот материал, написал солидный труд под названием „Патологическая анатомия азиатской холеры“.

Титаническую работу по нормальной и патологической анатомии Пирогов увенчал бессмертными памятниками двух родов: учреждением Анатомического института с патолого-анатомическим музеем в Петербурге и своими классическими произведениями по топографической анатомии. „Анатомический Институт, основанный Пироговым, скоро стяжал себе громкую известность и получил значение истинной научной школы, давшей России целую плеяду анатомов и хирургов“. (Флоринский). „Самой высшей для меня наградой, писал Пирогов,—я почел бы убеждение, что мне удалось доказать, что анатомия не составляет, как многие думают, одну только азбуку медицины, которую можно без вреда и забыть, когда мы научаемся читать кое-что по складам, но что изучение ее также необходимо для начинающего учиться, как и для тех, которым доверяют жизнь и здоровье других“.

Время академической деятельности Пирогова было периодом расцвета его научного творчества, которое он также посвятил, главным образом, анатомии. Еще в Дерпте он написал свою знаменитую работу „Хирургическая анатомия артериальных стволов и фасций“, сразу завоевавшую ему европейскую известность в науке. Разве не ею заложены основания нашего представления о фасциальных влагалищах и футлярах, и до сего времени оплодотворяющего научную исследовательскую мысль? Стоит вспомнить только о футлярном продвижении инфильтрационной анестезии по способу проф. Вишневого. Капитальным трудом Пирогова является его известная топографическая анатомия по распилам замороженных трупов. Это—богатейший ана-

томический атлас, содержащий до 900 таблиц и рисунков с описанием в тексте.

Пирогов был глубокий мыслитель. Его врачебная мысль не была оторвана от жизни, а связана с ней многочисленными проникновенными наблюдениями. Он отличался практическим и в высшей степени динамическим мышлением. Продумав отдельные наблюдения, он приходил к определенным выводам, он претворял их в практическое дело. Но, если он убеждался в неправильности каких-либо своих заключений, не выдерживавших экзамен практической проверки жизнью, Пирогов не боялся признать свою ошибку и иной раз круто менял оценку фактического материала и направление своей работы.

Его клиническое мировоззрение проделало большую эволюцию не только в смысле обогащения громадным материалом и массовыми наблюдениями, но и в принципиальных взглядах и теоретических итогах опыта.

Искусство в оперативной технике вооружало Пирогова механическими средствами борьбы с болезнями. Травматическая эпидемия на театрах военных действий также создавала предпосылки для определенных механистических представлений о лечении ран и переломов. Да и исторически уже с самого начала своей врачебной работы, особенно на войне, он унаследовал взгляды хирургов, предшественников и современников (Буше и Лоррей), лечивших больше методом усечения, удаления, и не искавших способов борьбы с осложнением ран, способов восстановления.

Пирогов наблюдал много фактов, представлявших для него большую загадку, разрешить которую простым знанием анатомии и хирургическим искусством он не мог. Прежде всего его приводила в ужас громадная смертность от ран, повальное заражение их госпитальной гангреней, острогнойным отеком, рожистым воспалением, пиемией или гнойным диатезом. В своих объяснениях быстрого, иногда молниеносного общего заражения организма он стремился опереться на существовавшие тогда теории о миазмах, действующих вредно на раны; он увлекался новым тогда учением французских авторов о воспалении вен, разложении кровяных сгустков, вхождении гноя в вены, застое гнойных шариков в волосяных сосудах, словом доктриной о механическом происхождении пиемии. Однако он скоро разуверился в правильности этих взглядов. „Но в первый же год моей службы,—говорил он с горечью,—в С.-Петербургском военном сухопутном госпитале, когда мне пришлось в одно лето сделать 300 вскрытий пиемиков, я разубедился, увидев всю односторонность механической доктрины. При этих вскрытиях мне приходилось видеть множество нарывов в легких, в печени и не находить ни кровяных тромбов, ни гноя и не малейшего следа в венах. Можно себе представить, как я, ревностный приверженец механической доктрины, искал и как старался найти все эти изменения в трупах. Но все было напрасно. Каждое вскрытие убеждало меня все более и более в том, что пиемия есть слишком громадное явление, чтобы могло быть объяснено односторонне... Я понимаю, что для анатома и физиолога она несравнимо увлекательна своей кажущейся точностью, чем химическая *generatio aequivoca* гноя или учение о неизвестном иксе—заразах“.

Во второй половине своей жизни Пирогов уже был свидетелем споров о самопроизвольном зарождении жизни. Ему также были известны

взгляды Semmelweiss'a о том, что родильная горячка происходит от заразы, заносимой руками исследующего или оказывающего помощь при родах врача, учение о *contagium fixum*. Своим пытливым умом Пирогов предвосхищал биологическое понимание и направление в хирургии. Он смутно чувствовал нужду в радикальном перевороте взглядов на лечение ран, чтобы побороть непонятную стихию повального заражения и госпитальной гангрены. Ему принадлежат вещие слова, смысл которых намного опережает современное ему состояние медицины. „Будущее принадлежит медицине предохранительной. Эта наука, идя рука об руку с государственной, принесет несомненную пользу государству“.

Пирогов отказался от разделявшихся им ранее теорий. Его мысль, всегда активная, настойчиво толкалась в дверь новых биологических открытий. Он не открыл этой двери в науке, но ему принадлежит огромная заслуга—он непрестанно совершенствовал хирургическую практику, он освобождал ее от вредных влияний механицизма, подготавливая тем самым вступление медицинской науки в новую блестящую эру.

Проследим на деле эволюцию клинического мировоззрения Пирогова и преобразовательную роль его в военно-санитарной практике.

В ноябре 1854 г. Пирогов прибыл в Крым. Вот, что пишет он об этом: „Я нарочно в это ненастное время поехал на северную сторону, чтобы осмотреть там моих ампутированных. Я их нашел в солдатских палатках. Можно себе представить, каково было ампутированным лежать на земле по три и по четыре вместе. Матрацы почти плавали в грязи. Все под ними и около них было насквозь промочено; оставалось сухим только то место, на котором они лежали, не трогаясь с места, но при малейшем движении им приходилось попадать в лужи. Больные дрожали, стучали зуб о зуб от холода и сотрясательных знобов. У некоторых показались последовательные кровотечения из ран. Врачи и сестры помогали не иначе, как стоя на коленях в грязи. Большая часть раненых умерла не столько от самих повреждений и операций, сколько от госпитальной заразы“.

Многие из оставшихся в живых раненых гибли потом от мучительной и изнурительной перевозки по ужасной дороге, иногда в холод без теплой одежды. На перевязочных пунктах был беспорядок, постоянная сутолока и бестолочь—врачи делали операции и перевязки без разбора тем раненым, кто первым смог к ним пробраться. Вследствие этого тяжелые раненые оставались в последнюю очередь и часто гибли, не дождавшись помощи. Ко всему этому необходимо прибавить бедствия от злоупотреблений и хищений администрации и госпитального начальства.

„Убедившись, вскоре после моего прибытия в Севастополь, что простая распорядительность и порядок на перевязочном пункте важнее врачебной деятельности, я сделал себе правилом не приступать к операциям, не терять времени на продолжительные пособия, а главное не допускать беспорядка в транспорте, не позволять толпиться здоровым и заняться неотложной сортировкой раненых. Без распорядительности и правильной администрации нет пользы от большого числа врачей“.

Так впервые со всей ясностью высказаны и практически осуществлены были Пироговым два основных положения в военносанитарной тактике о преимущественном значении в военносанитарном деле правильной администрации и необходимости организации сор-

тировки раненых на перевязочных пунктах. Разработанная им система сортировки раненых состояла из 4 групп: первую группу составляют смертельно-раненые и безнадежные, во вторую группу входят раненые, требующие неотложной помощи, третья группа состояла из раненых, подлежащих эвакуации, оперативное пособие которых можно отложить на несколько дней, и четвертая группа заключала в себе легко раненых, которых перевязывали и отправляли прямо в часть.

Следующее благодетельное нововведение Пирогова, это был институт сестер милосердия на войне. Женский уход в больницах уже существовал тогда в Европе, а также и у нас. Но доставить раненым и больным на театре военных действий, на перевязочных пунктах и в полевых лазаретах, ближайших к полю сражения, благодеяние женского ухода, об этом никто не помышлял. Эта смелая и совершенно новая мысль осуществлена была Н. И. Пироговым. Так была основана Крестовоздвиженская община сестер попечения о раненых и больных, которая сыграла огромную роль в деле спасения и облегчения страдания раненых в Крымскую кампанию. Сестры оказывали Пирогову реальную и самоотверженную помощь не только в улучшении ухода за ранеными, но они были его правой рукой в борьбе с различными злоупотреблениями администрации и смотрителей.

Пирогов много содействовал упорядочению перевозок раненых. Он сам непосредственно изучал различные транспортные средства, иногда сам сопровождал транспорт раненых и наблюдал за последствиями для судьбы раненых или требовал сопровождения раненых сестрами.

Пирогов изгнал из употребления губки, которыми фельдшера и служители очищали раны при перевязках, применяя одну и ту же губку у различных раненых. Он говорил, что „губки являются главным резервуаром заразы“. Вместо губок для очистки ран, Пирогов практиковал ирригации ран струей холодной или теплой воды. Он ввел в правило открывать настеж окна в палатах во время перевязок для поддержания чистоты воздуха. Раненые при этом укутывались в одеяла.

Проповедуя мысль о прилипчивости заразы и распространении ее руками медицинского и ухаживающего персонала, платьем и различными госпитальными принадлежностями, он требовал разделения зараженных от незараженных, изоляции больных, угрожающих заражением.

Величайшей заслугой Пирогова и истинным благодеянием для раненых явилось применение эфирного и хлороформного наркоза в военно-полевой хирургии. Впервые эфирный наркоз при операциях был им применен во время Кавказской военной экспедиции. Личный опыт Пирогова тогда уже составлял 400 эфирных и 300 хлороформных наркозов. Чтобы внушить раненым доверие к оперативной помощи и доказать им болеутоляющее действие паров эфира, Пирогов оперировал в присутствии других раненых. Этот метод санитарной пропаганды имел свои реальные результаты.

Пирогову также принадлежит приоритет в применении эфирно-масляного ректального наркоза. Увидев у одного скульптора технику изготовления гипсовых обертков (за полтора года до Севастопольской войны), Пирогов решил, что гипсовая повязка может найти огромное применение в военно-полевой деятельности. О гипсовой повязке Пирогов пишет, что он „ни одного случая в госпитале не упускал

для дальнейшего ее испытания". Пирогов был большой мастер в наложении гипсовых повязок на различные части тела и нередко делал окончатые повязки при осложненных переломах конечностей.. Большой успех от применения гипса в лечении огнестрельных переломов костей способствовал перемене взглядов Пирогова на показания к первичным ампутациям.

Еще во время своей деятельности на Кавказе он беспрекословно разделял широко распространенное тогда среди европейских хирургов мнение о необходимости первичной ампутации у раненого с осложненным огнестрельным переломом конечности. Во время же Севастопольской кампании Пирогов резко изменил свою точку зрения на этот предмет и выступил горячим сторонником сохранения поврежденной конечности. Определяя показания к ампутации, он говорил, что ампутировать нужно, „когда ранена главная артерия и главная вена, перебита кость или ранена артерия и разможжена кость". Такая формулировка показаний к ампутации ничем не отличается от современной.

Наблюдения над течением ран делали его все более горячим защитником консервативных методов лечения. Эта сдержанность в оперативной деятельности не является вынужденной сдачей им активнхирургических позиций, отступлением перед грозной стихией септических осложнений. Нет, в нем все более и более растет убеждение в ненужности, в вреде хирургической полипрагмазии, в нем крепнет вера в самоизлечивающие силы организма. Он не мог оправдать прямолинейный хирургический радикализм без попыток и стремления к сохранению и сбережению раненого члена. Он на опыте показал, что искусство хирурга того времени было достаточно не только для того, чтобы спасти жизнь, но и для того, чтобы сберечь конечность. Кроме фиксирующей гипсовой повязки, он достигал этой цели сохраняющими операциями. Так, при огнестрельных ранениях суставов он часто прибегал к резекции сустава. „Мы в Крыму", говорит он, „сделали больше резекций, чем все другие хирурги вместе, судя по отчетам о хирургических результатах трех войн (Голштинской, Крымской и Итальянской)". Сильно раздробленные кости и разрушенные мышцы в травматических повреждениях не должны, по мнению Пирогова, удерживать хирурга от ранних резекций суставов. „Вытянув потом член и положив гипсовую повязку с окном, можно и отправление его довольно хорошо сохранить". В этом послеоперационном прогнозе звучит голос хирурга, убежденного в сохраняющей и восстанавливающей роли хирургии. Из того же источника — из веры в регенеративные силы организма и в искусство хирурга управлять ими, — родилось другое предложение Пирогова — его костнопластическая ампутация голени. Это было дерзание великого ума, заложившего наперекор стихии повального сепсиса, начало реконструктивной хирургии.

Но дерзание мысли и хирургическая смелость сочетались у него с большой осторожностью и оппозиционностью против бессмысленной хирургической активности. Он резко осуждал широко практиковавшееся тогда исследование ран пальцем, зондирование ран, погоню за извлечением снарядов, удалением инородных тел и осколков из кости. Все эти попытки грубого хирургического вмешательства кончались часто плохо. „Нужно выйти", говорил он, „из узкой колеи механической доктрины и посмотреть на процесс с другой

более общей точки зрения". И в прозрении этой новой более общей точки зрения хирургии будущего, хирургии биологической он требовал бережного отношения к ране, консервативного способа лечения.

Как близки нам, как актуальны для наших дней некоторые советы Пирогова! Прислушаемся к ним. „Я зашивал и стягивал липким пластырем ампутационные раны и все большие раны — видел от этого блестящий успех. Но со временем убедился, что... в военное время нельзя положиться на этот способ. Тут выходят наружу одни его невыгоды: затеки, рожи, инфильтраты и заражения". Или еще „Я бы советовал молодым хирургам посвящать больше время накладыванию гипсовой повязки, чем извлечению осколков из раны“.

В плане лечения раненых Пирогов уделял особое место долечиванию их. Здесь он выступал в защиту принципа рассеивания больных и отправки их в сельские местности. Он рекомендовал: „улучшить питание тела, выслать больного из госпиталя в деревню, назначить соляные и морские ванны, хорошую пищу, вино, мясо, пиво". Он учитывал и благотворное действие естественных факторов природы.

Нет возможности в кратком сообщении исчерпать все богатства наблюдений и мыслей великого хирурга. Они ярко изложены им в его капитальном произведении „Начала общей военнопольной хирургии." Это — стройная система военно-врачебной стратегии, военносанитарной тактики и военно-полевой хирургии. Как много в ней для хирурга мудрых и верных определений различных процессов: о шоке, о черепномозговых травмах, о ранениях груди и проч.

Вся жизнь и творчество Пирогова — это поэма врачебного служения больному и раненому, в которой не знаем, чему больше удивляться — глубине ли страданий и трудности врачебной борьбы с ними или мужеству, героизму духа и мудрости великого хирурга.

Перед нами во весь гигантский рост встает образ великого врача мыслителя, хирурга-новатора, общественного деятеля и организатора. Он умел побеждать громадные трудности на пути своей преобразовательской деятельности. Такими баррикадами являлись косность и рутинность в медицине, антисанитария в больничных учреждениях, стихия септического заражения, административные злоупотребления и хищения, неприязнь ко всему новому, к здоровой инициативе, самодурство и самоуправство высших чиновников и гнетущий режим царского самодержавия. В борьбе с этими препятствиями Пирогова всегда поддерживала, кроме его несокрушимой воли и неистощимой энергии, любовь к больному человеку, любовь к родному народу. Он был горячий патриот.

Но его новаторские идеи были космополитичны. Они быстро делались достоянием военно-санитарной практики за границей. В этом он мог убедиться сам во время командировки его Обществом Красного Креста на театры военных действий во время франко-немецкой войны в 1870 г. и русско-турецкой в 1877—78 г.г. Его идеи не только быстро перелетали границы государств, но они, выдержав испытание многих десятилетий, живут и сейчас в сознании всех хирургов.

Наш долг заключается не в том, чтобы слепо следовать учению Пирогова, а в том, чтобы быть верным духу этого учения, развивать и совершенствовать его на благо родины.

Доц. А. А. ПОЛЯНЦЕВ

Лечение огнестрельных ран легких и плевры в условиях эвакогоспиталя

Из II хирургического отделения Петрозаводского эвакогоспиталя Наркомздрава
(нач. отд. докт. мед. наук А. А. Полянцев)

Ранения грудной клетки дают высокий процент смертности. Из 8373 случаев ранения грудной клетки, по сообщению Левитского на XIV съезде хирургов, 52% окончились летально. Столь же высокую смертность (45—60%) приводят французские хирурги (Клавелен, Дюваль), по английским авторам (Грей) она несколько ниже, но все же выше 30%. Опыт советских хирургов, работавших в период последних военных столкновений (оз. Хасан, р. Халхин-Гол), еще мало известен, но имеющиеся на этот счет сведения говорят о хороших результатах. Ахутин пишет: „Начиная с ППМ, мы имели при проникающих ранениях груди 9, 6% смертности, по госпиталям только 2, 6%, падающие почти исключительно на тяжелые сочетанные ранения груди и живота“.

Во время Советско-финляндской войны на организацию медпомощи было обращено самое серьезное внимание и, судя по выступлениям руководящих работников санитарного управления РККА (Бурденко), были достигнуты большие успехи. Там, где было возможно, лечение ран проводилось дифференцированно. В частности в г. Петрозаводске, где в одном из госпиталей привелось работать мне, для раненных в грудную клетку был организован отдельный госпиталь обслуживаемый специалистами по легочной хирургии во главе с проф. Б. Э. Линбергом.

В настоящей статье мы решили поделиться своим опытом лечения ран грудной клетки. Наш материал составляют 50 случаев ранения грудной клетки, сквозные и слепые ранения с повреждением легкого и плевры. По возрасту раненные распределялись следующим образом: 25—30 л.—26 чел., 30—35 л.—18 чел., 35—45 л.—6 чел. Получили ранения пулей—26, осколками мин—16, авиабомбами и снарядами —8. Сквозных ранений в правую половину грудной клетки было 22, слепых—10, касательных—2; в левую—сквозных—11, слепых—4, касательных—1. Раненные поступили в госпиталь после ранения через 2—3 суток —26 ч., 4—7 с.—18 ч., 8—10 с.—6 ч. Первая помощь была оказана в первые сутки 80% раненных, остальным на 2—3-е сутки. Необходимо отметить, что не во всех случаях надлежащим образом производилась первичная обработка ран. В ряде случаев врачи ограничивались только обработкой кожи, широко удаляя ее вокруг раны, а дно и стенки раны оставляли необработанными. На грудной клетке, как ни в какой другой области человеческого тела, этот недостаток дает себя знать и ведет к длительному заживлению раны, образованию рубцов и медленному закрытию пневмоторакса. При больших дефектах грудной стенки иногда приходилось видеть

необработанными раздробленные концы ребер. Мы не получили из войскового района ни одного раненого с обработанной раной легкого.

Что касается эвакуации раненных в грудную клетку, то едва ли для них найдется лучший транспорт, чем аэропланый. Опыт показал, что такие раненные не испытывают никаких „высотных“ явлений, тогда как перевозка на машинах приводила их в тяжелое состояние, близкое к шоковому. Вообще же следует заметить, что транспортировка раненных в грудную клетку в первые дни после ранения не безопасна, и некоторое время их, особенно тяжело раненных, следует задерживать в войсковом районе.

Из главных симптомов, указывающих на ранение легкого, наблюдались: кровохарканье, гемоторакс, пневмоторакс и подкожная эмфизема. Из названных симптомов наиболее часто — в 86% — встречалось кровохарканье, которое в 72% продолжалось от 2 до 6 дней, в 14% — от 7 до 11 дней. В 14% случаев этот симптом совсем не встречался. Наши наблюдения показали, что интенсивность и продолжительность кровохаркания находятся в прямой зависимости от места ранения грудной клетки. Чем медиальнее проходил раневой канал, тем сильнее и длительнее было кровохарканье. В тех же случаях (14%), в которых кровохаркания не наблюдалось совсем, ранения легкого были незначительны, или же от быстро излившейся крови из кровотокающего сосуда в плевральную полость наступало сдавление раненого легкого.

Гемоторакс мы определили в 52% случаев, причем в 10% он был незначительным и рассосался самостоятельно. В 42% случаев пришлось произвести откачивание крови из плевральной полости. Мы так же, как Линберг, придерживались принципа раннего удаления крови из плевры и ни в одном случае не наблюдали повторного кровотечения. Начиная с 4-5-го дня и не позднее чем через 10 дней после ранения, отсасывали кровь шприцем в дозах от 300 до 1500 см³. Облегчающее действие разгрузочной пункции проявлялось тотчас же: одышка почти исчезала полностью, пульс становился реже и полнее, лицо розовело, температура, как правило, снижалась, общее состояние раненых быстро улучшалось. Бактериологический анализ жидкости добытой из плевральной полости в 14% случаев выявил наличие стрептококков и стафилококков. Все эти случаи гемоторакса закончились нагноением, о лечении которых будет сказано ниже. В остальных случаях после неоднократных пункций гемоторакс закончился полным рассасыванием, и раненные в хорошем состоянии были эвакуированы.

Важным симптомом, указывающим на ранение легкого и плевры, являлся также закрытый и открытый пневмоторакс. Закрытый пневмоторакс на нашем материале определялся в 26% случаев. Прогноз при нем в большинстве случаев благоприятен, по мере рассасывания воздуха из плевральной полости легкое расправлялось и функция его восстанавливалась почти до нормы. Более грозным являлся клапанный пневмоторакс, который на нашем материале встретился в 6% случаев. Попадание воздуха в полость плевры и задержка его в момент выдоха вели к беспрерывному нарастанию давления в полости плевры, резкому смещению средостения, к перегибу сосудов и развитию тяжелой асфиксии. Наблюдавшийся в 3 случаях клапанный пневмоторакс был немедленно переведен в открытый пневмоторакс; несмотря на это в одном из них от нарастающей эмфиземы наступил

пила смерть, в 2 последних случаях раненых удалось спасти. В тяжелом состоянии находились раненые с открытым пневмотораксом (22% случаев). При необработанных ранах грудной стенки и неправильно наложенной повязке приходилось неоднократно наблюдать, как через широко зияющую рану при вдохе воздух со свистом поступал в плевральный мешок и при выдохе выходил обратно. Чем больше было раневое отверстие грудной стенки, тем тяжелее были выражены явления одышки и асфиксии. Тяжесть этой категории раненых обуславливалась не только выпадением функции спавшегося легкого, но и колебанием средостения при вдохе и выдохе.

Подкожная эмфизема нами была зарегистрирована в 32% случаев. При закрытом пневмотораксе она часто рассасывалась в течение 7—10 дней. У ряда раненых, поступивших в госпиталь на 4—5-й день после ранения, мы даже вовсе не определяли эмфиземы и узнавали о ней на основании записей, произведенных в историях болезни. Наоборот, при клапанном пневмотораксе подкожная эмфизема становилась опасным осложнением. Достигая больших размеров и проникая в переднее средостение, она вела к нарушению функции важных органов (сердце и крупные сосуды). Так в одном случае, упомянутом выше, мы наблюдали эмфизему не только на грудной клетке, но и распространившуюся на живот, шею, лицо; глаза от вздутия кожи полностью закрылись, складки кожи расправились, туловище и лицо заметно увеличились в объеме, больной стал неузнаваем. Произведенной операцией клапанный пневмоторакс был устранен и все же на 5-й день после ранения наступила смерть.

Огнестрельные раны легких и плевры рассматриваются как первично инфицированные, однако клинически они протекают различно и согласно существующей классификации делятся 1) на протекающие асептически, 2) протекающие без нагноения, но с затяжным лихорадочным состоянием и 3) с явными признаками присоединившейся инфекции, начиная от небольшого инфильтрата в легких вокруг раневого канала до эмпиемы с сепсисом включительно (Крылов, Левитский, Богораз и др.).

К первой группе мы отнесли 29 случаев. У всех этих раненых заживление ран проходило под струпом или с небольшой гранулирующей поверхностью, которая быстро эпителизовалась. Объективно у них обнаруживалось небольшое притупление и жесткое дыхание в области ранения. Рентгеноскопически констатировалось отставание легкого больной стороны по сравнению со здоровой и слабое затемнение по ходу раневого канала. В ряде случаев рассеянные бронхопневмонические очаги, непродолжительный субфебрилитет и непродолжительное кровохаркание. Субъективные жалобы таких раненых сводились к болям при дыхании в пораженной половине грудной клетки, легкой одышке. Лечение проводилось только консервативно. В спокойной обстановке при постельном режиме и назначении морфия, кодеина, бромурала и др. боли скоро проходили, выпот рассасывался, и через 8—12 дней в хорошем состоянии раненые эвакуировались в тыловые госпитали. Некоторые раненые считали себя здоровыми даже через 5—6 дней после ранения, и клинически у них ничего не удавалось обнаружить, хотя имелись сложные ранения.

Например, боец К., 26 лет, во время стрельбы лежа был прошит пулей почти через все туловище. Входное отверстие у него находилось медиальнее головки левого плеча. Пуля прошла грудную клетку, затем через диафрагму проникла в брюшную

полость, далее пронзила стенку нисходящей ободочной кишки, очевидно в экстраперитонеальном участке, и через 2 дня вышла рег. апип. У раненого наблюдалось лишь небольшое кровохаркание в течение двух суток и повышение температуры до 37,3°, в остальном никаких изменений со стороны внутренних органов не обнаруживалось.

Смертность раненых этой группы равна нулю.

Ко второй группе отнесено 14 случаев. Из них в 8 сл. были ранения с значительным дефектом грудной стенки, мягких тканей и повреждение ребер и наличием открытого пневмоторакса, зашитого в войсковом районе. В остальных 6 случаях раны были пулевые, и осмотр показал небольшое выходное отверстие. В 9 случаях наблюдался гемоторакс, в 5 сл. серогемоторакс, в котором при бактериологическом анализе был обнаружен стафилококк. Рентгеноскопически определялись обширные гемотораксы, достигающие, в ряде случаев, уровня 2-3-го ребра и в большинстве — бронхопневмонические фокусы, иногда двусторонние. Клинически эти случаи протекали с более затяжной лихорадкой, достигающей температуры 38,5 — 39°. Первые дни после ранения состояние раненых оставалось тяжелым: одышка, частый и болезненный кашель, нитевидный пульс.

Лечение раненых проводилось в основном также консервативно. Для них представлялись просторные, светлые палаты, хорошо вентилируемые. В кровати они принимали, как правило, полусидячее положение. Они получали инъекции морфия, камфоры, кофеина, хлористого кальция, внутрь — отхаркивающее и др. Плевральный выпот и гемоторакс, в количестве от 300 до 1500 куб. см. отсасывался шприцем. В трех случаях открытого пневмоторакса была произведена повторная обработка ран и удаление осколков раздробленных ребер. При таком лечении одышка скоро прекращалась, пульс поднимался, и угрожающие симптомы исчезали. В течение 20 — 25 дней состояние раненых настолько улучшалось, что большинство их эвакуировалось в госпитали глубокого тыла.

Из осложнений ран легкого следует указать на один случай, где после сквозного пулевого ранения правой половины грудной клетки между 4-м и 6-м ребрами развился абсцесс легкого. На рентгенограмме можно было видеть перифокальный инфильтрационный вал, сферическую полость, частью заполненную жидкостью, частью воздухом. Абсцесс был излечен консервативно. По мере выздоровления количество мокроты постепенно сокращалось, размеры абсцесса уменьшались и, наконец, заполнились соединительной тканью.

Смерть наступила в двух случаях. В первом из них имело место обширное разрушение легкого и плевры с раздроблением 6-8 ребер справа, раздробление левой горизонтальной ветви нижней челюсти и открытый перелом правого плеча. Во втором случае обширное разрушение правой половины грудной стенки с раздроблением 6-8 ребер на протяжении 9-12 см, осколки которых внедрились в ткань легкого на глубину 3-5 см, и клапанный пневмоторакс. В обоих случаях смерть наступила от двусторонней бронхопневмонии.

Больных третьей группы мы имели 7. Это были случаи нагноившегося гемоторакса; 5 из них развились после открытого пневмоторакса и 2 — после закрытого. Вначале лечение проводилось также консервативно. Попытка улучшить общее состояние путем медикаментозных средств (морфия, сердечные, кислород) и путем дренирования плевральной полости через открытый пневмоторакс дренажем Бюлау не увенчалась успехом. Дренаж Бюлау довольно скоро закупоривался и переставал действовать. Распад тканей вокруг стенки дренажа нарушал герметичность, гной выделялся помимо трубки и задерживался в подкожной клетчатке. Вследствие безуспешности лечения пиогемоторакса перечисленными средствами, мы перешли к

лечению его масляно-бальзамическими веществами по методу Вишневого, который применил его при лечении хронических и туберкулезных эмпием.

В технике проведения этого способа мы придерживались того описания, какое дано в одной из работ д-ра Подзолова. Под инфильтрационной анестезией производилась поднадкостничная резекция ребра. Плевротомия малым разрезом. Постепенная эвакуация гноя. Разрез плевры увеличивался. Полная эвакуация гноя. Плевральная полость тщательно высушивалась сухими марлевыми компрессами и протиралась обильно смоченными в спирте компрессами. Затем тщательно тампонировалась с помощью длинного корнцанга марлевыми тампонами длиной до 60 см, обильно пропитанными теплым мазевым составом (Pix liquida 5,0, xeroformi 3,0, Ol. ricini 100,0).

После расширения плевры в полости последней всегда можно было видеть значительное количество фибриновых отложений, отхождение которых через дренаж Бюлау было бы безусловно невозможно. После тампонады плевральной полости, как правило, наступало заметное улучшение субъективного и объективного состояния раненых: улучшение дыхания, пульса, снижение температуры, появлялся аппетит, и с 10—12-го дня раненые начинали ходить.

Первую перевязку после операции производили через 1—2 дня, ограничиваясь при этом сменой верхних слоев марли и вливанием теплого мазевых состава в плевральную полость через катетер. Полную смену тампонов производили на 10—12-й день. В шести случаях после удаления тампонов в полости плевры не было и намека на гной. Стенки ее были выстланы пышными розовыми грануляциями, и только кое-где еще оставались небольшие островки, покрытые фибрином. В трех случаях смена тампонов производилась по одному разу и в трех случаях — по два, после чего остаточная полость промывалась 50—70 куб. см. того же мазевых состава, и на раневое отверстие накладывались толстые мазевых-марлевые лепешки. При таком ведении эмпиемы создавался полный герметизм грудной стенки, что благоприятствовало расправлению легкого. До полного закрытия плевральной полости и образования пристеночного свища потребовалось в двух случаях 43 дня и в четырех — 50-55 дней.

В последнем, седьмом случае, в виду закрытия госпиталя, лечение не было доведено до конца. В этом случае, несмотря на трехкратную смену тампонов, т. е. через 36 дней, плевральная полость почти не уменьшилась, и развитие грануляций шло очень медленно. Наряду с этим продолжало выделяться через операционную рану значительное количество мутного экссудата. Медленное заживление эмпиемы в этом случае, вероятнее всего, зависело от тяжести ранения. Здесь было сочетанное ранение правой половины грудной клетки и восходящей ободочной кишки с присоединением вяло текущей двусторонней бронхопневмонии.

Лечение пиогемоторакса тампонадой масляно-бальзамическими веществами по Вишневскому по нашим наблюдениям дает хорошие результаты. Другие способы, как отсасывание гноя из плевральной полости, дренаж по Бюлау и даже резекция ребра уступают тампону методу и должны применяться только на известном этапе развивающегося пиогемоторакса, да и то не во всех случаях. То обстоятельство, что по методу Вишневого излечиваются самые сложные и тяжелые случаи нагноившихся гемотораксов, дает право рекомендовать применение его и в военно-полевой хирургии. Смертность этой группы раненых равна нулю.

В ы в о д ы

1. Консервативный метод лечения огнестрельных ран легких и плевры в условиях эвакогоспиталя дает благоприятные результаты.

Раненые могут быть эвакуированы в глубокий тыл: 1) при ранениях, протекающих асептически, через 8—12 дней, 2) при ранениях, протекающих с затяжным лихорадочным состоянием, через 20—25 дней и 3) при ранениях с явными признаками инфекции (пиогемоторакс) через 40—45 дней.

2. При обширных повреждениях грудной стенки первичная обработка ран является важным звеном в общей цепи лечения раненных в грудную клетку, поэтому во всех случаях нужно добиваться выполнения ее по всем правилам хирургической техники.

3. Ранняя разгрузочная пункция гемоторакса (начиная с 3—5 дней) безопасна, способствует быстрому расправлению легкого и сокращает срок лечения раненных в грудную клетку.

4. Метод Вишневого, предложенный для лечения хронических эмпием, вполне оправдывает себя и при лечении пиогемоторакса.

Уфа, ул. Ленина, д. 1., Баш. мед. ин-т.

М. М. ШАЛАГИН и Л. С. ПЕРСИЯНИНОВ

Лечение огнестрельных повреждений кисти

(по материалам N-го тылового госпиталя)

Из N-го тылов. госпиталя (начальник эвакопункта военврач 1 ранга Романов, начальник госпиталя М. М. Шалагин, научные консультанты заслуж. деятели науки профессора В. А. Гусынин и Ю. А. Ратнер).

Травматические повреждения мягких тканей и переломы костей кисти часто встречаются в условиях мирного времени и составляют от 29% (Циглер) до 33,11% (Кауфман) и даже доходят до 44,8% (Усольцева, Гусынин) всех прочих травматических повреждений тела. Не менее часты повреждения и переломы костей кисти по статистике военного травматизма. Так, в империалистическую войну ранения кисти и пальцев занимали одно из первых мест. В боях у озера Хасан ранения кисти и пальцев составили 37,5% всех ранений (Ахутин, Ага). В боях у озера Буир-Нур огнестрельные переломы костей кисти составили 24,8%, т. е. четвертую часть всех переломов (Бернштейн, Симонов, Маринберг).

Огнестрельные ранения руки в известном проценте случаев ведут к стойкой и подчас тяжелой степени инвалидности. Исход ранения кисти во многом зависит от характера повреждения и сопутствующих осложнений, в первую очередь, от инфекции. Но вместе с тем некоторая доля инвалидности происходит вследствие неправильности лечения.

После боя, среди большого потока раненых, поступающих на ППМ и ДПМ, бойцы с ранениями кисти обычно относятся к группе легко раненых, и им не всегда уделяется должное внимание. Но и на последующих этапах эвакуации эта группа раненых не всегда получает рациональную помощь и правильную фиксацию кисти в физиологи-

чески выгодном положении. Поступая на 10 — 15-й день после ранения в тыловые госпитали, эти раненные имеют ту или иную степень консолидации отломков, чем в значительной степени предreshается исход ранения. В отношении огнестрельных переломов длинных трубчатых костей скелета имеется определенная преимственность в лечебных функциях между медико-санитарными учреждениями фронта, прифронтовыми госпиталями и госпиталями глубокого тыла. Но в отношении ранений кисти это разделение функций не всегда достаточно.

На повреждения кисти, редко являющиеся опасными для жизни, врачи обращают, к сожалению, мало внимания. Но там, где мы имеем дело с массами, нет мелочей, ибо каждая мелочь, помноженная на коэффициент, соответствующий величине массы, становится значительной. Раненные с огнестрельными повреждениями мягких тканей и костей кисти на нашем материале составили 32,3% общего числа раненных. По нашим данным, в 13,4% случаев повреждены были только мягкие ткани кисти, и в 86,6% случаев наблюдались переломы костей кисти. Правая кисть была повреждена в 29,7% случаев и левая в 70,3%. Более частое повреждение левой руки в боевой обстановке зависит, видимо, от того, что левая рука всегда оказывается выдвинутой вперед по ложу винтовки, в то время, как правая кисть защищена грудью и винтовкой.

Причиной переломов костей и повреждений мягких тканей кисти были: ранения пульей в 92,7%, осколками снарядов (мины, авиабомбы, артиллерийские снаряды, ручные гранаты) в 7,3%. Ранений холодным оружием (штык и сабля) мы не наблюдали совсем. В 86,6% случаев имели место сквозные ранения кисти, в 8,1% отмечена травматическая ампутация пальцев, и только в 5,3% наблюдались слепые ранения. Пулевые ранения кисти, как правило, являются сквозными ранениями. Преобладание пулевых переломов над осколочными объясняется наличием большой живой силы пули, легко пробивающей тонкие кости и мягкие ткани кисти, и указывает на большую насыщенность современного боя ружейно-пулеметным огнем. Слепые ранения кисти были во всех случаях нанесены осколками снарядов. Обладая в полете меньшей динамической силой, мелкие осколки разорвавшихся снарядов часто застревают в мягких тканях и значительно реже вызывают переломы костей, давая иногда обширные импрегнации подлежащих тканей металлической пылью. Крупные осколки снарядов обычно ведут к отрыву одного или нескольких пальцев и даже всей кисти.

Огнестрельные повреждения кисти сопровождаются обычно полным переломом костей и отличаются большим разнообразием. Среди огнестрельных повреждений метакарпальных костей и фаланг преобладают переломы с наличием большого количества мелких осколков и звездчатых раздроблений кости. Наличие крепкого кортикального футляра и малый поперечный диаметр фаланг и метакарпальных костей кисти являются причиной того, что при огнестрельных повреждениях этих костей всегда встречаются раздробленные, полные переломы. Кроме того, ружейные и пулеметные пули при своем полете, в зависимости от величины пройденного пути, имеют не одинаковый запас живой силы, и поэтому дают различную степень разрушения поврежденной кости. Обладая большой живой силой, пуля, пробив фаланги и метакарпальные кости, дает много средних

и мелких осколков и образует ряд далеко идущих по длиннику кости трещин.

При изменении правильного вращательно-поступательного движения в полете пули, при кувыркающемся полете, полете пяткой вперед, или при рикошетном полете, пуля может производить большие разрушения костей, вырывая мелкие суставы и части костей вместе с мягкими тканями, т. е. дает разрушения, аналогичные тем, которые получаются от разрывных пуль. При больших повреждениях кисти указанные моменты делают затруднительным для врача решение вопроса о том, нанесено ли ранение разрывной или же обычной пулей.

Переломы фаланг пальцев на нашем материале встретились в 84,3% случаев, пястных костей в 15,7%. Наиболее часто повреждалась основная фаланга (41,9%), затем средняя фаланга (23,8%), третье место занимает ногтевая фаланга (18,6%), четвертое место падает на метакарпальные кости (15,7%) и последнее место занимают переломы костей запястья (4,6%). В 57% случаев пострадавшие имели одновременно переломы нескольких костей кисти. Перелом одной из костей кисти имелся в 43% случаев, 2 костей в 25,8%, 3 костей — в 14,2%, 4 костей в 7,7%, 5 костей в 5,5%; одновременный перелом шести и более костей мы наблюдали в 3,8% всех случаев.

Множественным огнестрельным переломам одновременно подвергаются два и более соседних пальца, хотя мы имели несколько наблюдений, где на одном и том же пальце были одновременно переломы двух фаланг, метакарпальной кости и костей запястья. Множественным переломам костей часто подвергаются две сочленяющиеся между собою кости кисти, и это обычно сопровождается значительным повреждением сустава. На нашем материале наиболее часто повреждались II и III пальцы. Повреждения этих двух пальцев (вместе с II и III метакарпальными костями) составили 70% всех переломов костей кисти.

Внесуставные переломы костей кисти мы наблюдали в 34,2% случаев, внутрисуставные в 25,9% и комбинированные в 39,9% случаев; таким образом, почти в $\frac{2}{3}$ всех случаев, помимо перелома костей кисти, имелись повреждения суставов кисти той или иной степени, что естественно значительно усложняет лечение и ухудшает исход ранения.

Исход повреждения и восстановление функций раненного пальца и кисти во многом зависит от степени повреждения мягких тканей. При малой окружности пальца, здесь помимо кости, на небольшом пространстве проходит по длиннику пальца большое количество малых по объему, но весьма важных по функции, тканей пальца.

При огнестрельных переломах фаланг и метакарпальных костей, помимо перелома и разможжения кости, глубоко страдают в большом количестве проходящие здесь двигательные и чувствительные нервы и сосуды. Вместе с тем обычно повреждаются связочный аппарат и полость сустава, синовиальное влагалище, mesotenon, сухожилие и кожа. Часть мелких осколков по ходу раневого канала оказывается в той или иной степени внедренной в окружающие мягкие ткани пальца, а неизбежно наступающее при переломе костей пальца кровоизлияние в окружающие мягкие ткани, в полость сустава и синовиальное влагалище значительно затрудняет последующее нормальное восстановление функции пальца. В силу наличия фасциаль-

ных перемычек и большого количества плотной ткани (сухожилия, кость, капсула, связки и т. д.), наступающие здесь кровоизлияния, несмотря на обилие артерио-венозной и лимфатической системы в пальцах и кисти, подвергаются медленному рассасыванию.

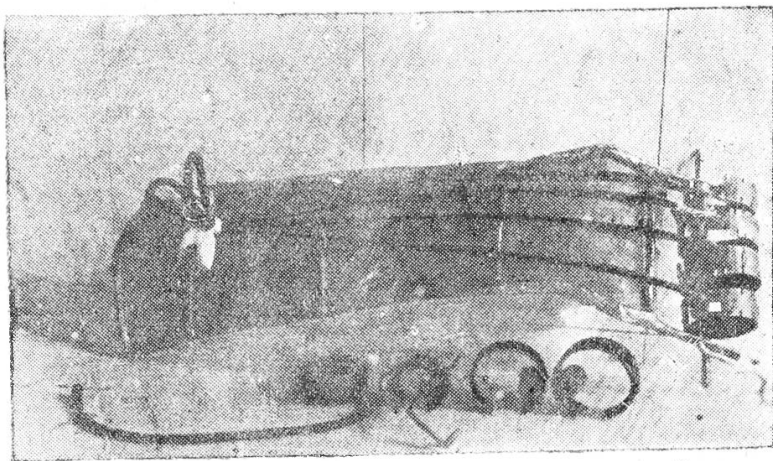
Повреждение двигательного аппарата мягких тканей пальцев, даже при правильном анатомическом восстановлении переломов фаланг и метакарпальных костей, заканчивается подчас функциональной непригодностью пальца. Мы наблюдали больных, где после перелома фаланг и метакарпальных костей рентгенологически наступало полное восстановление кости, но глубокие расстройства чувствительности, осязания, повышенная чувствительность кожи и боли делали палец функционально малопригодным. По большей части эти явления с течением времени и при энергичном применении физиотерапии в значительной мере проходили.

Лечение огнестрельных переломов костей кисти можно разбить на ряд последовательно и параллельно применяемых лечебных мероприятий. От первичной обработки раны кисти, от сроков и характера ее применения зависит предупреждение развития инфекции в ране и тяжелых нагноений. Все бывшие под нашим наблюдением раненные в кисть получали первичную медицинскую помощь в ближайшие 8 часов после ранения. Первичная обработка ран состояла в удалении торчащих из раны костных осколков, в иссечении разможенных тканей и дезинфекции окружающих тканей антисептическими жидкостями и наложением асептической повязки. Ни в одном случае швы на рану наложены не были. Такая первичная обработка ран кисти полностью себя оправдала. На значительном числе раненных в кисть мы ни разу не наблюдали тяжелых воспалительных процессов и обширных нагноений, столь нередко встречающихся при травмах в условиях мирного времени. Причину такого благоприятного течения ран кисти мы склонны видеть в ранней первичной обработке ран, в отсутствии швов, в редких сменах повязок и в высоком физическом и моральном состоянии раненых. Кроме того, преобладающее количество пулевых ранений с небольшими входными и выходными отверстиями, заживающими под струпом, объясняет малую степень инфицирования кисти.

Вслед за первичной обработкой раны встает вопрос о правильной иммобилизации отломков и фиксации поврежденных костей. Правильная иммобилизация поврежденных костей кисти и пальцев является важнейшим условием рационального лечения раненых на первых же этапах эвакуации. Условия прифронтовой полосы диктуют необходимость применения наиболее простых и эффективных методов. Нормальным методом иммобилизации пальцев нужно признать фиксацию их в физиологически выгодном, т. е. полусогнутом положении. Указанным требованиям в значительной степени, по нашему мнению, может удовлетворить применение „барабанной“ (цилиндрической) шины, предложенной проф. В. А. Гусыниным (Новая Хирургия, 1929 г.). Исходя из принципа вытяжения пальцев по окружности цилиндрической поверхности, д-р Шалагин разработал аппарат для вытяжения при переломе плюневых костей и фаланг.

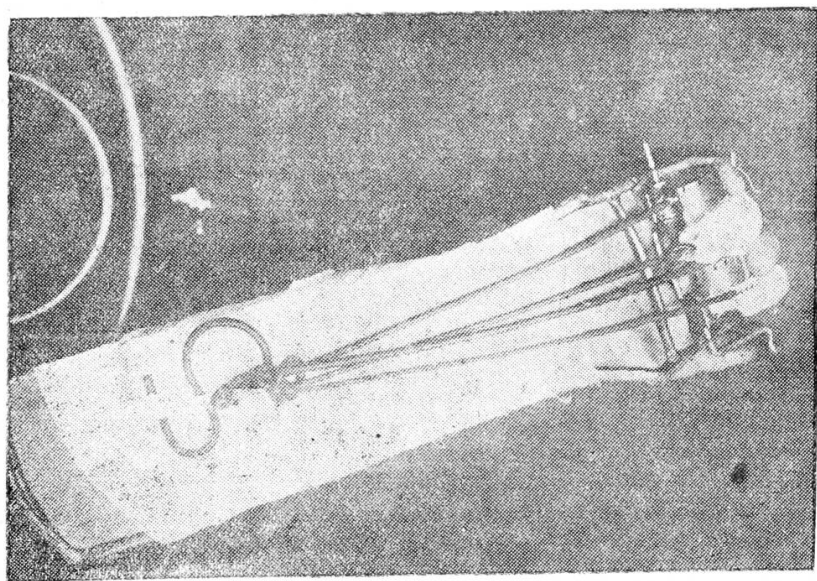
Аппарат представляет собой цельнометаллическую шину, длиной в 40 см. и шириной в 12 см. (см. фотоснимки 1 и 2). Ладонный конец шины расширен и образует развилку, в которую на различной высоте вставляется металлический стержень. На стержень надеваются широкие металлические кольца с эксцентрически распо-

женной подвижной осью. Поврежденные пальцы кисти укладываются каждый в отдельности на металлические кольца и прибинтовываются к ним. Предплечье прибинтовывается к основной части шины. Для удобства прибинтовывания пальца, металлические кольца образуют не замкнутый круг, а имеют свободный промежуток по окружности шириною в 3—4 см. Кисть находится в состоянии тыльного разгибания



Фот. 1.

в лучезапястном суставе, а пальцы в полусогнутом положении. Вытяжение переломов фаланг и метакарпальных костей производится путем эластической резиновой тяги не за палец, а за длинную дугу кольца и фиксируется к проксимальному концу шины. Эксцентрически расположенная ось кольца соответствует приблизительно линии



Фот. 2.

пястнофаланговых суставов. При повороте кольца вокруг оси его длинный конец заставляет привязанный к нему палец выгибаться по окружности. По радиусу длинного конца дуги создается рычаг, который значительно усиливает силу эластической резиновой тяги, давая возможность создавать любую степень вытяжения. Прибинто-

ванный в виде крючка к кольцу палец, скользя за движением кольца по кругу, получает вытяжение любой силы. Наличие свободного пространства в развилке шины позволяет производить перевязки ран метакарпальных костей и основных фаланг как с ладонной, так и с тыльной стороны, без нарушения вытяжения. Применение шины позволяет рано перейти к пассивной гимнастике в поврежденном суставе путем усиления и ослабления вытяжения. Опасность нарушения питания в пальцах, прибинтованных к кольцам, устраняется потому, что ширина металлических колец значительно больше ширины пальцев, в силу чего нарушения кровообращения в пальце не происходит. В шине вытяжению подвергаются только поврежденные пальцы, здоровые же пальцы остаются совершенно свободными.

При лечении огнестрельных переломов костей кисти существуют три основных задачи, от правильного решения которых зависит исход ранения. Первая задача — борьба с инфекцией, вторая — восстановление анатомической целостности кости и третья — основная цель всего лечения, — максимальное восстановление функции пальца и кисти.

Наличие обширных нагноительных процессов в пальцах и кисти, противопоказывая активные движения, вынуждает прибегать к длительному покою. Здесь крайне важно фиксировать руку в полусогнутом, физиологически наиболее выгодном положении. После минования экссудативно-инфильтративных явлений в ране требуется возможно скорее перейти к пассивным, а затем и активным движениям и к физиотерапевтическим процедурам. Там, где нет инфекции и где опасность обострения воспаления не велика, мы с 12 — 15-го дня ранения приступали к пассивным, а затем активным движениям и гимнастике в поврежденном пальце.

Мы широко применяли ручные ванны с заметным лечебным эффектом, однако необходимо отметить усиление болей и отека после их применения.

Значительно лучшие результаты мы видели от местного применения синего света и лампы „Соллюкс“. Исключительно хорошие результаты дало грязелечение в более поздних стадиях, особенно при начинающихся рубцовых и нутритивных сведениях. В ряде случаев с обширным повреждением суставов и тугоподвижностью кисти подвижность кисти в значительной мере восстанавливалась после нескольких сеансов грязелечения и механотерапии.

Серийные рентгеновские снимки костей кисти показывают, что консолидация отломков становится заметной в легких случаях через 4 — 5 недель, при больших же оскольчатых повреждениях костей консолидация затягивается на несколько месяцев. Причину столь замедленного сращения огнестрельных переломов костей кисти мы склонны видеть в наличии большого количества медленно рассасываемых костных осколков и гематом. Костные отломки, связанные с надкостницей, обычно восстанавливают свое питание и приживаются. В тех случаях, когда питание костных осколков не восстанавливается, они подвергаются медленному рассасыванию или же, вызывая нагноение, отторгаются чрез свищ наружу в виде мелких секвестров. Костные отломки, вызывая реактивное воспаление, приводят к развитию соединительнотканного перерождения мягких тканей пальца и кисти. Кроме того, огнестрельные повреждения, вызывая значительные нарушения мягких тканей и нервно-сосудистого аппарата пальцев, ведут к нарушению трофических процессов в костях и замедляют их консолидацию.

После устранения причины для свищевого остеомиелита путем

оперативного удаления некротизирующихся осколков требуется скорее перейти к функциональному методу лечения.

Максимальная настойчивость со стороны врача и больного в методическом и длительном проведении механо- и физиотерапии с последующим грязелечением могут дать исключительно благоприятные результаты в восстановлении функций поврежденной кисти.

Для проведения лечебной гимнастики пальцев и кисти при тугоподвижности их мы широко применяли занятия с ранеными на музыкальных инструментах, гитаре, мандолине, балалайке, гармонике и других инструментах, требующих тонких движений пальцев. Эти упражнения охотно выполнялись ранеными и в сочетании с остальными лечебными процедурами они значительно способствовали восстановлению нормального объема движений кисти.

Трудными для лечения и неблагоприятными по последующим исходам были случаи, где одновременно с переломом костей кисти имелось отморожение пальцев. На нашем материале такие случаи составили 1,8%. Эти раненые отмечают, что отморожение пальцев наступало после ранения, что находит себе объяснение в значительном нарушении кровообращения в поврежденном пальце.

Огнестрельные ранения лучезапястного сустава с повреждением костей по отношению к другим переломам костей кисти составили 4,6%. На сроках до двух месяцев после ранения мы получили следующие результаты лечения: 50% ранений в лучезапястный сустав закончились полным восстановлением нормального объема движений в суставе; в 40% случаев имела умеренная степень ограничения движений в суставе и в 10% случаев наступил анкилоз. При лечении огнестрельных повреждений лучезапястного сустава, как и других суставов, роль иммобилизации и полного покоя сустава в борьбе с инфекцией весьма велика. В отдельных случаях, при недостаточной иммобилизации, раненые в лучезапястный сустав поступали к нам с клинической картиной развивающегося гнойного артрита. Тщательно проведенная гипсовая иммобилизация сустава в течение последующих 4—6 дней приводила к снижению температуры до нормы и купировала воспалительный процесс.

На сроках от 1 до 3 месяцев после полученных огнестрельных переломов костей кисти мы наблюдали на нашем контингенте раненых следующие ближайшие исходы: 1) признано здоровыми и выписано в войсковую часть без ограничений 67%; 2) выписано в войсковую часть на нестроевую службу 6,2%; 3) закончили стационарное лечение и получили краткосрочные отпуска 12,2%; 4) на сроках от 2½ месяцев не закончили лечения и направлены на курортно-санаторное лечение и продолжают лечение 9,2%; 5) признано негодными к службе в армии 5,4%.

Таким образом, на сроках до 3 месяцев с момента ранения 85,4% раненых в кисть восстановили свою боеспособность, и только 5,4% были признаны негодными для дальнейшей службы в армии. Есть много оснований считать, что у большинства оставшихся на стационарном и курортно-санаторном лечении раненных в кисть в дальнейшем функции кисти восстановятся, и эти бойцы будут возвращены в строй. Усольцева, изучая отдаленные результаты лечения закрытых переломов костей кисти на материале промышленного травматизма, отмечает инвалидность в 4,4%. Если учесть, что мы во всех случаях имели открытые переломы костей кисти, нередко с значительным их нару-

шением, то полученные нами ближайшие результаты лечения можно считать вполне удовлетворительными. Вместе с тем необходимо отметить, что годность к службе в армии нельзя отождествлять с полным восстановлением *restitutio ad integrum* поврежденного пальца и восстановлением полного объема его функций. Здесь имеется обширное поле для дальнейших усовершенствований и изысканий рациональных методов лечения.

В целях лучшего обслуживания и лечения раненых мы считаем весьма целесообразным проводить в тыловых госпиталях возможно более детальную сортировку раненых по признаку органного поражения. Узкая специализация по отделениям даст лечащим врачам возможность более детального изучения данных форм поражений, устраним разноречивость в лечении и позволит шире проводить в плановом порядке наиболее рациональные методы терапии.

Казань, ул. Олькеницкого, д. 14, кв. 1.

Г. М. ШАЛУНОВ

О лечении огнестрельных ранений кистей и стоп

Из N-го госпиталя БМНР (нач. госпиталя Божедомов)

От общего количества огнестрельных ранений в условиях современного боя, насыщенного множеством пуль и осколков от разрывающихся снарядов, авиа-бомб, мин, гранат и разрывных пуль, значительный процент составляют поражения кистей и стоп. В случае нецелесообразного лечения таких повреждений раненые выбывают из строя на продолжительный срок. При неправильном лечении могут развиться большие костные мозоли из-за значительного расхождения костных отломков, анкилозы суставов, неподвижность пальцев и искривление их вследствие повреждения нервов и сухожилий и т. д. По статистике Кауфмана потеря большого пальца на руке снижает трудоспособность человека на $\frac{1}{3}$, II и V пальцев на $\frac{1}{5}$, III пальца — на $\frac{1}{6}$, IV п. — на $\frac{1}{7}$. Правильная организация помощи в огневой зоне и дальнейшей этапной эвакуации в тыл, квалифицированная первичная обработка ран, соответствующая фиксация пораженных участков в физиологически выгодном положении и максимальном покое их и своевременная профилактика анаэробной и столбнячной инфекции — все это как известно в значительной мере предупреждает потерю трудоспособности при ранении кистей и стоп. С этой точки зрения мы и хотели поделиться своими наблюдениями.

Раненые с огнестрельным повреждением кистей и стоп составили 16,2% общего числа раненых, прошедших через госпиталь. В разбираемом нами материале на долю ранений стоп приходится 31% (правая стопа — 18%, левая — 13%, на ранение кистей 69% (правая кисть 27%, левая — 42%).

По характеру повреждений наш материал распределяется следующим образом: огнестрельные ранения стоп с переломом кости — 18%, ранения кистей с переломами кости — 46%. Ранения стоп с пораже-

нием только мягких тканей — 13%. Ранения кистей с поражением только мягких тканей — 23%. Ранения пульей стоп — 18%. Ранения кистей пульей — 32%. Ранение кисти осколками — 32%. Приведем более подробно данные о локализации ранений.

Левая кисть. Область метакарпальных костей, пясти — 12%, 1 пальца — 7%, 2 пальца — 7%, 3 пальца — 3%, 4 пальца — 0%, 5 пальца — 1%. Область запястья и лучезапястного сустава — 3%.

Правая кисть. Область метакарпальных костей — 3%, область запястья и лучезапястного сустава — 3%, 1 пальца — 6%, 2 пальца — 7%, 3 пальца — 6%, 4 пальца — 2%, 5 пальца — 1%.

Правая стопа. Область плюсневых костей — 10%. Левая стопа — 4%. На пальцах обеих стоп — 3%.

Повреждения, носящие характер ампутаций: II, III, V пальца на левой руке — 1 случай, V п. — на левой руке — 3 случая, IV п. на правой руке — 1 случай, IV, V п. на пр. руке — 1 сл., IV, II п. на пр. руке — 1 сл., I п. на пр. руке — 2 сл., I, II и III пальца на правой руке — 1 случай, II п. на пр. руке — 1 сл., левой кисти — 1 случай, левой стопы — 2 случая.

Таким образом огнестрельные ранения кистей встречаются примерно в 3 раза чаще, чем ранения стоп. При этом характерно, что левая кисть повреждалась чаще, чем правая. Правая стопа поражается более часто, чем левая.

Огнестрельные повреждения кистей и стоп с переломами костей превалируют над ранениями мягких тканей. Из данных о локализации ранений видно, что больше всего поражаются участки кисти в области костей пясти, затем первого и второго пальца и незначительный процент приходится на ранения I, IV и V пальцев; стопы чаще всего поражаются в области костей плюсны. Ранения с большой зоной повреждений кистей и стоп с переломами костей, сопровождающиеся повреждением сухожилий, сосудов и нервов, мы наблюдали в 10%. Из них 6% падает на кисти, 4% на стопы.

Что касается лечения, то прежде всего обращала на себя внимание изумительно быстрая регенерация тканей при заживлении ран. Это мы ставим в связь с хорошим моральным и физическим состоянием наших раненных бойцов. Раны с малой зоной повреждения тканей восстанавливались в несколько дней, не сопровождаясь какими-либо воспалительными процессами. Раны с большой зоной повреждения тканей, подвергавшиеся первичному иссечению на ППМ, также в большинстве случаев протекали гладко, без вторичных осложнений.

Мы должны отметить хорошо налаженную работу на ППМ по первичной обработке ран и профилактике анаэробной и столбнячной инфекции. Все прошедшие у нас раненные немедленно получили необходимую помощь в огневой зоне от санинструктора или санитаров и в первые же часы после ранения от врача.

При лечении наблюдавшихся нами огнестрельных переломов костей пясти, запястья, плюсневых, мелких суставов, кистей и стоп, мы совершенно не применяли вытягиваний и гипсовых повязок, а пользовались фиксирующими мягкими повязками с шинами Крамера, укладывая конечность в выгодном физиологическом положении, мы рассчитывали на то, что при наличии в этих областях коротких мышц, фиброзных образований, служащих плотным футляром для отломков костей, нет условий для большого расхождения последних. С другой стороны, при ранении кисти и стопы осколком или пульей, чаще по-

лучаются раздробления кости, чем смещение отломков. Иммобилизация же конечности в необходимом физиологическом положении нами применялась сравнительно ненадолго, до исчезновения острых воспалительных явлений, после чего приступали к физическим упражнениям, теплым ваннам, гимнастике и массажу.

Последнее особенно важно при ранениях суставов в целях ускоренного восстановления движений. При лечении ран мы пользовались антисептическими растворами и мазями: гипертоническим раствором NaCl, перекисью водорода, риванолом, рыбьим жиром, жидким вазелином и мазью Вишневского. Последняя, по нашим наблюдениям, производит весьма благоприятное действие — раны скорее очищались от гноя и некротических участков тканей, что способствовало хорошему росту грануляций. О результатах лечения раненных в кисти и стопы красноречиво говорит тот факт, что 90% из них возвратились в строй.

Однако нельзя обойти молчанием и недостатки работы отдельных этапов эвакуации. Не всегда была четко выполнена запись на медицинских карточках, нередко диагнозы и процедуры отмечались не точно и небрежно (простым карандашом). Иногда раненые доставлялись с плохой или неправильной фиксацией, что при поздней их доставке приводило к развитию анкилозов, рубцовых сращиваний и т. п. На первичных этапах эвакуации применялись Крамеровские или деревянные шины с тыльной стороны, фиксирующие кости пальцев и суставов в развернутом и в вытянутом положении; тем самым создавалась трудность для последующего корригирования неправильно ранее установленных костных отломков. Указанные недостатки усугублялись тем, что больные поступали в госпиталь примерно через 10 дней после ранения, когда уже наступала мышечная ретракция. Правда, эти случаи мы по возможности старались исправить эластической тягой по Клаппу или Беллеру, но осложнения в некоторых случаях все же оставались неисправимыми; таких больных было 10% общего числа леченных.

В ы в о д ы

1. Своевременная иммобилизация конечности в функционально-выгодном положении при огнестрельных ранениях кистей и стоп с переломами является необходимой предпосылкой для благоприятного исхода ранений.

2. При огнестрельных ранениях кисти и стоп с переломами костей пясти, запястья и плюсневых благоприятные результаты дает лечение мягкими фиксирующими повязками.

3. При лечении огнестрельных ранений кистей и стоп с повреждением костей пясти, запястья, плюсневых, а также и мелких суставов, по исчезновении острых воспалительных процессов, необходим быстрое переход к функциональным методам лечения: теплым ваннам, массажу и гимнастике.

4. По нашим наблюдениям, наиболее часто ранению подвергаются I, II и III пальцы левой руки. Поэтому желательна разработка методов защиты левой кисти.

Казань, ул. Комлева. д. 17, кв. 24.

В. М. АВДЕИЧЕВА

Применение ультрафиолетовых лучей в лечении огнестрельных инфицированных ран

(по материалам тылового госпиталя)

Из Хирургического отделения (нач. военврач II ранга доц. Вилесов С. П.)
N-ского военного госпиталя (нач. госпиталя военврач I ранга Романов)

Заживление в возможно кратчайший срок и с наименьшей потерей функции раненого органа — такова основная задача в лечении инфицированных ран.

Попытки ускорить заживление ран воздействием света известны с давних времен. Практическое применение светолечения началось с развитием бактериологии, когда Даунс и Блеит в 1877 г. установили, что свет вредно влияет на развитие гноеродных бактерий. Бернгард в 1904 г. отмечает положительное влияние солнечного света на течение огнестрельных, рваных и разможенных ран.

После того, как Минин (1891 г.), Финзен (1903) и Бах (1911) изобрели приборы, заменяющие солнечный свет искусственным, светолечение стало весьма широко применяться, и о физиотерапевтических методах лечения внутренних болезней накопилась уже обширная литература.

Применение ртутно-кварцевой лампы в лечении инфицированных ран пока еще слабо разработано. Суждения авторов об эффективности этого средства разноречивы. Так, Казакевич и Петрова отметили в эксперименте хорошее влияние кварцевой лампы на заживление инфицированных ран. Проф. Рубашев на клиническом материале с успехом применял для лечения синий свет, соллюкс с синим фильтром, кварцевую лампу. Каншин указывает, что облучение раны кварцевой лампой является лучшим из всех известных средств и способствует быстрому заживлению.

Наряду с этим имеются сообщения Маркузе об отсутствии в клинике благоприятного результата от облучения ран. Винтерштейн на основе клинических наблюдений и экспериментальных исследований приходит к выводу, что „реакция на облучивание и процесс заживления раны представляют два не зависящих друг от друга явления“.

О дозировке ультрафиолетовых лучей, о показаниях и противопоказаниях, об осложнениях, встречающихся при облучении, тоже нет у авторов единства мнений.

Лечение инфицированных огнестрельных ран ультрафиолетовой радиацией мы применили у 22,1% раненых, прошедших через хирургическое отделение госпиталя. Все раненые поступали в госпиталь с незажившими инфицированными ранами мягких тканей уже в стадии развившихся грануляций.

Для лечения ультрафиолетовыми лучами мы отбирали больных с длительно не заживающими ранами (от 3 недель до 3 месяцев после

ранения). В 44,1% сл. раны были с малой зоной повреждения, проникающие в мягкие ткани; в 35,2% — со средней зоной повреждения, как проникающие глубоко в мягкие ткани, так и поверхностные от касательных ранений; в 3,9% — с большими зонами повреждения, с обширным разрушением мягких тканей и в 7,9% имелись ранения с повреждением костной системы (см. таблицу). Раны имели обильное или умеренное гнойное отделяемое. В 8,9% случаев это были раны на нижних конечностях, преимущественно на пальцах и стопе после ампутаций в связи с отморожением III степени.

Облучение кварцевой лампой производилось местно и в некоторых случаях с сегментарным облучением позвоночника. Лечение производилось ртутно-кварцевой лампой Московского завода (марка МЭИЗ) через 2-4 дня и более длительные промежутки времени на расстоянии 60, 50, 40 и 30 см по 5, 10 и 15 мин. со строгой индивидуализацией в каждом отдельном случае. Вокруг раны оставались незащищенными участки по 10—15 см. для большего действия лучей на нервные рецепторы кожи. После облучения накладывалась повязка с борной мазью, вазелиновым маслом, рыбий жир пополам с вазелином, в единичных случаях мазь Вишневского и риванол. Вещества эти приходилось индивидуализировать при первых же перевязках. Лучший эффект получен после применения борной мази и вазелинового масла.

На своем материале мы могли убедиться в том, что под влиянием ультрафиолетовых лучей быстрее наступает очищение гноящейся раны, гранулирующая поверхность становится слегка подсушенной, матовой, розового цвета. После 2—3 облучений можно уже подметить появление или увеличение каймы эпителизации по периферии раны, за которой необходимо внимательно следить при каждом последующем сеансе. Излишнее облучение вызывает уплотнение соединительнотканного слоя, внешний вид которого становится таким, как при хронической язве. В этих случаях облучение кварцевой лампой должно быть на некоторое время прервано.

Результаты примененного нами лечения инфицированных ран отражены в приводимой таблице.

Характер повреждений	Число ран в % к итогу	Результаты лечения ран в %		
		Излечение.	Улучшение.	Без изменений.
С малой зоной поврежд.	44,1	93,3	4,4	2,3
Со средн. " "	35,2	86,1	5,5	8,4
С большой " "	3,9	50	—	50
С поврежден. костей	7,9	37,5	25	37,5
Раны на пальцах и стопах после ампутац.	8,9	—	22,2	77,8
	100	76,4	7,8	15,8

Как видно из таблицы, лучший лечебный эффект от кварцевого облучения получен при ранах с малой (93,3%) и средней (86,1%) зонами повреждения. При этом достаточно было 3—4 и самое большее 5 облучений, чтобы рана закрывалась на 13—18-й и самое большее на 25-й день. При ранах с большой зоной повреждения, с боль-

шим нарушением трофики, эффект от облучения не был столь демонстративным. В 50% случаев заживление наступило на 36—38-й день со дня первого облучения. Здесь требовалось особо осторожное применение ультрафиолетовой радиации, т. к. малое количество облучений не давало заметного результата, большее же число облучений вызывало утолщение периферического слоя, задержку эпителизации. Раны с повреждением костей после отхождения секвестров закрывались в 2 раза быстрее необлучаемых. Что касается гранулирующих ран на пальцах и стопе после отморожения, то лучшее впечатление мы вынесли от комбинированного способа лечения кварцевой лампой и теплыми ваннами. Тем не менее срок заживления ран оставался долгим, и больные выписывались на 50—60-й день со дня облучения кварцем, что указывает на тяжелое страдание тканей при отморожениях, а также и всего организма в целом.

Ультрафиолетовые лучи оказывают прекрасное анальгезирующее действие не только при болях, связанных с наличием раны, но также при выраженных болях, вызываемых наличием множественных инородных тел в мягких тканях. Для иллюстрации привожу историю болезни одного из подобных случаев:

1. Б-ной П., поступил 1/III с множественным ранением мягких тканей всей левой нижней конечности и наличием мелких инородных тел в мягких тканях на различной глубине (установлено рентгенографически). Раны зажили на 28-й день. У больного оставались боли, временно успокаивающиеся от наркотических веществ и усиливавшиеся от тепловых процедур. Больной не спал ночами. Троекратное сегментарное облучение поясничной области на расстоянии 50 см 10 минут с 4-кратным общим облучением ноги дало прекрасный эффект — боли исчезли. Через 2 месяца мы получили сообщение, что болей в ноге нет.

Изменений со стороны крови и лейкоцитарной формулы мы не наблюдали. В некоторых случаях до начала облучения было 5—6 тысяч лейкоцитов, после облучения количество лейкоцитов несколько увеличивалось, но не более 10 тысяч. Температурной реакции у больных не было.

Наряду с хорошим эффектом ультрафиолетовых облучений мы имели единичные случаи осложнений. Для характеристики последних приводим следующие наблюдения.

2. Больной З., поступил в госпиталь с очень слабо гранулирующей раной 7×3 см. в верхней трети левой голени через 2 месяца после огнестрельного ранения. С целью ускорить эпителизацию проведено 4-кратное кварцевое облучение с промежутками через день на расстоянии 60 см 5, 10 мин. Рана утратила способность к эпителизации, грануляции стали сухими, край раны по периферии утолщенным, местами подрытым. Рана превратилась в язву. Только спустя 3 недели вновь появились признаки регенерации кожи.

3. Больной С. Ранен в правую стопу с повреждением таранной и ладьевидной костей. Спустя месяц рана величиною 6×3 см с обильным гнойным отделяемым без наклона к заживлению. Произведено 4-кратное облучение ртутно-кварцевой лампой. Рана очистилась, с краев появилась эпителизация. Но на другой день после четвертого облучения у больного повысилась температура, появилась резкая болезненность в стопе и припухлость вокруг раны. Вскоре развился гнойник, потребовавший разреза.

В данном случае ультрафиолетовая радиация, повидимому, оказала стимулирующее действие на дремлющую раневую и внутритканевую инфекцию и обострила воспалительный процесс. Подобного рода осложнение отмечает и Каншин.

В двух случаях мы наблюдали неблагоприятное действие ультрафиолетовых лучей на функцию желудочно-кишечного тракта.

4. Больной П. получил сквозное пулевое ранение в живот с ранением кишечника. По поводу чего в ДГ была произведена лапаротомия с резекцией части тонкой кишки с последующим анастомозом. Послеоперационное течение осложнилось нагноением и образованием послеоперационной грыжи. В наш госпиталь поступил спустя месяц после ранения с двумя гранулирующими ранами на животе, величиною 5×3 см и 3×2 см без наклонности ран к эпителизации. Больной слаб, пониженного питания, страдает запорами. Для стимуляции заживления ран применено кварцеоблучение области живота. После 3 сеансов появились боли в животе, понос и рвота, которые упорно держались на протяжении трех дней. Положение больного было весьма тяжелым. Стоило больших трудов вывести его из этого состояния.

5. Больной П. получил обширное ранение осколком мягких тканей левой ягодицы. В госпиталь поступил на 11-й день с обширно гранулирующей раной, величиной 18×7 см. Больной слаб и истощен. Стул с наклонностью к запорам. С целью ускорить эпителизацию раны проведено облучение всей ягодичной области в малых дозах (60 см. 5 мин.) с промежутками в 2—3 дня. После 4 сеанса появились боли в животе, понос. Повторные облучения спустя 2 недели дали тот же эффект.

Действие ультрафиолетовых лучей на моторику кишечника отметил Зверев при лечении язвы 12 перстной кишки эритемными дозами. Стул, который у язвенных больных является чаще задержанным, после нескольких сеансов становится более частым и регулярным.

В наших случаях мы имели дело с ослабленными больными, и ультрафиолетовые лучи могли оказать такое сильное действие на их кишечник. Объяснить какими-либо другими причинами вышеописанные расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта у упомянутых больных мы не имеем оснований. Поэтому облучение области живота у ослабленных людей должно применяться крайне осторожно.

На основании литературных данных и своего материала мы считаем возможным придти к следующим выводам.

1. Применение ультрафиолетовых лучей является вполне показанным методом лечения при огнестрельных инфицированных и вяло-гранулирующих ранах.

2. Ультрафиолетовая радиация является хорошим анальгезирующим средством как в период еще открытой раны, так и в последующем применении, — при болях, связанных с наличием инородных тел в мягких тканях. Здесь обычно хороший эффект дает, наряду с местным облучением, сегментарное применение ультрафиолетовых лучей.

3. Нерациональное применение ультрафиолетовых лучей может принести вред и вызвать ряд осложнений: обострение воспалительного процесса, уплотнение грануляций, гиаиноз соединительной ткани, гиперкератоз и расстройство функции желудочно-кишечного тракта.

4. С особой осторожностью следует применять ультрафиолетовые лучи у ослабленных лиц.

5. Комбинированное лечение кварцевым облучением и тепловыми процедурами при гранулирующих ранах на стопе и пальцах конечностей оказывает лучший эффект.

П. П. МИТРОФАНОВ

Местное лечение ожогов гипсом

Из Сарапульской районной больницы Удм. АССР (зав. хир. отд. П. П. Митрофанов)

За период с 1934 по 1940 г. нами применялись разные способы лечения ожогов: 1) масляные повязки, 2) марганцовокислый калий (5% раствор), 3) риванол 1:1000, 4) открытое лечение теплом и светом (ожоги II ст.) и 5) гипсовые повязки и присыпки жженым гипсом (с 1937 г.). За последнее время мы совершенно отказались от мазевых повязок при ожогах, вследствие основных недостатков этого метода: вторичная инфекция, болезненность перевязок, частые контрактуры, обширные дефекты кожи и длительность лечения. Неплохие результаты наблюдались в нашей практике от риванола (1:1000) и марганцовокислого калия в 5% растворе; эти дезинфицирующие и высушивающие вещества нами применяются и в настоящее время; но лечение ими не устраняет боли и не предохраняет пораженного органа от случайной травмы. Открытое лечение светом и теплом дает мало положительных результатов. Наиболее эффективным методом лечения при ожогах второй степени оказались гипсовые повязки (способ Зено) и присыпки гипсом.

Проф. Лелио Зено и А. В. Каплан (Вестн. хир., 1937) отмечают прекрасные результаты лечения ожогов гипсовой повязкой. Особенно хорошо поддаются лечению свежие ожоги. Благоприятное действие гипсовой повязки при ожогах, как сообщают авторы, сказывается в следующем: боли от гипса успокаиваются, рана предохраняется от инфекции, пострадавший орган иммобилизуется, благодаря чему создаются условия покоя раневой поверхности. Все это не только благоприятствует быстрой эпителизации обожженной поверхности, но при ожогах II ст. во многих случаях даже содействует первичному заживлению. Метод весьма заманчив по простоте, удобству и эффективности.

Нами проведено лечение гипсовой повязкой и присыпкой жженым гипсом на 62 больных с ожогами II и III степеней. Их возраст и пол, а также результаты лечения иллюстрирует таблица I.

Табл. I

Возраст	Муж.	Жен.	Всего	Исходы	
				выздоров.	смерть
До 5 лет	9	8	17	13	4
От 5 до 10 л.	1	2	3	2	1
„ 10—15 л.	3	2	5	5	—
„ 15—20	3	1	4	4	—
„ 20—30	5	4	9	8	1
„ 30—50	9	6	15	14	1
„ 50—60	1	4	5	5	—
Старше 60	1	3	4	4	—
	32	30	62	55	7

Причинами ожогов в наших случаях были: кипяток в 36 сл., пар — в 6 сл., раскаленный металл — в 5 сл., горячая зола — в 1 сл., пламя — в 13 и неочищенная карболовая кислота — в 1 случае. В стационар поступали больные с ожогами обширной поверхности тела. По локализации мы имели: ожоги туловища и нижних конечностей — 10 сл., туловища, верхних и нижних конечностей — 7, туловища и верхних конечностей — 7, туловища — 5, нижн. конечностей 15, нижних и верхних конечностей — 4, обеих верхних конечностей — 1 сл; лица и обеих верхних конечностей — 7, лица и головы — 2, лица, верхних и нижних конечностей — 1 и только лица 1 случай. Ожогов II ст. — 32, II и III ст. — 24 и III ст. — 6 случаев.

Наше лечение состояло в следующем: 1) обработка спиртом пораженной поверхности и кожи вокруг раны, смазывание йодной настоек поверхности пузырей и протирание их, удаление обрывков эпидермальных лоскутов; 2) наложение гипсовой повязки на обожженную поверхность конечностей, а в редких случаях — на туловище, если нет противопоказаний; при противопоказаниях — присыпка жженым гипсом; 3) введение противостолбнячной сыворотки взрослым 1500 А. Е., детям 750 А. Е.; 4) введение больших количеств жидкости (вода, физиологический раствор); 5) борьба с шоком — взрослым введение пантопона или морфина, детям — бромистый натр внутрь; для поддержания сердечной деятельности — камфора и кофеин; в трех случаях детям произведено переливание крови с удовлетворительным результатом.

Гипс применялся или в виде гипсовых повязок, или гипсовой повязки с присыпкой жженым гипсом, или только — гипсовой присыпки. Гипсовые повязки накладывались в случаях ожогов II и III степеней, главным образом на конечностях, в 5 случаях применена гипсовая повязка на грудь и живот. Противопоказанием к наложению гипсовой повязки мы считали: младший детский и старческий возрасты, в последних случаях применялась только гипсовая присыпка.

Техника применения гипса весьма проста. В перевязочной хирургического отделения должны быть в готовом виде гипсовые четырехслойные лонгетки, гипсовые бинты и жженный гипс. Жженный гипс готовится легким прокаливанием в металлических тазиках и хранится в закрытом сосуде, который может хорошо подвергаться чистке и стерилизации. Сам по себе гипс обладает некоторым дезинфицирующим свойством. После обработки поверхности ожога приступают к гипсованию. Открытая рана ожога покрывается стерильной салфеткой, а поверхность ожога, без обнажения верхних слоев кожи, салфетками не покрывается; со стороны здоровой кожи конечности прокладываются гипсовые лонгетки, предварительно смоченные теплой водой и в дальнейшем проводят обычное циркулярное бинтование гипсовыми бинтами всей пострадавшей конечности, с моделированием гипса во всех изгибах органа. На грудь и живот накладывались циркулярные гипсовые повязки без лонгеток. В тех случаях, где противопоказана гипсовая циркулярная повязка (младший детский возраст, старики, слабые больные и страдающие воспалением дыхат. органов), вся обожженная поверхность засыпается толстым слоем жженного гипса, покрывается стерильными салфетками, затем производится марлевое бинтование.

Вскоре после наложения гипса боли успокаиваются. Удобство гипсовой повязки в том, что больной орган, находящийся в гипсовом

футляре, защищен от случайной травмы и попадания инфекции, а гигроскопичность гипса хорошо способствует отсасыванию экссудата, выделяемого из раневой поверхности. Температура, в случаях гипсования, при свежих ожогах II ст. бывает субфебрильной; редко, к концу 5 суток, повышается до 38° (в зависимости от обширности поражения).

Гипсовая повязка удаляется через 5—6 суток. По снятии гипса мы наблюдали незначительную воспалительную реакцию; отслоившийся эпидермис при ожоге иногда, после 5—6-дневной повязки, оказывался сращенным с глубокими слоями кожи, или обнаруживался слущенным, но кожа на большой поверхности суха, покрыта блестящим тонким эпителием с незначительной серозной или серозно-гноющей экссудацией по краям ожога; в дальнейшем через день производились присыпки жженым гипсом в местах экссудации. На месте экссудации образуется сухая гипсовая корочка, которая свободно отторгается с обнажением заэпителизовавшейся поверхности ожога. Для иллюстрации результатов лечения гипсовой повязкой свежих ожогов приводим следующую историю болезни:

С-ва, 25 лет, поступила в хир. отд. 22/IX—1937 г. (ист. б. № 806) с ожогом II степени спины и правого бедра. Ожог кипятком. Воспалительная краснота, припухлость обожженной поверхности с множеством волдырей вскрывшихся и не вскрывшихся. После обработки поверхности ожога наложена гипсовая циркулярная повязка на нижнюю часть туловища и правое бедро. В скором времени боли успокоились. Через пять суток гипс удален. Большая часть поверхности ожога суха, не воспалена; отслоившийся эпителий, где были не вскрывшиеся пузыри, оказался сращенным с глубоким слоем кожи, по краям ожога небольшой серозно-гноющий налет. Гипсовая присыпка. 29/IX—небольшой серозно-гноющий налет с корочками, но почти вся поверхность ожога покрылась блестящим тонким эпителием. 1/X поверхность ожога совершенно суха. Повязка удалена. Больная выписалась.

Гипсовая присыпка нами применялась при ожогах у детей младшего возраста и у стариков. Вся обожженная поверхность присыпается толстым слоем гипса, пока он не впитает в себя весь экссудат. Повязка делается по мере пропитывания гипсовой корки экссудатом; при последующих перевязках гипсовая корочка не снимается, а гипсовым порошком засыпается вся только мокнущая поверхность. Под гипсовой корочкой быстро происходит эпителизация поверхности ожога. Приведу случай ожога II степени, леченный жженым гипсом.

Тр-ва, Зл., поступила в Хир. отд. 10—1—1938 г. (ист. бол. № 41) с ожогом II ст. грудной клетки, левого плеча, ягодиц и левой голени. Ожог кипятком. Имеется краснота обожженной поверхности с пузырями и обрывками эпителия. Обработка раны и гипсовая присыпка толстым слоем. 13/I перевязка с присыпкой гипсом. Обожженная поверхность с незначительной серозной экссудацией. 14/I поверхность ожога суха, экссудация совершенно отсутствует. 16/I самочувствие ребенка хорошее, поверхность ожога суха, покрыта тонким эпителием. Ребенок выписался здоровым.

При ожоге III ст. с глубоким некрозом тканей жженым гипсом засыпают весь некротизированный участок, заполняя щели демаркационной линии. Мертвая ткань под толстым слоем гипса заметно высыхает, демаркация некроза совершается быстрее, меньше гноющей экссудации.

У наших больных с ожогами разных степеней, леченных гипсовой повязкой и присыпкой гипсом, наблюдались следующие осложнения: флегмона—1 случай, сепсис—2 (один с септикопиемией) и 1 сл. обширной контрактуры позвоночника и верхней конечности. Смертельный исход был в 7 случаях (11,3%); из умерших—4 детей младшего возраста. Причины смертей: шок—4 случая, интоксикация—2 сл.,

септикопиемия—1 сл. В 5 случаях с ожогами III степени пришлось прибегнуть к пересадке кожи на гранулирующую поверхность по способу Тирша и Девиса; результаты были благоприятны.

Средняя продолжительность пребывания больного на койке с ожогом II степени 12,5 суток, II и III степени с неглубокими некрозами—29 суток и III степени с некрозом глубоких тканей (мышц и костей)—75 суток.

При лечении гипсом мы получили хорошие результаты при свежих ожогах I, II и III степени с неглубокими некрозами.

На основании наших немногочисленных наблюдений мы приходим к следующим выводам:

1 Местное лечение свежих ожогов конечностей гипсовой циркулярной повязкой надо считать наиболее рациональным способом как в мирной, так и особенно в военной обстановке.

2. Гипсовая циркулярная повязка на обожженую поверхность устраняет боль, высушивает рану ожога благодаря гигроскопичности гипса, предохраняет от случайной травмы, от вторичной инфекции и ускоряет процесс заживления.

3. Транспортировка пострадавшего от ожога в гипсовой повязке наиболее безопасна.

4. Местное лечение свежих ожогов II степени гипсовыми присыпками вполне приемлемо в случаях ожога груди, живота, шеи, лица и головы у детей младшего возраста, стариков и страдающих заболеванием дыхательных органов.

5. Лечение гипсовыми циркулярными повязками и присыпкой жженым гипсом возможно и при ожогах кислотами.

6. Наиболее эффективные результаты лечения гипсом наблюдались при свежих ожогах II степени.

г. Сарапул, Удм. АССР.
ул. Ефима Колчина, 70.,

В. А. ПАЛЬМОВ

Лечение ожогов в амбулаторной обстановке

Сталинский травматологический пункт, г. Горький

Несмотря на большое количество работ, посвященных лечению ожогов, до настоящего времени нет еще ясности в этом вопросе.

Среди множества способов лечения ожогов наибольшей популярностью пользуется метод открытого лечения с применением марганцовокислого калия или танина (Бетмен, Давидсон). В амбулаторной обстановке открытый способ мало применим (опасность инфекции!) и здесь приходится применять лечение под повязками.

Для этой цели предложено очень много средств: смазывание бриллиантовой зеленью, свинцовые примочки, коагуляция 5% хлористым железом, витадерм. Клиникой проф. Краснобаева в 1934 г. предложено лечение ожогов меловой повязкой (Постников, Тарновская). Проф. Зено предложил для этой цели гипсовую повязку, в 1934 г. Лэр получил прекрасные результаты при лечении ран рыбьим

жиром. Вскоре этот метод был перенесен и на лечение ожогов (Кочергин, Иост, Мочалов).

Авторы и сторонники каждого из существующих способов видят в них ряд преимуществ, на основании которых и ставят показания к их применению.

В целях выяснения эффективности отдельных способов лечения ожогов в амбулаторной практике мы воспользовались материалом травматологического пункта.

За 1937 и 1938 гг. травматологический пункт имел 990 больных с ожогами всех трех степеней. Из них мужчин было 560 (57,7%), женщин 430 (42,3%).

По возрасту: до 9 лет — 124, 10—19 л. — 148, 20—29 л. — 348, 30—39 л. — 220, 40—49 л. — 87, 50—59 л. — 47, старше 60 лет — 24 чел.

Больные в возрасте от 20 до 40 лет составляют 57,3%, дети — 12,5%. Производственная травма наблюдалась в 481 сл. — 49,6%, бытовая травма в 509 сл. — 51,4%. Большинство больных получило ожоги от кипятка, горячей пищи, горячего металла.

Термические ожоги были преимущественно I и II степени и заживление заканчивалось в среднем в 10—16 дней. Ожоги III степени наблюдались большей частью от горячего металла, электричества и кислот. Быстрота заживления химических ожогов зависит от правильно оказанной первой помощи и в среднем равна 11—16 дням.

Ожоги пламенем были наиболее тяжелыми и относились к III степени, так как глубоко поражали ткани. Они труднее всего поддавались заживлению.

По глубине поражения случаи относились преимущественно к поражению II степени. Комбинированные ожоги составляли у нас незначительное количество, и мы их большей частью оценивали по высшей степени ожога.

В сводном виде наш материал распределяется так: ожоги I степени — 81 сл. (9%), II степени — 835 (84,5%), III степени — 51 (4,2%), комбиниров. — 23 сл. (2,3%).

По степени распространения ожоги были ограниченные, с небольшой зоной повреждения, не больше 15% по таблице Беркоу, например: передняя поверхность голени, предплечье и кисть, тыльная поверхность стопы и т. д. Ожоги с поражением кожной поверхности больше $\frac{1}{3}$ были у 47 человек; все они после оказания им первой помощи направлены в больницу.

Лечение ожогов производилось у нас несколькими способами. Главным образом применялся 5% марганцовокислый калий с повязками, в ряде случаев мы пользовались рыбьим жиром, гипсовыми повязками по проф. Зено; часть больных (с ожогами на лице) лечилась открытым способом.

Табл. 1.

Способ лечения	Колич. случ.	в том числе ожогов		
		I степ.	II степ.	III степ.
1. Открытый способ	86	25	61	—
2. Повязка с марганцовокислым калием	705	44	632	29
3. Гипсовая повязка	82	—	75	7
4. Рыбий жир	94	—	79	15
5. Вазелин. повязка	23	12	11	—

Больные поступали к нам или непосредственно с места травмы без оказания какой-либо помощи или после предварительной обработки на здравпунктах или в скорой помощи. При наличии повязок, последняя снималась, кожа в окружности места ожога протиралась спиртом или $\frac{1}{2}\%$ раствором нашатырного спирта. До 1938 г. пузыри надрезались, с 1938 года пузыри, слущенный эпидермис, полностью удалялись и только после этого накладывалась повязка.

Результаты лечения ожогов мы оценивали по продолжительности течения и по количеству нагноений, наблюдавшихся нами при тех или иных методах лечения. По поводу процента нагноений необходимо оговориться, что он в большинстве случаев зависел от количества ожогов 3 степени, а поэтому перед нами встала необходимость выявить не только процент нагноения, но и указать количество ожогов по степеням. Продолжительность заболевания при разных методах лечения нами представлена на таблице 2.

Таблица 2

Способ лечения	Колич. случ.	Средняя продолжит. забол.	1 степ.		2 степ.		3 степ.	
			к-во случ.	средн. прод. забол.	к-во случ.	средн. прод. забол.	к-во случ.	средн. прод. забол.
1. Открытый способ . . .	86	7,2	25	5,3	61	6,2	—	—
2. Повязка с марганцово-кисл. калием	705	12,0	44	7,0	632	12,7	29	27,8
3. Гипсовая повязка . . .	82	15,8	—	—	75	14,6	7	26,9
4. Мазевая повязка . . .	23	9,2	12	4,7	11	11,1	—	—
5. Рыбий жир	94	10,0	—	—	79	9,2	15	15,4

На следующей таблице видно, как часто тот или другой способ лечения сопровождается нагноением с учетом и степени ожога.

Таблица 3.

Способ лечения	Гладк. зажив-ление	Число нагноений	о/о случ. нагн.	1 степень		2 степень		3 степень	
				гладк. зажив.	о/о нагн.	гладк. зажив.	о/о нагн.	гладк. зажив.	о/о нагн.
Открытый способ	81	5	5,8	25	—	56	5	—	—
Повяз. с марганц	602	103	14,6	44	—	538	74	—	29
Гипсов. повязка	71	11	13,4	—	—	71	4	—	7
Мазев. повязка	22	1	4,0	12	—	10	1	—	—
Рыбий жир	78	16	16,8	—	—	78	1	—	15

Итак, наибольший эффект мы получили при открытом способе лечения ожогов смазыванием 5% раствором марганцовокислого калия. Достоинства этого способа подробно описаны в многочисленной литературе (Гориневская, Бетман, Элькин, Мочалов, Джанелидзе и др.)

Из способов под повязкой наилучшие результаты получены применением рыбьего жира — смоченные в нем салфетки накладывались на место ожога. Хорошее действие рыбьего жира сказывалось тут же — устранялись болевые ощущения, общее самочувствие улучшалось. При ожогах 2 степени быстро наступала эпителизация, новых пузырей не появлялось. При ожогах 3 степени некротические участки в течение первых 4—5 дней отторгались с образованием хороших грануляций и последующей гладкой эпителизацией. Большой

процент нагноений при этом способе по нашему материалу объясняется тем, что мы повязки с рыбьим жиром применяли преимущественно при ожогах 3 степени. При ожогах 2 степени нагноение отмечалось реже, чем при других способах.

Марганцовокислый калий мы применяли двояким способом — или путем накладывания смоченных в 5% растворе салфеток, или смазыванием места ожога этим раствором; после высыхания, с образованием корки, накладывали асептическую повязку. Разницы в сроках заживления мы не заметили.

Необходимо указать, что болевые ощущения при смазывании значительно меньше, чем при наложении салфеток. Наш материал показывает, что марганцовокислый калий дает хорошие результаты при ожогах 1 и 2 степени, пока инфекция не проникла под корки. Корки марганцовокислого калия очень сухие и быстро трескаются, особенно при наличии гноя. В этих случаях приходится применять мази.

Основным недостатком марганцовокислого калия является сильная болезненность при его применении, вследствие чего приходится прибегать к препаратам морфия.

Средняя продолжительность заболевания у нас не превышает сроков, приводимых другими авторами. По Мочалову в среднем 13 дней, у Стручкова 18 дней, у Постникова 10,4 дня. На нашем материале средняя продолжительность заболевания равна 12 дням. Все зависит преимущественно от степени ожога; чем больше ожогов 3 степени, тем сравнительно больше и продолжительность заболевания и увеличивается процент нагноения. Нагноение на нашем материале дает средние величины — 14,6% и не превышает данных других авторов при применении танина (Бетмен, Мак-Клур и Аллен, Гориневская и др.)

В 1935 г. проф. Зено предложил лечить ожоги гипсовой повязкой. По словам автора она сильно подкупает как простотой применения, удобством при транспортировке, так и хорошими результатами, особенно при лечении ожогов в области суставов. Мы стали применять гипсовую повязку с 1938 г., точно соблюдая технику автора. Этим способом мы провели 82 больных, из них: 71 чел. с ожогами 2 степени и 7 чел. с ожогами 3 степени. Во всех случаях мы получили вполне удовлетворительные результаты.

При накладывании гипса имевшиеся болевые ощущения и чувство жара быстро проходили. По мере высыхания гипсовой повязки болевые ощущения вновь появлялись, но не в столь сильной степени и на сравнительно короткий срок (2-3 часа). Как правило, смену гипсовой повязки мы производили на 5-6-й день. Приходилось менять 2-3 гипсовые повязки до полного излечения. При ожогах 3 степени, а также при наличии инфекции гипсовые повязки приходилось менять чаще, так как гной и боли сильно беспокоили больных. Во всех случаях при смене гипса обожженные участки представляли собой чистую раневую поверхность с небольшим отеком в окружности места ожога. Гнойные массы находились на самом гипсе, и последний частично был ими пропитан. Как при ожогах 2 степени, так и при ожогах 3 степени мы получали хорошую гладкую эпителизацию, ни рубцовых контрактур, ни келлоидов нам отметить при этом способе не удалось. На месте ожога наблюдалась пигментация, которая держалась до одного месяца. Гипсовые повязки, по нашему мнению, целесообразно применять при ожогах конечностей и у детей, так как такую повязку ребенок не снимет и, ввиду хорошей гигроско-

пичности гипса, все загрязнения (моча) всасываются повязкой и не доходят до раневой поверхности.

При ожогах I—II степени также применялись повязки с мазями: вазелин, ксероформенная мазь и др. в стерилизованном виде под повязками, получаемые результаты вполне нас удовлетворяют.

Выводы

1) Применяя различные способы лечения ожогов в условиях амбулаторной работы мы получили наилучшие результаты от рыбьего жира.

2) Из других способов лечения ожогов в амбулаторной обстановке широко применялся 5% раствор марганцовокислого калия. Этот способ за последние годы стал вытесняться другими средствами: рыбьим жиром, меловой повязкой (Постников, Джанелидзе, Иост, Кочергин).

3) Гипсовые повязки нами применялись с успехом при ожогах 2 степени, особенно у детей и у взрослых при ожогах конечностей. Особое значение этот способ приобретает при транспортировке пострадавших. Никаких осложнений мы при этом способе не наблюдали.

г. Горький, Короткий пер., д. № 11, кв. 1.

Б. М. ЯРОСЛАВЦЕВ

Обслуживание больных и раненых при транспортировке на самолетах

Из станции воздушной скорой помощи НКЗ Узбекской ССР (глав-врач А. П. Ки-
ваев).

В нашу жизнь прочно вошел новый вид транспорта — авиатранспорт, с которым не может соперничать ни один из видов наземного транспорта как по удобству, так и по скорости. Авиатранспорт играет и будет играть во время войны значительную роль. Бурденко отмечает, что вопрос эвакуации больных и раненых на самолетах как в смысле положения больного, влияния на него различных скоростей полета и высоты, а также специфического метода индивидуального ухода, почти разрешен. Специфичность работы в авиатранспорте требует особой подготовки т. наз. бортсестер и бортфельдшеров.

Наша Узбекистанская станция воздушной скорой помощи имеет в своем штате несколько работников среднего медперсонала, которые имеют уже некоторый опыт по уходу за больными при воздушных транспортировках. За 1938 год ими транспортировано 50 больных с разнообразными заболеваниями как терапевтического, так и хирургического характера, подчас с тяжелыми травмами (переломы таза, позвоночника, перелом оснований черепа, ожоги и т. д.); за 1939 г. количество больных увеличилось до 85 чел. (кроме того, некоторые больные эвакуировались врачами).

Кроме личных качеств средний медперсонал должен иметь подготовку к специфическому уходу за больными и ранеными, транспор-

тируемыми на самолете, должен быть знаком с основами авиамедицины, с высотными и скоростными полетами.

Первое, с чем придется столкнуться бортсестре — это аноксемия, которая у здорового человека начинается на высоте 4500 — 5000 метров, а у больного может развиваться даже на высоте 1500 — 2000 метров, т. к. на этой высоте у здорового человека уже снижается функция зрения (Стрельцов). Кроме того, бортсестре нужно уметь свободно работать в кислородной маске, как боец работает в противогазе. В настоящее время имеются кадры сестер аэропортов, но эти лица большей частью обслуживают больных на земле, встречают и провожают пассажирские самолеты. Это, конечно, далеко не достаточно, и ценность такой сестры, как бортсестры, не велика. Вся их работа сводится к профилактике „воздушной болезни“, для чего они снабжают пассажиров средствами „Вазано“, „Аэрон“ и др., в эффективности которых приходится, однако, сомневаться. По работам Борщевского „Аэрон“, как профилактическое средство в борьбе с укачиванием, не дал хороших результатов (на незначительном материале). Мы лично наблюдали от „Аэрона“ сухость во рту, общую разбитость и общее угнетение организма больных. Кроме того, пассажиров снабжают еще ватой Мюэз для закладывания ушей. Ясно, что такое обслуживание больных и раненых, транспортируемых на самолетах, часто летящих на значительных высотах, весьма недостаточно.

Меры индивидуального ухода за больными и ранеными начинаются с момента укладки больного или раненого на носилки или усаживания его в откидное кресло (смотря по обстоятельствам и характеру ранения). Если раненому требуется лежащее положение, то его необходимо хорошо положить на носилки, предварительно постелив на них одеяло, простыню и клеенку, нужно проверить, чтобы не было бугров и складок, которые во время полета будут сильно беспокоить больного и вызывать подчас ненужные боли. Необходимо укрыть больного одеялом, концы которого фиксировать к носилкам; тело больного также фиксируется ремнями к носилкам, которые хорошо прикрепляются к самолету, т. к. в противном случае во время вибрации самолета происходит их сдвигание и выходжение из гнезд, а укрепить их во время полета — дело очень сложное. Раненные и шинированные органы необходимо тщательно прикрепить к носилкам, т. к. во время болтания и падения самолета в воздушные ямы может произойти их встряхивание. Если придется лететь на высоте 1500 — 2000 метр. (даже летом) с раненым, особенно имеющим кровопотерю, необходимо укрыть его одеялом, защищая от резких колебаний температуры; желательно положить ему грелку, но ни в коем случае не японскую грелку с тлеющим патроном, т. к. может произойти взрыв проникающих в кабину паров бензина. Необходимо тщательно закрыть окно кабины, защитив больного от попадания в нее выхлопных газов, СО и акриolina, способствующих появлению рвоты и головных болей.

Необходимо часа за 1½ до полета напоить больного, т. к. жидкость, введенная перед поездкой на самолете, трудно всасывается и держится в желудке 1½ — 2 часа. Во время полета резко изменяется отделение желудочного сока, его переваривающие силы уменьшаются (особенно на высоте), продвижение пищи из желудка в кишечник задерживается (Стрельцов), и может наступить рвота. Все назначения,

если это возможно, нужно сделать на земле, как-то: перевязки, шинирование, камфора, морфий и т. д. Желательно на земле раненому сделать инъекцию кофеина 1—2,0 здесь он применяется не как сердечное, а как профилактическое средство от „высотной болезни“, кофеин повышает тонус вегетативных и сосудодвигательных центров, повышает возбудимость нервной ткани, которая угнетена на высоте (Субботин), способствует усвоению кислорода организмом (Беритов) и предупреждает преждевременное наступление кислородного голодания, которое у лиц с нервным синдромом может наступить на средней высоте (3000—4000 метр.)

Необходимо помнить, что на высоте, с падением барометрического давления, может начаться кровотечение из ран, к борьбе с которым медперсонал должен быть наготове, имея вблизи вату, жгут, бинты и т. п. Кроме того, на высоте может произойти вздутие кишечника и желудка, а вследствие давления внутренностей на диафрагму возможно сдавление и ущемление стволов блуждающего нерва, в результате чего у больного может наступить ряд расстройств вегетативного характера (Зюзин).

Вследствие падения парциального давления кислорода наступает резкая тахикардия, учащение пульса до 100—120 ударов в минуту и повышение кровяного давления (у больного это бывает на высоте 2000—3000 метров). Появляется чувство страха и близкой смерти. Обслуживающий персонал должен немедленно принять нужные меры. Необходимо успокоить больного, поправить повязку, несколько распустить фиксирующие ремни и дать больному кислород, который действует весьма благотворно уже через несколько секунд; число сердечных сокращений приходит к норме, пульс снижается и чувство страха пропадает (Стрельцов).

Желательно, чтобы во время полета сестра видела лицо больного, могла свободно получить доступ к больному органу, особенно это важно в маленьких самолетах типа У-2, С-ПУ и т. п. Пристегивая себя ремнями плотно к сиденью, мы тем самым ограничиваем свободу действий. Совсем другое бывает при транспортировании раненых и больных в самолетах типа ПС-9 или Г-2, где можно поместить в полулежачем положении 7—8 чел. или 6 чел. в лежачем. Медицинский персонал имеет свободный доступ ко всем больным. Здесь и в смысле ухода могут быть созданы условия полустационарного характера; лежачее положение больного, значительное уменьшение шума, благодаря герметизированной кабине, значительное уменьшение вибрации самолета, почти полное отсутствие выхлопных газов (моторы расположены на плоскостях)—все это создает известный комфорт.

В полете необходимо принять меры в борьбе с шумом. Сестра должна заблаговременно снабдить эвакуируемых больных противозвучными средствами любой системы (заглушки Гройфенберга, противозвучник Калмыкова или в крайнем случае вата Мюзэ или простая вата). Современный мотор самолета, от которого главным образом возникает шум, дает колебания от 100 до 120 децибелл, некоторые моторы дают шум 130 децибелл плюс шум от выхлопных газов и потоков воздуха. Все это действует на ухо даже здорового человека (подтверждено работами Воячека, Семкина, Трембицкого, Кудиковского, Борщевского и др.). Смит считает, что шум порождает страх, нарушает нервно-психическую сферу, изменяет ритм дыхания,

вызывает сердцебиение и повышает кровяное давление. Ясно, что у больного или раненого с более лабильной нервной системой действие шума еще больше. Мне самому приходилось не раз видеть, как больные, лежащие в самолете, начинают беспокоиться и бледнеть, как только начинает работать мотор. Лучшим способом в борьбе с шумом, несомненно, является герметизация кабины, причем герметизация должна быть полной, т. к. небольшая щель в окне или дыра в кабине может пропустить 99% акустической энергии (инж. Занг).

Так как большинство больных испытывает неприятное чувство при взлете и посадке самолета, нужно в это время предупреждать и успокаивать больных. Очень важно уметь оказать нужную помощь в воздухе, когда самолет качает и он все время проваливается в воздушные ямы. Прежде всего требуется полное спокойствие самой сестры, ибо растерянность медперсонала действует на больных, а „психотерапия“ здесь играет огромную роль. Для медикаментозной помощи желательно иметь уже готовые растворы в склянках, напр., валерианы, опия, белладонны и т. д., содержимое бутылочки остается только перелить в мензурку или стаканчик и дать больному. Делать инъекции в воздухе нужно очень быстро и осторожно, причем вводить глубоко иглу не рекомендуется, ибо в случае толчка она может сломаться, и не легко будет извлечь ее наружу.

В борьбе с возникающей рвотой у больного или раненого нужно прежде всего повернуть голову набок, убрать рвотную массу салфеткой или пользоваться особым пакетом, протереть полость рта полотенцем или тупфером и сменить подкладку под головой больного. Гораздо сложнее будет обстоять дело при высотном полете, когда больной и сестра будут в кислородных масках. Рвотные массы могут забить маску больного и прекратить к нему доступ кислорода. Тогда придется снять маску, предварительно зажав у раненого нос рукой и дать ему в рот кислородный мундштук, как это делают немцы пилоты. Быстро очистить маску и, если будет возможность, дать распоряжение пилоту снизиться на нужную высоту.

Вообще, во всех случаях, когда страдает дыхание, нужно широко пользоваться кислородным прибором, которым у нас снабжены все самолеты как военной, так и гражданской авиации. В случае падения дыхания возможно использовать инъекции лобелина, который дает не плохие результаты. Нужно уметь сделать больному внутри самолета искусственное дыхание, нужно уметь сосчитать пульс, смерить температуру и т. д. Словом, нужно уметь выполнить в самолете любую работу по оказанию помощи раненому или больному.

Новые кадры бортсестер, привлекаемые на работу в гражданскую санавиацию и особенно в БВС, кроме специальной подготовки должны быть втянуты в парашютный спорт, ибо в случае выброски десанта, такую сестру или фельдшера можно выбросить на парашюте вместе с бойцами для оказания им медпомощи. Следовательно, в будущем мы должны иметь не только знающую бортсестру, а бортсестру-парашютистку.

Выводы

1. Уход за больными и ранеными при транспортировке их на самолете имеет особую специфичность.
2. Большое значение имеет подготовка больного к транспортировке, укладка его и т. д.

3. Необходимо заняться подготовкой кадров санавиации и обучением среднего медперсонала. Обратить особое внимание на овладение парашютным спортом.

4. Необходимо издать руководство для среднего медперсонала, обслуживающего санавиацию.

5. Пропустить через курсы авиамедицины всех работников среднего медперсонала, обслуживающих санавиацию.

6. Нужно создать особый стандарт сумки с медикаментами и инструментами для бортсестры и бортфельдшера.

Ташкент, Ассакинская, 8.

Е. П. КРЕВЕР

Лечение пневмоний у детей белым стрептоцидом

Из кафедры пропедевтики детских болезней (завед. кафедрой доц. Кревер)
Казанского медицинского ин-та

Как химиотерапевтическое средство стрептоцид действует на микроорганизмы только *in vivo*, *in vitro* он даже в более концентрированных растворах не оказывает никакого действия. Такое „непрямое действие“ может зависеть: 1) от расщепления данного препарата на активно действующие вещества; 2) от стимулирования клеток живого организма к образованию антител.

В настоящее время у нас в СССР синтезировано три вида стрептоцида. 1) Красный стрептоцид — хлор-гидрат-4 сульфонамид 2 — 4 диамидо-азобензол. Растворимость его не велика: всего 0,25%. 2) Растворимый стрептоцид, растворимость которого равна 10%, а при подогревании до 35° доходит до 25%. 3) Белый стрептоцид — пара-амидо-бензол сульфонамид.

Во всех этих препаратах химиотерапевтическое действие оказывает сульфамидная группа. Установлено, что действие красного и растворимого стрептоцида объясняется отщеплением в организме от этих препаратов белого стрептоцида.

Механизм действия стрептоцида в организме еще не совсем изучен, но с определенностью можно сказать, что окончательное разрушение микроорганизма принадлежит защитным силам макроорганизма. Опытами установлена оживленная деятельность фагоцитов при введении стрептоцида (Лонг и Блисс). Если защитные силы организма истощены, то стрептоцид оказывается не деятельным. Он начинает действовать не тотчас же после приема, а спустя несколько часов; так, Лонг и Блисс убедились на экспериментальном перитоните мышей, что только через 6 — 15 часов от начала введения стрептоцида на месте воспалительного процесса появляется энергичный процесс фагоцитирования прекращающий дальнейшее размножение стрептококков. Эти же авторы пришли к заключению, что полное проявление действия стрептоцида при достаточной его дозировке происходит не меньше, чем через 48 часов.

Опыты на животных говорят за очень малую токсичность стрептоцида. На основании многочисленных литературных данных нужно считать средней суточной дозой для взрослого человека 5 г как белого, так и красного стрептоцида.

Кольбрук при тяжелых стрептококковых заболеваниях давал до 9—15 г в сутки в течение 2—3 дней. Гельмгольц и Остертаг указывают, что дети от 3 до 6 лет хорошо переносят стрептоцид в дозах от 1 до 1,5 г в день в течение двух недель. Другие авторы указывают на более высокие цифры применения стрептоцида. Лонг и Блисс рекомендуют грудным детям в течение первых суток давать стрептоцид из расчета 0,25 на 1 килограмм веса.

Наиболее распространенный путь введения стрептоцида per os. Рекомендуется давать его после еды. В тяжелых случаях или при невозможности по той или иной причине дать per os — вводят подкожно, причем уже через 15 минут в моче обнаруживаются следы стрептоцида. Внутривенное введение не имеет широкого применения, как как ряд авторов наблюдал при этом способе введения нежелательные побочные явления, в виде желудочно-кишечных расстройств.

Токсические явления, которые иногда отмечаются у больных, леченных стрептоцидом, повидимому, зависят не от больших доз его, а от повышенной чувствительности организма. Как известно, такая повышенная чувствительность может иметь место по отношению к любому веществу. По литературным данным наблюдаются следующие проявления повышенной чувствительности к стрептоциду: 1) Кожные поражения — в виде сыпей и даже тяжелых дерматитов. Высыпание может сопровождаться повышением температуры и общим недомоганием. 2) Повышение температуры при длительном употреблении больших доз, появляющееся на 7-10-й день лечения. 3) Нарушение щелочно-кислотного равновесия в сторону ацидоза. 4) Резкий цианоз в результате сульфгемоглобинемии (избегать одновременного применения препаратов серы) — тошнота, головные боли. 5) Угнетающее действие на лейкопоз и эритропоз — с развитием анемии и агранулоцитоза.

Вначале стрептоцид был рекомендован как препарат, действующий только на стрептококк и здесь он завоевал себе прочное положение. В дальнейшем при работе с белым стрептоцидом оказалось, что он является бактериотропным не только по отношению к стрептококку, но и к некоторым другим микробам — стафилококку, менингококку, гонококку, кишечной палочке. Были также сделаны попытки применения стрептоцида при пневмококковых заболеваниях.

Сообщения о лечении пневмонии стрептоцидом довольно разнообразны. Так, Домагк получил отрицательный результат. Розенталь сообщает о благоприятных результатах. Кросс и Купер при лечении экспериментальной пневмонии у белых крыс отметили ободряющие результаты. Американские авторы тоже указывают на хорошее действие стрептоцида при пневмонии. В нашей литературе Титов (Ташкент) указал на благоприятное действие белого стрептоцида при пневмонии у детей.

Мы стали применять белый стрептоцид при пневмонии у детей с осени 1939 года. Всего нами проведено на стрептоциде 28 детей с явлениями бронхопневмонии. При крупозной пневмонии мы не давали стрептоцида по той причине, что за взятый отрезок времени дети с крупозной пневмонией поступали под наше наблюдение не раньше четвертого дня болезни, стрептоцид не имело смысла давать, так как через день-два ожидался кризис; кроме того, как мы знаем, исход крупозной пневмонии у детей более благоприятный, чем бронхопневмонии.

Мы пользовались исключительно белым стрептоцидом. Грудным детям дозировали его из расчета 0,15 на килограмм веса, не превышая 1 грамма в сутки; давали обычно дробными дозами 5—6 раз в сутки; старшим детям давали 2—3 грамма в сутки. Во избежание явлений ацидоза детям, при назначении стрептоцида, давали раствор соды. Чаще всего стрептоцид приходилось давать в течение 7—10 дней с таким расчетом, чтобы после падения температуры ребенок получал стрептоцид еще 4—5 дней, при этом дозу мы обычно не снижали.

Стрептоцид принимался детьми охотно, не вызывал никаких побочных желудочно-кишечных явлений. В некоторых случаях нам приходилось давать стрептоцид и при диспептических явлениях, рвоты при этом мы не наблюдали; в связи с улучшением общего состояния наступало быстрое улучшение и со стороны стула.

По возрасту больные делились следующим образом: до 1 года — 14, от 1 года до 2 лет — 2 ребенка и старше 3 лет (до 13 лет) — 12 чел. Результат лечения стрептоцидом был различен в зависимости от того, была ли у ребенка первичная бронхопневмония или вторичная, развившаяся у гипотрофика после или во время какого-либо другого заболевания (корь, коклюш, длительный грипп и т. п.).

С первичной бронхопневмонией в раннем детском возрасте мы провели 8 случаев, все эти дети, леченные стрептоцидом, выздоровели. Здесь, как правило, мы наблюдали критическое падение температуры через 48 часов. Только в одном случае из восьми температура снизилась через 4 суток. Упав до нормы, температура уже больше не поднималась. С падением температуры быстро улучшилось общее состояние, снимался токсикоз. В дальнейшем — быстрое разрешение процесса в легких, даже у детей пастозных, эксудатиков.

1. Ребенок М. Р., 3 месяцев, вес 5,200. Ребенок пастозный. Поступил на 3-й день болезни. Общее состояние тяжелое, дыхание 60 в 1 мин. В легких масса мелких крепитирующих и средне-пузырчатых хрипов. В нижних отделах бронхофония. Эмфизема. Глухие сердечные тоны. Небольшой цианоз. Стул диспептический 5 раз в сутки. 2 раза рвота. На 4-й день состояние ухудшилось. На 5-й день от начала заболевания дан стрептоцид по 0,15—5 раз в день. Через 48 часов падение температуры до нормы. Общее состояние значительно лучше. Стул нормальный. Через 5 дней в легких единичные хрипы.

Особенно хороший эффект был получен при даче стрептоцида в первые дни заболевания.

Вторичная бронхопневмония в раннем детском возрасте при лечении стрептоцидом (8 случаев) дает несколько иное течение. Надо отметить, что все эти дети поступали к нам в клинику обычно поздно — на 8-15-й день заболевания и поэтому лечение стрептоцидом начиналось с опозданием. Здесь мы наблюдали следующую картину: улучшение общего состояния начиналось чаще всего на 3-й день, снижение температуры до нормы наступало через 4—5 дней после начала лечения стрептоцидом, причем температура чаще снижалась не так резко, как при первичной пневмонии, а литически — в 2 дня, но упав до нормы, в дальнейшем больше не поднималась. Хрипы держались еще 5—10 дней. Там, где разрешение процесса задерживалось, мы применяли гемотерапию, что оказывало хорошее действие.

В двух случаях мы отменили стрептоцид на другой же день после падения температуры, и у этих больных через несколько дней мы констатировали снова подъем температуры и появление нового фокуса, который быстро ликвидировался после повторного назначения стрептоцида. В дальнейшем мы всегда после падения температуры давали стрептоцид еще 4—5 дней, и ни в одном случае рецидивов не наблюдали.

Из 8 грудных детей с вторичной бронхопневмонией, леченных стрептоцидом, семь выздоровели и в одном случае наступил смертельный исход. Это погиб ребенок 2,5 месяцев, недоносок, атрофик, весивший 2,800 г., бывший на искусственном вскармливании, у которого кроме пневмонии были фурункулез и пиурия. В этом случае, конечно, нельзя было рассчитывать на успех, так как сопротивляемость организма была ничтожна. Таким образом, у грудных детей из 16 случаев мы имеем только 1 смертельный исход, несмотря на

то, что в большинстве случаев это были тяжелые формы пневмонии и только у пяти детей пневмония была средней тяжести.

У старших детей результат от лечения стрептоцидом надо считать, пожалуй, еще более благоприятным, если учесть, что применяли его только в тяжелых случаях. Все дети выздоровели, причем здесь в течении болезни проявилась определенная закономерность, именно: из 12 случаев в 6 падение температуры наступило через 48 часов от начала приема стрептоцида; в 5 случаях температура снизилась через 4 суток, и только в одном случае падение температуры отмечено через 36 часов. Как и у грудных детей, температура падала через 2 суток при первичной пневмонии, у детей с хорошим питанием, тогда как при вторичной (в наших случаях — послекоревой (4) и в одном случае после длительного гриппа и анемии) падение температуры наступало через 4 суток.

2. А. Ю., 9 лет. 4-й день заболевания. Двусторонняя разлитая бронхопневмония. Состояние очень тяжелое. Бред. Глухие сердечные тоны, цианоз. Лейкоц. 22000. Назначен стрептоцид 0,3—6 раз. Через 2 суток падение температуры с 39,9° до 36°. Общее состояние значительно лучше. Сознание ясное. Лейкоцит. — 16000. Через 5 дней в легких единичные средние-пузырчатые и сухие хрипы, еще через 2 дня в легких норма.

Во всех этих случаях снижение температуры и улучшение общего состояния напоминало картину при крупозной пневмонии, т. е. падение температуры и улучшение общего состояния наступало сразу. Но в отличие от крупозной пневмонии падение лейкоцитоза всегда происходило постепенно. Особо стоит один случай послекоревой бронхопневмонии с образованием абсцессов; здесь мы получили хорошие результаты от стрептоцида только после переливания крови.

Мы наблюдали за состоянием крови у детей при лечении стрептоцидом, причем отмечали постепенное падение лейкоцитоза до нормы с момента установления нормальной температуры. Отмечено было постепенное нарастание эозинофилов. Угнетения эритропоэза мы не наблюдали. Никаких токсических явлений у детей не было.

Выводы

1. Белый стрептоцид при лечении бронхопневмонии у детей как раннего, так и старшего возраста, в достаточно больших дозах оказывает хороший эффект.

2. При лечении стрептоцидом первичной пневмонии температура падает критически через 48 часов. При вторичной пневмонии падение температуры задерживается и наступает чаще всего через 4 суток.

3. При вторичной затянувшейся пневмонии хорошее действие оказывает стрептоцид в сочетании с трансфузией крови или с гемотерапией.

4. Лейкоцитоз после падения температуры постепенно уменьшается и количество лейкоцитов входит в норму.

5. После падения температуры до нормы для предупреждения рецидива пневмонии следует продолжать дачу стрептоцида еще 4 дня.

Р. Я. ШЕВЕЛЕВА

О лечении цереброспинального менингита белым стрептоцидом

Из клиники детских болезней Казанского медицинского института
(директор проф. В. К. Меньшиков)

Вопрос о лечении менингита привлекает к себе особое внимание, так как проводимые методы лечения введением сыворотки и уротропина не дают удовлетворительных результатов, все еще слишком высок процент смертности и тяжелых осложнений. С открытием стрептоцида мы имеем совершенно новый препарат, дающий такие результаты, которые оставляют далеко позади все старые методы лечения менингококковых заболеваний.

Наш отечественный стрептоцид выпущен в виде трех препаратов: а) красного мало-растворимого, б) красного растворимого, в) белого стрептоцида. Последний употребляется внутрь в порошках, и в 0,8% растворе подкожно и в спинномозговой канал. Раствор можно хранить не более 3—4 дней. Стрептоцид обладает лечебным действием *in vivo*, но не *in vitro*. Лечебное действие красного стрептоцида ограничивается рамками стрептококковых заболеваний (ангина, рожа и т. д.). Белый же стрептоцид, наоборот, действителен при гонококковых, менингококковых и пневмококковых заболеваниях. Экспериментальные работы Соловова показали, 1) что белый стрептоцид начинает выделяться мочей через 5 минут после введения 0,8% раствора под кожу, причем содержание его в моче достигает максимума через 4—5 часов; 2) белый стрептоцид проходит гемато-энцефалический барьер и обнаруживается в спинномозговой жидкости; 3) концентрация стрептоцида в ликворе в 10 раз меньше, чем в крови. Мадер установил, что при подкожном введении стрептоцида последний через 10 минут уже появляется в спинномозговой жидкости.

Механизм действия стрептоцида на менингококк еще не вполне установлен. Некоторые приписывают ему бактерицидное действие, другие бактериостатическое.

За последние три года в иностранной литературе появилось много сообщений о лечении менингококкового цереброспинального менингита белым стрептоцидом, причем все авторы единодушны в хорошей оценке этого нового препарата.

У больных с эпидемическим ц. с. менингитом этот препарат впервые применен Швейтнером (1937), вводявшим его интралиомбально и подкожно. Из 11 больных выздоровело 10 человек.

В нашей отечественной литературе впервые опубликована работа о лечении менингита стрептоцидом профессором А. А. Колтыпиным (Врачебное дело № 1, 1939). Автор приводит десять случаев, окончившихся выздоровлением. Он применял комбинированный метод лечения, заключающийся во внутримышечном введении растворимого стрептоцида и противоменингококковой сыворотки. Автор полагал,

что успешные результаты следует приписать сочетанию действия сыворотки со стрептоцидом. Однако, в работах иностранных и наших авторов этот комбинированный способ все больше оттесняется применением одного только белого стрептоцида.

Французские авторы применяли белый стрептоцид в больших дозах, преимущественно внутрь по 0,15—0,2 на 1 кг веса и только в тяжелых случаях вводили интралюмбально 0,8% раствор белого стрептоцида. Большие дозы вызывали более быстрое нарастание концентрации стрептоцида в крови и в ликворе, приводившее к быстрому улучшению и выздоровлению. Американские авторы применяли несколько другой прием. Они вводили в канал в первые дни 0,8% раствор стрептоцида (0,05 на 1 кг веса) и назначали внутрь до 1,0 через каждые 4 часа для поддержания постоянной концентрации белого стрептоцида в спинномозговой жидкости. Несмотря на большие дозы препарата (до 6,0 в сутки), токсические явления (сыпь, цианоз) наблюдались в легкой форме; они быстро проходили, не вынуждая к перерыву в лечении.

Описание лечения нашим отечественным стрептоцидом мы находим у Маковской (Ленинград). Стрептоцид вводился в 0,8% растворе в спинномозговой канал в дозе 15—25 см³ и подкожно в том же растворе (40—200 см³) и, кроме того, внутрь 6-месячному—0,8 г, 10-летнему—2,4 г в сутки. Дуб (Москва) описывает 10 случаев, из которых два закончились смертью. Он применял следующую дозировку: дети от 9 до 12 месяцев получали—1,0; от 2 до 5 лет 1,5—2,0; старше 5 лет—3,0-3,5 в сутки. Стрептоцид вводился также эндолюмбально.

В клинике Казанского мед. института, по инициативе проф. В. К. Меншикова, мы стали применять стрептоцид для лечения менингита в начале 1940 г. Наш материал пока не велик, и данное сообщение следует рассматривать как предварительное. Однако, мы получили столь эффективные результаты, что считаем уместным привести их. Более высокую эффективность действия стрептоцида сравнительно с другими методами лечения цереброспинального менингита иллюстрирует табл. 1.

Таблица 1

Год	Всего б-ных	Из них:			Методы лечения
		Выздор- овело	Выписалось б/улучшен.	Умерло	
1937	26	7	10	9	Сыворотка и уро- тропин
1938	34	8	20	6	"
1939	32	8	20	4	"
1940					
с 1/1 по 1/VI	4	1	1	2	Сыворотка
"	4	2	1	1	Красный стрептоцид
"	10	10	—	—	Белый стрептоцид

После первых опытов мы стали применять эндолюмбальное и внутримышечное введение 0,8% раствора белого стрептоцида один раз в сутки в дозе 10—25 см³ в канал и 30—100 см³ внутримышечно в зависимости от возраста; кроме того, белый стрептоцид давался внутрь через каждые 3 часа, в первые дни из расчета 0,15 на 1 кг веса, в

последующие дни дозы постепенно снижались в зависимости от клинической картины. Наша дозировка несколько выше дозировок Мавковской и Дуба и приближается к дозировке французских авторов. Лечение велось под контролем люмбальных пункций, которые делались вначале ежедневно, а затем через 1—2 дня. У всех детей повторно исследовалась кровь; последнее вызвано опасностью появления гемолитической анемии и агранулоцитоза. Об этом отрицательном действии стрептоцида имеются указания в иностранной литературе и у Колтыпина. Несмотря на большие дозы, которые мы давали больным, мы этого не обнаружили. Возраст наших больных, леченных только белым стрептоцидом: от 1 года до 2 лет—2, 6—9 лет—4, 11—12 лет—3, и 14 лет—1. По форме заболевания—7 случаев тяжелых и 3 случая—средне-тяжелых. Привожу в качестве примера описание случая.

1. Б-ная Ляля Л., 11 лет. Поступила в клинику 14/IV—40 г. на 3-й день болезни. Состояние тяжелое; $t=39^{\circ}$, сознание утрачено. Судороги. Ригидность затылка. Симптомы Кернига и Брудзинского. При люмбальной пункции вытекает под большим давлением мутная жидкость. Р. Панди резко положительная. В ликворе найдены менингококки. Плеоцитоз—29782. РОЭ—55 мм.

Лечение: белый стрептоцид—0,8% раствор в спинномозговой канал в дозе 5—20 см³ и внутримышечно того же раствора в дозе 80 см³. Внутрь белый стрептоцид 0,5×8, в дальнейшем доза снижалась. 17. IV состояние резко улучшилось, t° —37,5. Менингеальные симптомы выражены не резко. Сознание сохранено. Разговаривает. Appetit хороший. При люмбальной пункции выделяется более прозрачная жидкость под небольшим давлением. Р. Панди—слабо положительная. 19. IV. T° —норма. Ригидность затылка отсутствует. Цереброспинальная жидкость прозрачная. Р. Панди отрицательная. Плеоцитоз—113. РОЭ—44. 21. IV. T° —норма. Состояние хорошее. Жалоб нет. Самостоятельно встает на ноги. Appetit хороший. Менингеальные симптомы отсутствуют. За время лечения введено 4 раза в спинномозговой канал от 5 до 20 см³ 0,8% раствора белого стрептоцида и 5 раз внутримышечно того же раствора по 80 см³. Внутрь белый стрептоцид по 0,5×8 один день, 0,5×7 два дня, 0,5×6 шесть дней, 0,5×5 восемь дней. T° спала до нормы на 5-й день лечения, в дальнейшем иногда повышалась до 37,2—37,4. На 5-й день исчезли из ликвора менингококки. Лейкоцитоз при поступлении 1.000, на 5-й день—10860, на 18 день 5400. В весе прибыла на 1,5 кг. Выписана в хорошем состоянии.

Во всех случаях мы видели довольно раннее падение температуры после начала лечения (на 2—7-й день), укорочение и быстрое ослабление менингеальных симптомов, значительное облегчение общей тяжести заболевания, исчезновение явлений гиперестезии. В основном перелом болезни наступает на 5—7-й день в то время, как при сывороточном лечении перелом болезни наступает обычно между 20—30 днями болезни. (? Ред.). Для успеха лечения весьма важно, чтобы оно начиналось возможно раньше в первые дни болезни. В одном нашем случае, когда ребенок поступил на 19-й день болезни, перелом наступил лишь на 19—20-й день лечения. Температура у больных, быстро спадавшая до нормы, как правило, не давала в дальнейшем заметных резких отклонений. При некотором увеличении дозы стрептоцида t° вновь спала до нормы. Следует отметить изменение самой жидкости. Гнойно-серозная при первой пункции, она быстро становилась прозрачной при последующих пункциях. Менингококки исчезали из ликвора между 5—10 днем лечения, т. е. значительно раньше чем при лечении сывороткой. Применяя большие дозы стрептоцида, мы вели также тщательный контроль периферической крови. Так у вышеупомянутой б-ной Л. мы имели следующую картину крови:

Дата	Эритроциты	Гемоглоб.	Лейкоц.	Базоф.	Эозин.	Мизл.	Юн.	Пал.	Сегм.	Лимф.	Мон.
16.IV . . .	3.860.000	74%	17.000	—	—	—	2%	11%	70%	13%	4%
22.IV . . .	3.610.000	68%	10.860	1%	1%	1%	1%	6%	63%	9%	18%
3.V . . .	3.320.000	63%	5.400	1%	2%	—	2%	3%	52%	32%	8%

Падение числа лейкоцитоза и нарастание эозинофилов, лимфоцитов и моноцитов совпадает с падением температуры до нормы и улучшением общего состояния.

Лишь у одного из наших больных мы заметили незначительную синюшную окраску губ, исчезнувшую через несколько часов без отмены препарата. Для избежания токсических проявлений, мы старались не давать медикаменты, способные давать токсические соединения со стрептоцидом или могущие служить катализаторами, например: салициловые и серные препараты, аспирин, антифебрин и т. п.

Выводы

На основании наших клинических наблюдений и литературных данных следует признать, что:

1) Белый стрептоцид оказывается наиболее эффективным средством при лечении цереброспинального менингита и дает лучшие результаты по сравнению с другим методом лечения.

2) Лечебный эффект от белого стрептоцида получается только тогда, когда он применяется в больших дозах.

3) Лучший эффект получается при более раннем введении стрептоцида в организм, когда патологические изменения в оболочках еще не велики.

4) При лечении белым стрептоцидом наблюдается быстрое улучшение клинического течения болезни, раннее исчезновение менингококков из ликвора, а также быстрое изменение как характера жидкости, так и давления в спинномозговом канале.

5) К числу самых положительных моментов лечения следует отнести отсутствие резких волн и рецидивов в течении болезни.

6) Ни в одном из наших случаев не было тяжелых последствий менингита (головная водянка, паралич и т. д.).

7) Преимуществом лечения этим способом по сравнению с сывороткой является отсутствие сывороточных явлений.

8) Токсические явления, вызываемые белым стрептоцидом, весьма ограничены, хотя в иностранной литературе имеются указания на небольшую токсикацию при пользовании этим препаратом. На нашем материале эти явления почти не встречались, что можно объяснить, возможно, свойствами нашего отечественного белого стрептоцида.

9) При применении больших доз стрептоцида следует проводить тщательный контроль периферической крови.

10) Интенсивное нарастание эозинофилов, лимфоцитов и моноцитов свидетельствует о быстром рассасывании воспалительного процесса и может являться благоприятным прогностическим признаком.

Литература

1. Дуб, Сов. медицина, № 3, 1940. — 2. Колтыпин, Врач. дело, № 1, 1939. — 3. Маковская, Вопросы педиатрии, т. XI, вып. 1—2, 1939. — 4. Николаев и др. Сов. медицина, № 6, 1939. — 5. Титов, Сов. медицина, № 3, 1939. — 6. Титов, Педиатрия, № 2—3, 1940.

Казань, Касаткина ул. д. № 15, кв. 2.

Б. Н. СОКОЛОВ

Стрептоцид в терапии отогенной септикопиемии

Из кафедры оториноларингологии Центрального института усовершенствования врачей в Москве (директор кафедры засл. деятель науки проф. В. К. Грутнев).

Препараты стрептоцида нашли широкое применение в различных отделах медицинской практики, в частности и в области оториноларингологии. Общеизвестно целебное свойство красного стрептоцида при различных формах воспалительного состояния миндалинкового аппарата.

Успех применения препаратов стрептоцида при различных проявлениях стрептококковой инфекции невольно направил мысль лечащего врача на применение этого вида терапии и в клинике отогенного синус-тромбоза, осложненного септикопиемическим синдромом.

В современной отиатрии считается установленным, что единственно верным и надежным методом лечения синустромбоза является хирургический. Тем не менее для лечения септических заболеваний к услугам отиатра предоставлено очень много всякого рода лекарственных средств, что лишь свидетельствует об отсутствии общепризнанного средства, действенного во всех случаях сепсиса. Это становится понятным, если принять во внимание, что течение и исход септических заболеваний зависят не только от разнообразия специфических возбудителей, их вирулентности, их количества и способа проникновения в ток крови, но и от иммуно-биологических свойств организма, а также от времени и условий применения лечебных средств.

Операции, во время произведенная, решает успех нашего вмешательства при синустромбозах. Еще профессор Цитович в свое время считал синустромбоз болезнью самопроизвольно неизлечимой, а Полицер говорил, что хороший исход при неоперированном синустромбозе крайняя редкость.

В самом деле, если в современном понимании отогенный сепсис рассматривается, как процесс поступательный, штурмующий организм, который возникает в барабанной полости и оттуда устремляется по току крови, то задача хирурга должна заключаться в том, чтобы, во-первых, остановить процесс на месте его первичного выявления, во-вторых, вскрыть и удалить основной очаг и последующие гнойные фокусы и, в третьих, всемерно способствовать организму в его борьбе с последствиями гнойной инфекции путем повышения сопротивляемости и укрепления барьера. В этом — смысл хирургии и терапии отогенного сепсиса.

Эксперимент и клиника учат нас, что в течении синустромбоза могут быть три стадии: образование тромба, его инфицирование и разложение, распад тромба. Из сказанного отнюдь не следует, что каждый тромб проходит все три стадии развития, но от наличия той или иной стадии зависит и степень тяжести заболевания, терапия и прогноз.

Организованный асептический тромб может не дать никаких явлений. Принято считать, что тромб, зараженный микробами, но не распающийся, проявит себя постоянной формой лихорадочной кривой, а распад тромба обуславливает скачки температурной кривой, ознобы, пот, типические приступы „септической лихорадки“.

Так принято считать, но нам представлялась возможность наблюдать, что приступы лихорадки с ознобами имели место при целых нераспадавшихся тромбах и, наоборот, гнойный распад синуса протекал при сравнительно „спокойных“ клинических данных. В одном случае афебрильного синустромбоза операция совершенно неожиданно обнаружила большой обтурирующий тромб с центральным размягчением, между тем самая высокая температура у больного накануне операции была 37,2 и в день операции 36,9°.

Тем не менее, в деле терапевтических мероприятий такое, правда, несколько искусственное разделение течения тромбоза имеет большое значение. Если установлено, что лечение синустромбозов, в основном, — хирургическое, то в выборе методов оперативного пособия надо исходить из клинических данных, но вместе с тем не забывать основного положения, что „все больное должно быть удалено“.

Само собой разумеется, что во всех случаях отогенного синустромбоза и оперативного вмешательства при нем требуется строгая индивидуализация. Если в одном случае при асептическом тромбе и отсутствии явных клинических симптомов сепсиса бывает достаточно выскоблить зараженную кость и лишь (как крайняя мера) вскрыть на некотором расстоянии стенки синуса, то в другом случае инфицированного и распадающегося тромба необходимо и обязательно вскрытие синуса и удаление тромба. Если стенка синуса макроскопически не изменена или мало изменена и явления сепсиса умеренны, то этим операцией можно ограничить; но если клинические проявления сепсиса выражены, необходимо широкое обнажение синуса, диагностический прокол и в случае обнаружения нагноившегося тромба последний должен быть удален с резекцией стенки синуса по обычным правилам.

Наши наблюдения над рядом больных показывают, что случаи без тромба, но с явлениями резко выраженной септикопиемии протекают особенно тяжело; это говорит, повидимому, за защитную функцию тромба, хотя, с другой стороны, надо полагать, что нагноившийся тромб является новым источником обсеменения организма инфекционным началом.

Операция, своевременно предпринятая на отростке и синусе, не исчерпывает еще лечения отогенной пиемии. Она является важнейшей, правда, но все же частью лечения, она уничтожает септический очаг и тем прекращает поступление в кровь микроорганизмов. Дальнейшее же лечение имеет целью помочь организму преодолеть успевшую уже проникнуть инфекцию и воздействовать на вызванные ею патологические процессы. Здесь имеют значение и соответствующий режим и укрепляющая диета и ряд медикаментозных средств: препараты серебра, уротропин, алкоголь; важное значение имеют повторные трансфузии крови.

В наши дни применение химиотерапии при отогенной пиемии дает очень ободряющие результаты.

Еще недавно статистика ряда клиник (Boies'a, Coates, Ersner, Persky, Meltzer, Fraser) показывала высокую смертность при отогенном сепсисе, достигающую высокой цифры 35—45%. Лечение препаратами стрептоцида снижает этот процент до 15 и даже 10.

Материал наших наблюдений в клинике Центр. ин-та усовершенствования врачей на базе отоларингологического отделения больницы им. Боткина дал всего лишь 1 случай летального исхода (5%) на 20 случаев неосложненной отогенной септикопиемии, леченных в послеоперационном периоде препаратами стрептоцида.

Впечатление от этого результата особенно усиливается, когда представишь себе всю картину клинического течения тяжелейших случаев пиемии с множественными метастазами, прошедших перед нашими глазами.

Мальчик М—ов, 15 лет (ист. бол. № 819), поступил 24.I.1939 года по поводу обострения хронического гнойного воспаления левого среднего уха с холестеатомой, полипом и параличом лицевого нерва, в тяжелом состоянии, с температурой 39°, жалобами на резкие боли в левом ухе и сосцевидном отростке, гноетечение и головокружение.

Предпринятая радикальная операция обнаружила гной, грануляции, костоеду и холестеатому с перисинуозным и субпериостальным абсцессом.

В дальнейшем больной находился в стационаре около 4 месяцев в состоянии тяжелой септической лихорадки с подъемом температуры к вечеру до 39—40°, при ремиссиях, доходящих до 4—5°. Непрерывные ознобы, сменяющиеся сильным потоотделением, в некоторые дни число приступов доходило до 8.

Классическая картина отогенной септикопиемии была дополнена метастазами в правое и левое голеностопные суставы, левом коленном суставе, левом тазобедренном суставе, флегмонами подкожной клетчатки шеи и крестцовой области, септической эритемой и пиодермией волосистой части головы, распадением костного вещества левой безымянной кости и переломом шейки бедра, наконец, метастатическими перихондритами и периоститами 6, 7, 8-го ребер слева. И все же благодаря усиленному

лечению препаратами стрептоцида per os и подкожно больной на 124-й день был выписан из стационара, а спустя полгода приходил самостоятельно и в хорошем состоянии для осмотра.

Применяемая в нашей клинике методика лечения сводилась к даче стрептоцида внутрь по 0,3 от 3 до 8 раз в течение суток и подкожному введению 0,8%-ного раствора белого стрептоцида в разных количествах (от 300 до 1000 см³).

В отдельных случаях мы ограничивались однократным введением подкожного препарата, другие случаи, преимущественно тяжелого сепсиса с метастазами, заставляли нас вводить большие дозы стрептоцида — до 10–15 граммов в сутки.

Течение сепсиса характеризуется не только интервалами между утренней и вечерней температурой, интервалами между приступами лихорадки, но и более или менее длительными промежутками между группой, следующих друг за другом, лихорадочных приступов. Ясно, что в светлые промежутки между приступами мы давали возможность организму отдохнуть от „наводнения“ его раствором стрептоцида, постепенно снижая инъекционную дозировку до 200—100 см³ раствора или даже совсем переводя больного только на приемы препарата внутрь до одного грамма в день.

Наоборот, когда было видно, что наступает вновь приступ септической лихорадки, появляются ознобы, то в зависимости от числа, продолжительности и силы ознобов, а также высоты подъема температуры, стрептоцид снова давался в увеличенной дозировке или в виде инъекции 500—800—1000 см³ раствора (2—3 инъекции в сутки), одновременно увеличивалась и частота приема препарата внутрь до 8 раз в сутки. Таким образом дозировка вещества колебалась от 0,5—2,0 до 8—12 граммов в сутки.

Мы воздерживались от внутримышечного и внутривенного введения препарата. Дело в том, что большинство специалистов отвергает внутривенный путь введения, как излишний и создающий неприятные ощущения у больного (чувство слабости, тошнота, головокружение). Domagk, отметивший ряд тяжелых побочных признаков при внутривенном введении стрептоцида, объясняет это слишком быстрым распадом бактерий и выделением токсинов; с другой стороны, введение даже больших доз стрептоцида на физиологическом растворе создает местное депо лекарственного вещества и условия постепенного поступления его по кровеносной системе в клетки и ткани организма. К спинальному пути введения стрептоцида в нашей клинике обращаются при отогенных менингитах с целью санирования цереброспинальной жидкости.

Как долго следует продолжать лечение стрептоцидом при тех или иных формах отогенной пиэмии? Строго говоря, ответ может быть один: надо давать стрептоцид в течение такого промежутка времени, которое необходимо для защитных сил организма, чтобы последние могли восторжествовать над инфекцией.

Пока имеется септическая лихорадка, метастазы, стрептоцид не может быть отменен, если он не вызывает каких-либо побочных токсических явлений. По мере снижения температуры, учитывая состояние местного течения послеоперационной раны и основываясь на общем состоянии организма, преодолевающего инфекцию, дачу препарата можно уменьшить путем постепенного снижения дозировки с тем, чтобы в течение некоторого периода времени сохранить в крови

нужную концентрацию препарата в целях предотвращения возможных вспышек, „рецидива“ пиэмии, наблюдавшихся нами неоднократно.

Наши впечатления от химиотерапии синустромбозов настолько ярки, что мы позволяем себе рекомендовать этот вид послеоперационной терапии, как наиболее эффективный у постели больного.

Москва, Октябрьское поле, 3.
Больница им. Боткина, 8 корпус.

Г. З. ИШМУХАМЕТОВА

К вопросу о механизме действия стрептоцида

Из клиники внутренних болезней (директор проф. З. И. Малкин) Казанского стоматологического института

В отношении действия стрептоцида на реактивность организма в настоящее время существует два диаметрально противоположных мнения. Одни исследователи утверждают, что стрептоцид обладает сенсibilизирующим действием, а другие говорят о его десенсibilизирующем действии. Проф. Гербст, наблюдая действие стрептоцида при скарлатине, приходит к выводу, что стрептоцид обладает десенсibilизирующим действием. Это он доказывает тем, что при применении этого препарата уменьшалась или совершенно исчезала геморрагическая пурпура.

Полонский, ссылаясь на гистологические исследования Улезко-Строгановой, пишет, что „местом приложения действия стрептоцида является ретикуло-эндотелий, активизация которого ведет к повышению реакции макроорганизма и тем обеспечивает терапевтический эффект препарата“.

Соловов в обзорной статье „Препараты стрептоцида по данным иностранной литературы“ (Советская Медицина № 13, 1938 г.) приводит истории болезней, где при даче стрептоцида у нескольких больных отмечалась повышенная чувствительность, и при самых минимальных дозах появлялись признаки аллергического состояния— „появлялся жгучий сильный зуд во всем теле, сопровождающийся чиханием и слезотечением, на теле была рассеянная уртикарная сыпь“.

Американские авторы— Юнг, Модель, Борст, Дженинг, Плюмер— приводят случаи, окончившиеся смертью при применении стрептоцида. У этих больных наблюдалась гемолитическая анемия и агранулоцитоз. Передозировки препарата в этих случаях не наблюдалось, смертельный исход наблюдался при малых и средних дозах. Очевидно причина такого действия стрептоцида находится в организме больных, в их повышенной чувствительности.

В целях изучения механизма действия стрептоцида нами проведен ряд опытов на кроликах. Эти опыты производились по методу, который оправдал себя при изучении механизма действия других фармакодинамических средств на клеточную реакцию сенсibilизированного организма.

Кролику, который сенсibilизировался нормальной лошадиной сывороткой, путем введения ее в плевральную полость через каждые четыре дня на пятый в количестве 5 см³, одновременно вводился

$1\frac{1}{2}\%$ водный раствор красного стрептоцида в ушную вену по 1 см^3 через день. Контрольному кролику вводилась только нормальная сыворотка.

Затем, путем плевральной пункции доставали содержимое полости плевры, на каждый второй — четвертый день после введения сыворотки; готовились мазки, окрашенные по Гимза и подсчитывалась лейкоцитарная формула. Продолжительность каждого опыта — 40—45 дней. Нормальный клеточный состав плевральной полости кролика имеет довольно постоянный характер. Процентное содержание клеток в транссудате следующее: эозинофилов — $0,2\%$, полинуклеаров — $0,3\%$, лимфоцитов малых и больших $27,3\%$, гистиоцитов — $72,2\%$.

В наших опытах клеточный состав сенсibilизированного кролика носил следующий характер: в начале опыта в первые две недели отмечается выраженная реакция со стороны гистиоцитов (от 75 до 90%) и со стороны нейтрофильных лейкоцитов (эозинофилы имеются не всегда, и в очень небольшом количестве), на третьей неделе опыта значительную массу форменных элементов составляют лимфоциты (до 45%), и, наконец, через месяц после начала опыта наблюдается максимальное содержание гистиоцитов (до 90%), появляются эозинофилы. Нейтрофильные лейкоциты составляют очень незначительный процент.

Иная картина клеточного состава плевральной полости сенсibilизируемого кролика получилась при применении стрептоцида: на пятый день опыта гистиоцитов 90% , лимфоцитов — 7% , нейтрофилов — 3% , эозинофилы отсутствуют. На 12-й день содержание гистиоцитов несколько понижено (65%), количество лимфоцитов возросло до 20% , остальные 15% приходятся на нейтрофилы и эозинофилы. На 14-й день — новый подъем гистиоцитов (87%) за счет падения главным образом нейтрофилов (5%), лимфоциты держатся довольно стойко. Эта картина (с очень небольшими колебаниями) держится до 30-го дня. На 32-й день — новое, весьма незначительное снижение числа гистиоцитов (до 62%), в это время увеличено число лимфоцитов (32%), нейтрофилов очень немного. И, наконец, в заключительном этапе, на 40-й день — новое увеличение числа гистиоцитов (85%), затем идут лимфоциты и нейтрофилы. На всем протяжении опыта гистиоциты держатся на очень высоких цифрах и остаются на этом уровне до конца опыта. При этом периодически появляются эозинофилы. Количество лимфоцитов на всем протяжении опыта выше числа нейтрофилов.

Сравнивая клеточный состав плевральной полости сенсibilизируемого кролика и кролика сенсibilизируемого введением сыворотки и одновременно получающего инъекции стрептоцида, мы видим, что кривые их клеточной реакции различны. Отмечается увеличение числа гистиоцитов в начале опыта, дальше их количество понижается, и в заключительном периоде, когда наступает максимум сенсibilизации, наблюдается новое увеличение числа гистиоцитов. Эти данные не противоречат тем, которые получили Алексеев и Хантемирова при аналогичных опытах. Наши предыдущие исследования дали ряд убедительных фактов за то, что большой процент гистиоцитов является показателем состояния сенсibilизации.

У кролика, получавшего стрептоцид, число гистиоцитов на всем протяжении опыта держится на высоких цифрах. Особенно это хорошо заметно, если сравнить полученные результаты с данными

о влиянии применения гипосульфита натрия и пирамидона на клеточную реакцию сенсibilизированных кроликов. В этих опытах (Казанск. мед. журнал № 9, 1937) мы получили резкое снижение числа гистиоцитов в составе форменных элементов содержимого плевральной полости.

Приведенные результаты исследований показывают, что стрептоцид способствует определенному направлению характера клеточной реакции сенсibilизированного животного, а именно поддерживает гистиоцитарный характер этой реакции и в высокой степени усиливает эту тенденцию.

В настоящее время гистиоцитарный тип клеточной реакции оценивается, как показатель аллергического характера реакций. При заболеваниях, в патогенезе которых аллергический момент играет видную роль, гистиоциты доминируют в составе клеточных элементов, участвующих в воспалительной реакции, вызванной заболеванием. Например, при остром ревматизме Ашофская гранулема констатируется главным образом из гистиоцитов. При феномене Артюса, получающемся после разрешающей инъекции, инфильтрат точно также характеризуется энергичным участием в нем гистиоцитов.

В связи с этими данными тот факт, что стрептоцид оказывает стимулирующее действие на гистиоцитарную реакцию организма, следует расценивать как показатель того, что стрептоцид способствует усилению состояния сенсibilизации организма и в частности содействует мобилизации мезенхимных элементов, принимающих участие в защитных реакциях организма. Весьма вероятно, что этот момент, приводящий к усилению клеточного иммунитета, имеет важное значение в механизме терапевтического действия стрептоцида при инфекционных заболеваниях, вызываемых стрептококком и некоторыми другими возбудителями.

Казань, ул. Чернышевского, 17, кв. 77.

Е. А. ВЕРБИЦКАЯ, М. Э. КАШУК и И. А. ВАССЕРМАН

Лечение пигментного ретинита по методу Лаубера в комбинации с ретинолом и церебрином

Из Украинского института экспериментальной офтальмологии
(директор — засл. деятель науки академик В. П. Филатов).

В 1935 и 1936 году Лаубер опубликовал работы, в которых высказал свой взгляд на сущность табетической атрофии зрительных нервов и пигментного ретинита. Он считает, что в основе этих страданий лежит артериальная гипотония, которая ведет к нарушению нормального соотношения между диастолическим давлением в центральной артерии сетчатки и офталмотонусом. Согласно исследованиям Лаубера и Собанского, между указанными величинами в норме существует разница, по крайней мере, в 20 мм Hg. При пигментном

ретините, как и при табетической атрофии зрительных нервов, эта разница оказывается ниже 20 мм Hg, что вызывает нарушение кровообращения в сетчатке и расстройство ее питания с последующим нарушением функций.

Основываясь на своих исследованиях Лаубер считает, что лечение табетической атрофии зрительных нервов и пигментного ретинита должно быть направлено к повышению кровяного давления тонизирующими средствами (стрихнин, кофеин и др.) и к понижению внутриглазного давления миотиками или оперативно — циклодиализом. Лаубер успешно применил свой метод лечения не только в случаях табетической атрофии зрительных нервов, но и в 13 случаях пигментного ретинита.

Наш метод лечения по Лауберу также дал удовлетворительные результаты в нескольких случаях пигментного ретинита. Однако, при этом мы обнаружили ряд моментов, позволяющих несколько иначе обосновать успех, полученный при лечении по этому методу.

Данные других авторов, аналогично нашим нижеприведенным, расходятся с данными Лаубера и Собанского. Так, Ашер, исследовавший 18 табетиков с атрофией зрительных нервов, нашел, что у них соотношение между диастолическим давлением центральной артерии сетчатки и офталмотонусом такое же, как у 28 исследованных им табетиков без атрофии зрительных нервов. На основании этого он считает, что данные Лаубера и Собанского подлежат еще проверке и дальнейшему изучению.

Теоретические обоснования Лаубера и Собанского не подтверждаются также работами Альбриха и Кукана. Подробно разобрав случаи атрофии зрительных нервов, приведенные Собанским, названные авторы указывают на отсутствие в большинстве из них общей и местной гипотонии. Эти случаи давали улучшение и тогда, когда недостаточная по Лауберу разница между диастолическим давлением центральной артерии сетчатки и офталмотонусом под влиянием лечения еще больше уменьшалась, а не увеличивалась. На этом основании, а также из анализа собственных наблюдений они приходят к заключению, что методу лечения, предложенному Лаубером и Собанским, следует дать иное теоретическое обоснование.

По данным Кашука, физиологическое соотношение между диастолическим давлением в центральной артерии сетчатки и офталмотонусом не представляет собой постоянной величины, равной 20 мм Hg, а колеблется вокруг этой цифры в довольно значительных пределах в зависимости от возраста; для молодых людей до 30 лет разница между этими величинами в среднем составляет лишь 13—14 мм.

Лечение по Лауберу было проведено нами у 11 стационарных больных пигментным ретинитом. В течение первых 3-х дней пребывания в клинике каждый больной подвергался исследованию функций глаза (острота зрения, поле зрения, адаптация), измерению суточных колебаний внутриглазного давления-тонометром Маклакова, исследованию общего кровяного давления максимального и минимального сфигмоманометром Буллита, среднего кровяного давления прибором Пашона и давления в центральной артерии сетчатки офталмодинамометром Байллиарта. Начиная с 4-го дня больные получали инстиляции 2%-ного пилокарпина 3 раза в день и подкожные инъекции стрихнина (1:1000) ежедневно. Через 2 недели после начала лечения в каждом случае добавочно назначались внутрь органопрепараты — церебрин или ретиноль. Все вышеуказанные исследования систематически и регулярно повторялись всегда в одинаковых условиях.

На нижеприведенных таблицах представлены данные диастолического кровяного давления, общего и местного, офталмотонуса и функций сетчатки до лечения, через 15 дней после лечения по Лауберу, а для некоторых больных — эти же данные после прибавления ретиноля или церебрина в течение последующих 15 дней.

Больные	Время исследования	Диагн. давт. в плечевой ар-терии	Диагн. давт. центр. арт. сетчатки	Офтальмотонус	Разница между давлением и офтальмотонусом	Острота зрения	Поле зрения	Адаптация
в мм ртутного столба								
Сл. 1. Большой Д., 28 лет (ист. болезни № 820)	До лечения по Лауберу	70	Od 31,5 Os 32	Od 16,5 Os 16,5	Od 15 Os 15,5	OU—0,3 Od Os	Сужено Od до 6°—7° Os до 9—10°	Понижена в 1000 раз
	Через 15 дн. лечения	80	35 36	15,3 16,3	19,7 19,7	0,48 0,42	без измен.	Без изм.
	После прибавления ретинола в течение послед. 15 дней	68	33 33	17,0 17,2	16 15,8	0,6 0,6	без измен.	без изм.
Сл. 3. Большой С-кий, 27 лет (ист. болезни № 862).	До лечения по Лауберу	90	OU—48	18,7 19,8	29,3 28,2	OU—0,6	сужено до 2°—3° конц.	Понижена в 10000 раз
	Через 15 дней лечен.	85	OU—50	OU—20,4	29,6 29,6	OU—1,2	Без измен.	Без изм.
	После прибавления церебрин в течение 15 дней	90	OU—50	20,7 20,4	29,3 29,6	OU—1,2	сужено до 8°—10°	Понижена в 1000 раз
Сл. 8. Больная А-жи (ист. бол. № 636).	До лечения по Лауберу	70	41 39	24,5 21,0	16,5 18,0	OU—0,7	сужено до 10°—15°	Понижена в 1000 раз
	Через 15 дней лечен.	70	42 42	22,3 21,0	19,7 21,0	OU—0,7	Без измен.	Без изм.
	После прибавления ретинола в течение 10 дн.					OU—0,65	Без измен.	Без изм.
Сл. 10. Больной Ц-ин, 30 л. (ист. бол. № 882).	До лечения по Лауберу	70	52 52	23,0 23,0	29 29	OU—0,6	сужено до 10°—12°	Понижена в 1000 раз
	Через 15 дней лечения (кофеин)	65	45 44	21,7 21,0	23,3 23,0	OU—0,6	Без измен.	Без изм.
	После 15 инъекций стрихнина	70	43 43	23,0 22,3	20,0 20,7	OU—0,8	OD значительно расшир. до 12°—35°. Просветл. на перифер.	Без изм.

В 5 случаях из 11 разница между диастолическим давлением в центральной артерии сетчатки и офталмотонусом была не менее 20 мм Hg, и даже значительно больше этой величины (случаи 3, 4, 5, 10 и 11). В остальных случаях, хотя разница была и меньше 20 мм Hg, однако, согласно данным Кашука, она лишь в двух случаях оказалась патологически уменьшенной (в случае 6—8 мм Hg и 10,3 мм Hg и в случае 9-м—12,4 мм Hg и 12,7 мм Hg. В результате лечения по Лауберу у 7 больных из 11 отмечалось повышение остроты зрения. Остановимся подробнее на некоторых из них. В случаях 3, 4 и 5-м мы получили заметное повышение остроты зрения, соответственно на 0,6, 0,2 и 0,1. При этом разница между диастолическим давлением крови в центральной артерии сетчатки и офталмотонусом под влиянием лечения почти не изменилась. Следует отметить, что эта разница в случаях 3 и 4-м еще до лечения значительно превышала норму Лаубера и Собанского. В случае 8-м мы констатировали достигнутое лечением увеличение разницы между диастолическим давлением в центральной артерии сетчатки и офталмотонусом до нормы, установленной Лаубером и Собанским (с 16,5 мм Hg до 19,7 мм Hg на правом глазу и с 18 мм Hg до 21 мм Hg на левом глазу). Однако, как раз в этом случае улучшения функций сетчатки не наблюдалось.

Приведенные случаи позволяют считать, что при пигментном ретините нередко наблюдаются нормальные соотношения между местным кровяным давлением и офталмотонусом, и что пигментный ретинит может протекать при явлениях местной гипертонии. Уже одно это положение позволяет искать иное теоретическое обоснование лечебного эффекта, получаемого при применении метода Лаубера. Основываясь на своих наблюдениях, мы пришли к выводу, что повышение остроты зрения, отмечаемое в большинстве случаев лечения по Лауберу, можно приписать не изменению условий кровообращения в сетчатке, а лишь действию стрихнина. Для проверки этого положения мы провели несколько контрольных наблюдений. В 2 случаях (10 и 11) пигментного ретинита, леченных по Лауберу, мы заменили инъекции стрихнина инъекциями 10%-го кофеина, кроме того, в 2-х случаях мы провели лечение лишь одним стрихнином.

Как видно из вышеприведенной таблицы в случаях при замене стрихнина кофеином почти никакого улучшения функций не наступило.

Приводим данные, полученные при применении одного лишь стрихнина. Убедившись, что больному Ц. (случай 10-й) лечение по Лауберу при замене стрихнина кофеином повышения зрения не дало, мы провели ему лечение одними лишь подкожными инъекциями стрихнина в руку. Под влиянием стрихнина разница между диастолическим давлением в центральной артерии сетчатки не увеличилась, а, наоборот, уменьшилась. Однако, острота зрения обоих глаз повысилась с 0,6 до 0,8. Поле зрения обоих глаз значительно расширилось. Кроме того, мы применили лечение исключительно стрихнином у больной Р. (амбулаторная карточка № 3036), не леченной предварительно по Лауберу. После 10 инъекций стрихнина зрение левого глаза повысилось с 0,25 до 0,4.

Улучшение функции сетчатки при применении стрихнина в наших случаях выражалось преимущественно в повышении остроты зрения; поле зрения расширилось лишь в одном случае. Адаптация во всех

случаях оставалась почти без изменений. По предложению акад. В. П. Филатова, к лечению вышеуказанным методом были присоединены органопрепараты церебрин и ретиноль. Акад. В. П. Филатов основывался на том, что раздражающее действие стрихнина на нервную систему является благоприятным моментом, способствующим усвоению данного органопрепарата, как это указал Герке для нейросмона.

В 7 случаях к лечению по Лауберу был прибавлен ретиноль. Дальнейшее повышение зрения наблюдалось у 5 больных, расширение поля зрения у 4-х, повышение адаптации у 2-х. В 2 случаях лечения по Лауберу был прибавлен церебрин. У обоих больных поле зрения расширилось. У одного из них получилось повышение адаптации.

На основании вышеприведенных данных можно сделать вывод, что применение органопрепаратов — ретиноля и церебрина одновременно со стрихнином усиливает его (стрихнина) эффективность.

ЛИТЕРАТУРА

1. В а с с е р м а н, Лечение пигментного ретинита по Lauber'y. Вестр. Офт. XI, 6. 1937.
- 2. К а ш у к, Взаимоотношения между общим кровяным давлением, офталмотонусом и давлением в центральной артерии сетчатки. Диссертация. — 3. A l b r i c h и K u k a n, Klin. Mon. f. Augenh. Bd. 100. 1938. — 4. A r r u g a, Kl. M. f. Augenh. 79, 1936. — 5. A s c h e r, Arch. f. Ophth. S. 62, Bd. 139. 1938. — 6. G e h r k e, Münch. med. Woch. № 25. 1929. — 7. L a u b e r, Sitzung von 21 Mai 1935 Ophth. Ges. in Wien Kl. M. f. Augenh. Bd. 95 1935. — 8. L a u b e r, Arch. of Ophth. v. 16, № 4. 1936. — 9. S o b a n s k i, Klinika Oczna, z. 11. 1936.

Одесса, ул. К. Маркса 85, кв. 3. М. Э. Кашук.

С. И. ТАЛЬКОВСКИЙ и А. Б. КОЛЕНЬКО

Клинико-экспериментальные данные к патогенезу и терапии скрофулезных поражений глаз

Из Государственного центрального института офтальмологии им. Гельмгольца (директор — засл. деятель науки академик М. И. Авербах) и клиники глазных болезней 3-го Московского мед. института (зав. кафедрой проф. З. А. Каминская).

В детском возрасте частота скрофулезных поражений глаз по данным крупнейших глазных амбулаторий колеблется между 13 — 18%, по данным же стационара она еще выше.

За последние 3 года в детском отделении Государственного Центрального института офтальмологии им. Гельмгольца среди 538 б-ных насчитывалось 291 скрофулезный (54%).

Трудности и разочарования, которые приходится испытывать в процессе лечения этих больных, хорошо знакомы каждому врачу. В связи с этим не прекращаются поиски более верных и доступных средств, гарантирующих получение стойкого терапевтического эффекта.

Среди всевозможных средств, применяемых в терапии скрофулеза, как известно, особое широкое распространение имеет рыбий жир. Его применяют в виде мазей, инстилляций в конъюнктивальный мешок,

per os, а в последнее время — и в виде внутримышечных инъекций, как per se, так и в смеси с другими лекарственными веществами.

Считаем не лишним поделиться здесь и нашим опытом лечения скрофулезных поражений глаз инъекциями тимола в рыбьем жире, т. к. полученные положительные результаты касались не только органа зрения, но и общего состояния больных, что представляет значительный интерес и для педиатра.

Комбинация тимола в рыбьем жире была впервые предложена в 1923 г. на III Международной конференции по борьбе с проказой.

Морфологическая близость туберкулезной палочки к лепрозной побудила и фтизиатров воспользоваться этой комбинацией при волчанке и тбк поражениях желез. Положительные наблюдения приведены в работе Мирояна.

Как известно, тимол-метил-изоропилфенол получается из эфирных масел *Tymus vulgaris*. Он растворяется в спирте, эфире, хлороформе; легко перегоняется с водяным паром, при обыкновенной температуре улетучивается. Применяется как антисептическое и противоглистное средство. В концентрации 1 : 3000 задерживает размножение стафило-стрептококков; при длительном воздействии убивает тбк палочки. Местное действие слабое: на неповрежденную кожу почти не оказывает влияния; на слизистых при продолжительном действии наблюдается отслаивание эпителия. При всасывании из желудочно-кишечного тракта тимол может дать явления отравления и паралич центральной нервной системы. Наблюдается при внутреннем применении также раздражение почек (альбуминурия, гематурия).

Как противоглистное, тимол находит применение при анкилостомозе, некаторозе, трихоцефалозе, при других гельминтозах он менее действителен. Доза 1,0—2, 0 до 4 раз в день.

Что касается второго компонента — трескового жира, то нужно отметить, что он обладает бактерицидным действием в отношении гноеродных микробов: чистые культуры стафилококка и кишечной палочки, высеянные на рыбий жир, роста не дали и вскоре погибли (Зверев). Различные образцы рыбьего жира обладают неодинаковой бактерицидностью, но даже в непростерилизованном не содержится никаких бактерий (Лер). Кратковременная стерилизация не только не понижает бактерицидности рыбьего жира, но иногда даже повышает его (Савойский).

Активное терапевтическое действие рыбьего жира современные исследователи связывают с богатым содержанием в нем витастеринов. Кроме того, в рыбьем жире содержится до 0,0002—0,0003% иода, некоторое количество фосфора, серы, хлора, брома. Прежним взглядам Шмидеберга и Бухгейма на рыбий жир, как на удобоваримый жир, противопоставляются данные Бира по поводу лечебного влияния малых доз иода, а также данные о заключенном в рыбьем жире антиксерофтальмическом витамине А и антирахитическом витамине Д.

Как показали экспериментальные исследования Левинсона, имеющийся в рыбьем жире провитамин А (каротин), будучи введен в организм, больше всего фиксируется в ретикуло-эндотелиальной системе, в печени, селезенке, легких, надпочечниках, где значительная часть его превращается в витамин А. Действие последнего заключается в регуляции биохимической динамики организма и в повышении его иммунобиологической стойкости.

Ввиду этого, рыбий жир, помимо пищевого значения, приобрел характер ценного и своеобразного лекарственного средства, обладающего научно-установленным специфическим лечебным действием, зависящим от наличия в нем иода и витаминов А и Д, способствующих усвоению организмом кальция и фосфора (статья проф. Российского в „Мед. работнике“, № 32, 1940).

Указанная комбинация применялась нами по следующей прописи: *Tymol 1,0, Aetheris sulf. q. s. ad solut., ol. Jecoris Aselli 9,0.*

Раствор для облегчения всасываемости (инфильтраты все же были нередки) подогревался в течении 5—10 минут на водяной или паровой бане. Термостабильность витаминов А и Д значительна. Дозировка для детей от 0,5 до 1,0, для взрослых — 1,0-2,0. Внутримышечные инъекции производились с промежутками в 3-4 дня. Противопоказаниями служили болезни почек, лихорадочное состояние, большие инфильтраты в местах инъекций.

Для учета последующих биологических сдвигов и реактивных данных производились до и по окончании лечения клинический анализ

крови и РОЭ. Одновременно мы фиксировали внимание на глистной инвазии, которая, влияя на любой патологический процесс, приобретает, как мы думаем, особое значение и в течении скрофулезного процесса.

Под нашим наблюдением было свыше 100 больных. Однако, мы приводим данные только о 68, где мы могли установить более длительные наблюдения. Возраст больных: от 5 до 10 лет — 12 чел., 12 — 20 лет — 42, старшего возраста — 14 чел.

Клинический диагноз в 61 случае был *keratitis scrophulosa*, в 3 случаях лечение было предпринято по поводу туго поддававшейся лечению трахомы с явлениями явно выраженного общего скрофулеза, в 2 — по поводу *kerato-scleritis (episcleritis)*, в 1 — *keratitis tbc* и в 1 случае *uveitis tbc*.

Разумеется, что в стационар попадают б-ные с наиболее тяжелыми скрофулезными поражениями глаз, которым обычно сопутствуют не менее тяжелые общие явления — лимфадениты, дерматиты, общий упадок питания и т. п.

В значительном проценте случаев в результате проводимого лечения мы могли констатировать, параллельно с улучшением состояния глаз, благоприятное влияние его и на общее состояние (уменьшение и иногда исчезновение увеличенных лимфатических желез, прирост в весе, более живая окраска покровов и т. д.) Уже после 2 — 3 инъекций в некоторых случаях наблюдалось улучшение самочувствия больных; они менее жаловались на блефароспазм, светобоязнь и слезотечение — триаду, которая особенно беспокоит скрофулезных больных.

Подытоживая наши наблюдения мы можем заявить, что 1) течение процесса в условиях примененной нами терапии несомненно сокращалось и эффект в таких случаях получался довольно быстро, 2) рецидивы наблюдались со значительно меньшей частотой, 3) больные были избавлены от подчас неприятной необходимости приема внутрь скверного по вкусу и не безразличного для кишечника (особенно в жаркую пору) рыбьего жира, 4) наконец, — экономия препарата.

Кроме частых инфильтратов в местах инъекций (в 2 — 3 дня рассасывающихся от тепла в виде грелок и ванн), никаких иных отрицательных явлений мы не наблюдали; мы не могли также отметить каких-либо значительных реактивных явлений.

Для демонстрации эффективности и стойкости примененного лечения мы приводим следующий случай: девочка с диагнозом трахома III и попутными явлениями выраженного общего скрофулеза много раз на протяжении 2-х лет возвращается с рецидивами в отделение; в последний раз проводится основательная антискрофулезная терапия (тимол в рыбьем жире), что тотчас же благотворно сказывается не только на общем состоянии больной, но влияет решительно и на течение трахоматозного процесса, до сих пор не поддававшегося никаким общим и местным воздействиям (срок наблюдения 8 месяцев).

Для оценки полученных нами результатов особый интерес приобретают сравнительные данные состояния крови до и после инъекций. Анализируя эти данные мы видим: а) в 6 случаях нарастание количества эритроцитов, реже (в 3 сл.) — количество их уменьшилось; б) 11 случаев, где наблюдался более или менее значительно выраженный лейкоцитоз, свидетельствовали о реактивных явлениях в организме, наступающих в результате проведенной терапии; в) в 5 случаях мы констатировали и лейкопению; в 7 случаях мы получили (может быть в связи с предпринятой дегельминтизацией) снижение эозино-

филов. Таким образом, приводимые данные, хотя и лишены какой-либо закономерности, все же в ряде случаев свидетельствуют о положительном эффекте.

Остановимся еще на одном немаловажном моменте, обычно недооцениваемом врачами, но значительно влияющем на течение любого патологического процесса. Произведя в 47 случаях копрологические исследования, мы обнаружили в испражнениях в 25 случаях аскариды (*Ascaris lumbricoides*), в 1 — *Taenia sol.* и в 1 — *Trichocephalus dispar*. Следовательно, в 53% исследованных случаев скрофулезные больные оказались носителями аскарид. Носительство этих гельминтов скрофулезными больными, как нам кажется, кроме общепатологического, приобретает здесь и специальное значение. Несомненным является, как это утверждает Вейнберг, что паразитические черви, кроме механических повреждений, благоприятствуют микробному заражению организма и, кроме того, сами выделяют токсические вещества, которые всасываются организмом хозяина и отравляют его ткани.

Аскаридоз обуславливает и упорные конъюнктивиты. При непосредственном соприкосновении конъюнктивы с аскаридной жидкостью, как это имело случайно место у лаборантов-зоологов, возникают резкие конъюнктивиты с эфлоресценциями в виде фликтен, давая в общем картину, клинически вполне сходную с скрофулезным конъюнктивитом.

Мы можем таким образом фиксировать внимание на следующих фактах: 1) аскариды весьма часто встречаются у скрофулезных больных, 2) аскаридный токсин, отравляя ткани организма и понижая их сопротивляемость, располагает очевидно особой гистотропностью к отдельным тканям. Все эти соображения диктуют необходимость фиксировать на глистной инвазии особое внимание офтальмологов и педиатров, пользующих скрофулезных детей. Изучение скрофулезных больных должно начинаться с копрологических исследований, и дегельминтизация является основной предпосылкой эффективности всякого предпринимаемого против скрофулеза лечения.

Указанная выше комбинация из тимола с рыбьим жиром, предлагаемая нами для терапии общего скрофулеза и скрофулезных поражений глаз, приобретает таким образом, кроме сказанного выше, еще некоторое дополнительное основание в виду глистогонных свойств одного из ее ингредиентов. Кстати сказать, в 2-х из наблюдавшихся нами случаев в результате такой терапии мы констатировали отхождение аскарид у больных, которые присутствия их у себя никогда не подозревали.

Не удовлетворяясь однако лишь клиническими констатациями, мы сочли необходимым проверить полученные результаты и в эксперименте. Исходя из общепризнанного положения, что скрофулез является ярким примером аллергического заболевания, мы задалась целью проверить десенсибилизирующее влияние инъекций тимола в рыбьем жире.

В виду этого мы поставили следующий эксперимент на кроликах: 10 кроликов среднего возраста, весом 2—2,3 кг., были сенсibilизированы, как обычно, нормальной лошадиной сывороткой — 5 инъекций под кожу живота по 2 см³ с промежутками в 5 дней. Последняя разрешающая инъекция 0,2 см³ этой же сыворотки — под конъюнктиву верхнего века. На следующий же день после разрешающей инъекции у 8 кроликов развился типичный феномен Артюса средней тяжести. Этих 8 кроликов мы разбили на 2 группы: 3 кролика остались контрольными, а 5 кроликов в дальнейшем получали внутримышечные инъекции 10% раствора тимола в рыбьем жире (пропись см. выше) — препарата, который применяли на людях. Инъекции производились через 3—4 дня внутримышечно, начиная с 0,05 см³ раствора, что составляет 0,02 см³ раствора на кило веса. Дозу каждый раз повышали на 0,01 см³. Всего каждому из кроликов было проделано по 10 инъекций на протяжении 1 1/2 месяцев. Инъекции переносились

животными хорошо. Никаких объективных признаков вредного влияния их отметить не удалось. Все кролики находились на обычном общем для них питании.

После 10 инъекций всем кроликам как контрольным, так и получавшим инъекции рыбьего жира с тимолом, было введено под конъюнктиву верхнего века по 0,2 см³ нормальной лошадиной сыворотки. Контрольные кролики реагировали на введение сыворотки, как и обычно, развитием типичного феномена Артюса. У 4 кроликов, получавших внутримышечные инъекции тимола с рыбьим жиром, в ответ на введение под конъюнктиву нормальной лошадиной сыворотки не было никакой реакции, у одного на следующий день можно было констатировать только небольшое раздражение конъюнктивы, которое можно объяснить чисто механическими причинами. Раздражение прошло через 2 дня. При повторной (через 20 дней) субконъюнктивальной инъекции 0,2 см³ нормальной лошадиной сыворотки у контрольных был по-прежнему типичный феномен Артюса, у получавших же тимол с рыбьим жиром — только небольшой отек и раздражение, которое через несколько дней полностью исчезло. Через 3 м-ца повторная инъекция 0,2 см³ нормальной лошадиной сыворотки вызвала у всех 8 кроликов развитие феномена Артюса средней тяжести. Однако мы могли отметить, что у кроликов, получавших инъекции тимола в рыбьем жире, исчезновение феномена Артюса происходит несколько скорее, чем у контрольных.

В ы в о д ы

1. Внутримышечные инъекции 10% тимола в рыбьем жире с промешутками в 3—4 дня безболезненны и хорошо переносятся.
2. Эти инъекции в дозах начиная с 0,025 см³ на кило веса животного являются хорошим неспецифическим десенсибилизатором.
3. Дезаллергизация, вызываемая инъекциями 10% тимола в рыбьем жире, является относительно стойкой — держится до 3-х недель, и еще через 3 месяца можно отметить заметную разницу в развитии типичного феномена Артюса у кроликов контрольных и кроликов, получивших 10 инъекций тимола.

Москва, Садово-Каретная, 20, кв. 31.

Организация здравоохранения

Проф. Ф. Г. МУХАМЕДЬЯРОВ

О составлении оперативно-финансового плана медико-санитарных учреждений

Из кафедры Социальной гигиены (зав. кафедрой проф. Ф. Г. Мухамедьяров)
Казанского гос. мед. института

Одним из важнейших условий правильного медико-санитарного обслуживания населения является планирование деятельности каждого учреждения и оперативное руководство его работой, согласно утвержденному плану. Однако правильное построение плана работы учреждения является достаточно сложной задачей, требующей согласования и учета ряда моментов. Прежде всего, необходимо определить и выразить в соответствующих количественных и качественных показателях объем и содержание работы учреждения на планируемый отрезок времени с учетом специфики данного учреждения и потребностей обслуживаемого контингента. При этом обязательно

нужно учесть выполнение плана предыдущего года, как производственного, так и финансового, и перспективы на планируемый год. Составленный с учетом всех этих моментов оперативно-производственный и финансовый план учреждения, утвержденный соответствующим здравотделом должен стать программой действия для данного учреждения и служить официальным документом, на основании которого проверяется и контролируется его работа.

До настоящего времени низовые учреждения не имели своих планов, до них доходили только сметы расходов. Учреждение не знало, какие конкретные мероприятия и задания падают на его долю. Составляемые иногда здравотделами далеко не полные производственные планы, с попыткой некоторой конкретизации подлежащих проведению мероприятий, в большинстве случаев не имели финансовой базы, и выполнение их носило чисто случайный характер. Здравотделы, как правило, не считают своей обязанностью рассматривать и утверждать конкретные планы деятельности учреждения, выполнение которых можно было бы требовать и систематически контролировать. Руководители низовых учреждений в лучшем случае получают от здравотделов указания лишь в общей форме, но не имеют конкретных заданий в порядке выполнения государственного плана здравоохранения.

Такое ненормальное положение должно быть изжито и чем скорее, тем лучше. Все учреждения здравоохранения: (больница, сельский врачебный участок, поликлиника, ясли, санитарно-эпидемиологические станции, фельдшерский пункт и т. д.) должны быть вооружены конкретным планом своей деятельности и по всем отраслям работы. План каждого учреждения должен быть составлен самим учреждением с учетом всех вышеуказанных факторов и утвержден соответствующим здравотделом. Чем конкретнее, яснее план, чем он понятнее коллективу учреждения, тем он полнее и лучше будет выполнен. Проверенные и утвержденные планы низовых учреждений должны лечь в основу сводного плана здравотделов.

Для устранения имеющихся в планировании организационных дефектов Наркомздравом Союза разработана единая система и методика составления оперативно-производственных и финансовых планов, и приказом по Наркомату от 4-го октября 1939 г. за № 711 утверждены и введены в действие с 1940 г. единые формы типовых оперативно-финансовых планов для учреждений и для органов здравоохранения.

Согласно этому приказу каждое учреждение по установленной форме составляет свой оперативно-финансовый план, который по утверждению здравотделом является обязательным для выполнения. Оперативное руководство и контроль за деятельностью учреждения строится только на основе показателей этого плана. Всего введено девять форм: 1) для городских стационарных учреждений, 2) для сельских стационарных учреждений, 3) для городских амбулаторно-поликлинических учреждений, 4) для сельских уч-амбулаторий и поликлиник, а также спец. врачебных пунктов, 5) для фельдшерских, фельдшерско-акушерских и акушерских пунктов, 6) для яслей, 7) для санитарно-противоэпидемических учреждений, 8) для противомаларийных учреждений, 9) для прочих мероприятий. Кроме этих девяти форм имеются еще формы сводных планов для районных и городских здравотделов по типам учреждений.

Утвержденные формы планов содержат: а) основные показатели работы и технического оснащения учреждения, б) показатели, характеризующие структуру и специализацию учреждения, в) штаты и фонд заработной платы, г) свод расходов, д) свод доходов, е) расчеты и обоснования бюджетных расходов учреждения и ж) штатную ведомость. По каждому показателю приводятся три цифры: первая из них представляет утвержденную предыдущим планом цифру, вторая показывает его выполнение, третья цифра — то, что планируется на будущее.

Приведенные в каждой форме показатели почти полностью охватывают все стороны производственной деятельности соответствующего учреждения, и при условии тщательного их определения весь комплекс этих показателей вполне может служить оперативно-производственным планом учреждения. Поэтому исчисление этих показателей и заполнение соответствующих граф достаточно доброкачественными и обоснованными цифрами, а также уточнение структуры и специализации учреждения, с учетом наличного и потребного количества штатных единиц по группам работников, являются наиболее существенной и весьма ответственной частью составления оперативно-финансового плана. Для этого требуется тщательный анализ работы учреждения, его соответствия поставленным задачам, а также использования мощности учреждения. На основании анализа работы учреждения за предплановый период, учета потребностей обслуживаемого населения на планируемый отрезок времени и возможностей их удовлетворения намечаются показатели проектируемого плана. В этой аналитической работе должны принимать участие руководители учреждений и специалисты с учетом всех указаний НКЗдрава СССР по составлению оперативно-финансового плана. Свод расходов и доходов составляется при непосредственном участии счетных работников, но под руководством заведующего учреждением.

К сожалению все это еще не дошло до сознания всех работников здравоохранения и руководителей учреждений, не всеми еще учитывается огромное значение установления единой системы построения планов периферийных учреждений.

Многие работники здравоохранения, повидимому, склонны думать, что составление оперативно-финансового плана является работой чисто технического характера, выполняемой исключительно работниками счетного аппарата без участия руководителей учреждений и специалистов. Руководители областных, краевых здравотделов и Наркомздравов автономных республик, а также руководители рай-и гор. здравов не уделяют еще достаточного внимания этому вопросу, не стремятся к популяризации идеи составления оперативно-финансовых планов среди руководителей учреждений и широких слоев врачебной массы и среднего медперсонала и не принимают мер к ознакомлению их с методикой и техникой построения плана. В результате недооценки плановой работы низовых учреждений, это весьма важное начинание НКЗдрава СССР может не дать в ряде случаев ожидаемого эффекта. Об этом свидетельствуют имеющиеся материалы, могущие вызвать большие опасения.

Знакомство со сводным планом здравоохранения по одному из районов Татарии, с оперативно-финансовыми планами одной больницы, одной амбулатории, пяти фельдшерских пунктов произвело на меня удручающее впечатление и вызвало большое огорчение и разочаро-

вание. Многие и весьма существенные показатели оставлены без цифрового освещения. Объяснить ли это неполноценностью учреждения, которое не проводит целого ряда мероприятий, или отсутствием учета работы, или просто невнимательным отношением к выполнению такой важной и ответственной работы, как составление плана,—мы затрудняемся. Например, в плане амбулатории не предусмотрено никаких профилактических прививок и не видно проведения этой работы и в прошлом. Не предусмотрено никаких подворных санитарных осмотров, и нет ни одного колодца, состоящего под наблюдением амбулатории. Не предусмотрено никаких патронажных и санитарно-просветительных работ. Только в одном из пяти планов фельдшерских пунктов предусматривается проведение 20 прививок против брюшного тифа и 200 прививок против дизентерии при 140 фактически выполненных в прошлом году. Один из фельдшерских пунктов даже не показывает числа годовых посещений. Не видно, что фельдшерские пункты, как правило, занимаются оказанием помощи на дому и родовспоможением, санпросветработой, ведут наблюдение за санитарным состоянием дворов и источников водоснабжения и т. д. Хотя против некоторых показателей стоят цифры, но они не внушают большого доверия, повидимому, являются чисто случайными, и многие из них явно не соответствуют действительности. По плану врачебной амбулатории на пол-врачебной единицы посещениях прошлого года против 13200 утвержденных по плану. В истекшем году было сделано 36 врачебных посещений на дому и 1094 посещения средним медперсоналом, хотя планом это не было предусмотрено, но почему то на следующий год в проектируемом плане оказание помощи на дому совсем не намечается. По санпросвету в прошлом году было проведено 6 лекций и бесед, было осмотрено 562 учащихся, а на планируемый год по этим разделам ничего не предусматривается. Гораздо хуже обстоит дело с числом посещений на фельдшерских пунктах: на одном из фельдшерских пунктов не проектируется никаких посещений, их не было и в прошлом. Другой фельдшерский пункт показывает, что предыдущим планом было предусмотрено 287 посещений на пункте, 232 на дому, сколько из них было выполнено и какое количество проектируется на будущее неизвестно. Третий пункт показывает, что в прошлом году фактически было сделано 380 посещений на пункте, 65 на дому; сколько было предусмотрено планом и сколько намечается на планируемый год неизвестно. Четвертый фельдшерский пункт показывает 300 посещений на пункте, каковая цифра, предусмотренная предыдущим планом, была выполнена, переносится без изменения и в проектируемый план. Кроме того, предусматривается 340 посещений на дому при 253 фактических в истекшем году против 278 утвержденных планом. Пятый пункт намечает 4300 посещений против 4248 фактически выполненных в истекшем, сколько было спроектировано — неизвестно. Кроме того, предусматривается 100 посещений на дому против 113 фактических в прошлом. Такие же неполноценные цифры фигурируют и по оказанию родовспоможения, по санпросветработе, по числу подворных санитарных осмотров и количеству состоящих под наблюдением колодцев. Из трех фельдшерских пунктов, включивших сведения о численности обслуживаемого населения, один показывает, что число обслуживаемого населения в

прошлом выражалось цифрой 42, а на планируемый отрезок времени эта цифра почему то снизилась до 34.

Такие же дефекты встречаются и в плане больницы: большое сомнение вызывают цифры, характеризующие средне-годовое число коек, а именно: 1000, 648 и 1033 соответственно трем графам: „утверждено“, „выполнено“ и „план“ из них первая исправлена в 33, вторая в 23, а третья осталась в том же виде. Эти же цифры, т. е. 1000, 648 и 1033 фигурируют и в сводном плане. Это обстоятельство заставляет нас думать, что составители плана не имеют представления о вычислении среднегодовых коек. Среднее число дней работы одной койки в году показано соответственно трем графам цифрами 365, 359 и 366, что также не соответствует действительности. Число койко-дней за год, представленное цифрами 12000, 8217 и 12400 (утверждено, выполнено, план) не соответствует ни количеству коек, ни числу дней работы больницы в год. Эти же цифры перешли и в сводный план района. Против двух показателей, а именно: числа поступающих больных за год и среднего числа дней пребывания больного на койке никаких цифр не проставлено, что сильно снижает качество плана, лишая возможности судить о характере и качестве работы стационара. Неправильно включена в план больницы работа амбулатории, которая имеет свой отдельный план, где приводятся те же цифры.

Несколько лучше представлены последующие разделы плана, включающие фонд зарплаты, свод расходов, расчеты и обоснования по расходным статьям. Но основным в плане является производство, финансовые расчеты и распределение расходов играют только подчиненную роль.

Таким образом, ни один из разобранных нами планов не содержит полноценных показателей, всесторонне характеризующих деятельность данного учреждения и позволяющих оперативно руководить его работой и контролировать ее. Их нельзя рассматривать как официальные документы, могущие служить программой действия для этих учреждений, несмотря на их утверждение заведующим здравотделом в установленном порядке.

На основании всего вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

- 1) Введение единой системы и методики составления оперативно-финансового плана медико-санитарных учреждений является крупным организационным мероприятием по внедрению плановости в работе учреждений и органов здравоохранения с целью улучшения качества работы последних и облегчения оперативного руководства и контроля за их деятельностью.

- 2) Ценность этого нововведения заключается в том, что составленный по новому оперативно-финансовый план включает почти все производственные показатели учреждения по разделам работы и предусмотренные планом мероприятия со сл суются со штатом и подкрепляются соответствующей финансовой базой, что гарантирует реальность плана.

- 3) Некоторые руководители органов здравоохранения и учреждений еще недооценивают значение этого мероприятия; всю работу по составлению оперативно-финансового плана они возлагают исключительно на счетных работников, вследствие чего эти планы страдают весьма крупными дефектами, особенно в производственной своей

части, и ни в какой мере не могут считаться полноценными документами.

4) В составлении оперативно-финансового плана должны принимать участие в первую очередь руководители учреждений и специалисты, которые должны тщательно разрабатывать и обосновывать производственную часть плана; расходная часть плана, а также расчеты и обоснования бюджетных расходов должны быть выполнены при участии работников счетного аппарата, но под руководством заведующих учреждений.

Казань, Тукаевская ул., д. 82.

Наблюдения из практики и краткие сообщения

Л. Н. ПАХОМОВА

Наблюдения над действием некоторых отхаркивающих средств

Из госпитальной терапевтической клиники Куйбышевского ГМИ (директор проф. В. Р. Гайворонский)

Некоторые лекарственные средства, в частности ипекакуана и сенега, до сих пор ввозятся из-за границы, в то время как богатейшая флора нашего Союза с его огромным разнообразием климатических условий изучена еще совершенно недостаточно, а среди наших растений несомненно имеются такие, которые вполне могут заменить импортируемые растения. Для замены дефицитной импортной ипекакуаны в 1932 г. предложена была трава термопсис (*Thermopsis lanceolata*).

Богатейшие заросли травы термопсис были обнаружены в Восточном Забайкалье Варлаковым в 1930 г. Местными врачами эта трава в виде порошков и отваров применялась для лечения катаров верхних дыхательных путей, крупозной и гриппозной пневмонии и гриппа. Исследования Варлакова показали, что трава термопсис содержит алкалоиды, термопсин и термопсидин. Настой и экстракты из травы термопсис, равно как и выделенный из них термопсин, действуют на рвотный центр непосредственно и рефлекторно, через раздражение периферических окончаний п. vagi в слизистой оболочке желудка.

С прямым и рефлекторным влиянием травы термопсис на рвотный центр связана усиленная секреция слизистой оболочки дыхательных путей, способствующая отделению мокроты (Вершинин). После проверки травы термопсис в Томской фармакологической лаборатории проф. Вершининим, она была предложена для клинического испытания, как отхаркивающее средство.

Первые наблюдения над действием травы термопсис проведены Щербаковым и Сибирцевой на 400 туберкулезных б-ных. Авторы пришли к выводу, что термопсис является вполне надежным отхаркивающим средством, даже более эффективным, чем ипекакуана.

Наши наблюдения проведены на 42 стационарных больных. Из них мужчин 11, женщин—31. Возраст от 19 до 57 лет. По характеру заболевания больные распределялись таким образом: бронхопневмония—11 ч., эмфизема легких и хронический бронхит—10 ч., затянувшаяся крупозная пневмония—7 ч., грипп—5 ч., декомпенсированные пороки сердца—4 ч., туберкулез легких—2 ч., экссудативный плеврит—2 ч., и абсцесс легкого—1 ч.

Трава термопсис назначалась больным в виде настоя из 1,0—200,0 по столовой ложке 3—4 раза в день. Почти все больные с первых же дней лечения травой термопсис отмечают ясный отхаркивающий эффект и, кроме того, уменьшение кашля (92,9%) лишь в двух случаях гриппа и в 1 случае бронхопневмонии отмечено усиление кашля. Ясного отхаркивающего эффекта не было в одном случае туберкулеза легких.

Даже в случаях экссудативного плеврита, где кашель являлся главным образом результатом рефлекторного раздражения, идущего от плевры, и где за несколько дней в основном заболевании не произошло заметных изменений, после нескольких приемов

настоя травы термопсис кашель заметно уменьшился, мокрота сделалась более жидкой и отхаркивание более легким. То же самое можно сказать и о сердечных больных. Правда, там уменьшение кашля могло явиться следствием улучшения сердечной деятельности, так как у этих больных помимо термопсиса применялись и сердечные средства, но все же отхаркивающий эффект и уменьшение кашля было отмечено больными в то время, когда еще держались отеки и было много застойных хрипов в легких.

Весьма ценным при лечении травой термопсис, помимо отхаркивающего эффекта, является факт уменьшения кашлевых раздражений, что отмечено также Щербаковым и Сибирцевой. Они высказали предположение, что трава термопсис обладает некоторым наркотическим действием.

Осложнений при лечении травой термопсис не отмечалось. Кровохаркания, наблюдавшиеся Щербаковым и Сибирцевой, следует отнести за счет того, что у них основным контингентом являлись туберкулезные больные, страдавшие кровохарканием и до приема термопсиса. Наблюдениями, проведенными 1 терапевтической клиникой Томского ГМИ, установлено, что даже при продолжительном употреблении настоя термопсиса никаких желудочно-кишечных расстройств не наблюдается.

При назначении настоя травы термопсис нами не учитывалось действие термопсидина на сосудодвигательный центр, а между тем свойство термопсидина усиливать деятельность надпочечников, вызывая тем самым гиперадrenalинемию и повышение кровяного давления, необходимо иметь в виду. Если это повышение при даче обычных доз достигает высоких цифр, то надо выделить случаи, где назначение травы термопсис противопоказано. Кроме того, нужно проверить действие травы термопсис при упадке кровяного давления — гипoadrenalинемии.

Кроме травы термопсис, нами проведены наблюдения над действием копытня (*Asarum europaeum*), издавна применявшегося в народной медицине, как рвотное средство. Перед нами был поставлен вопрос — нельзя ли соответствующим уменьшением рвотной дозы копытня получить отхаркивающий эффект как при ипекакуане и тем самым пополнить арсенал средств, заменяющих импортную ипекакуану.

Копытень или подорешник (конский ладан тоже) принадлежит к семейству кирказоновых, встречается в умеренном поясе северного полушария, также в Азии и у Средиземного моря. Растет в тенистых лесах, особенно часто под орешником.

Корневище, а также все части растения отличаются сильным камфорным запахом и противным остро-горьким вкусом, вызывающим рвоту. В высушенном состоянии копытень эти свойства в значительной мере теряет. Главным действующим началом растения является азаровая камфора (азарон) и горечь азарин.

До XVII столетия, прежде чем была открыта ипекакуана, корень копытня применялся в Европе, как рвотное средство. Действие копытня, повидимому, аналогично действию сапонинов — рвота вызывается рефлекторно вследствие раздражения слизистой оболочки желудка. Действуя раздражающим образом и на другие слизистые, в частности на слизистую оболочку бронхов, копытень по аналогии с сапонинами должен способствовать отделению слизи и тем самым облегчать отхаркивание.

Рвотная доза копытня 1,0—2,0. В Западной Европе применялся преимущественно корень копытня. Во Франции употреблялись и листья, которые по своему действию уступают корню. В дозе 0,1—0,2 копытень применялся в качестве антиастматического средства. Кроме того, порошок копытня, обладающий свойством вызывать бурное чихание, входил также в состав нюхательных порошков (Nager).

Нами применялись стебли и листья копытня. Доза бралась та же, что и в случае применения корня. Выписывался настой из 1,0—200,0 и назначался столовыми ложками, 3—4 раза в день.

По характеру заболевания больные были те же, что и при испытании травы термопсис. С вышеуказанной дозировкой (1,0—200,0) проведено 10 чел. Отметить какой-либо определенный эффект при этой дозировке не удалось, очевидно вследствие того, что при приготовлении настоя часть составных действующих начал улетучивалась. Тогда доза была увеличена до 2,0—200,0. С этой дозировкой проведено 11 больных — все женщины, в возрасте от 20 до 80 лет. По характеру заболевания: бронхопневмония — 2 чел., хронический бронхит — 2 чел., крупозная пневмония — 1 чел., атипическая крупозная пневмония 4 чел., грипп и бронхит 1 ч., туберкулез легких — 1 чел.

Результат получился весьма разнохарактерный. Совсем не удалось отметить отхаркивающего эффекта в 4 случаях (36,4%), причем в одном из них кашель резко усилился, в другом наблюдалась тошнота, а у 80-летней больной Т. каждый прием лекарства сопровождался рвотой. Мокрота стала отделяться легче в 5 случаях (45,5%). Из них в случае типичной крупозной пневмонии отхаркивающий эффект был отмечен на 4-й день от начала приема копытня и на 8-й день после кризиса. В одном случае бронхита отхаркивающий эффект был отмечен на 6-й день и в случае атипической крупозной пневмонии на 10-й день от начала применения настоя копытня.

Так что едва ли этот эффект можно отнести за счет действия копытня. В четвертом случае (бронхопневмония) отделение мокроты сопровождалось значительным усилением кашля. И, наконец, в двух случаях (хронический бронхит и туберкулез легких) было отмечено увеличение количества мокроты, но отделение ее сопровождалось сильным кашлем и рвотными движениями, причем одна больная жаловалась на постоянную тошноту.

Таким образом, остается один случай бронхопневмонии, где у б-ной 3. на второй день от начала приема копытня был отмечен ясный отхаркивающий эффект с уменьшением катаральных явлений в легких, не сопровождавшийся никакими осложнениями.

Учитывая отсутствие эффективности испытуемого препарата, массу побочных явлений при его применении и то обстоятельство, что отхаркивающая доза препарата, по-видимому, совпадает с рвотной, особенно у ослабленных субъектов, — мы прекратили дальнейшие наблюдения. К этому побуждал также и тот факт, что по данным Варлакова рвотная доза копытня почти совпадает с токсической. Таким образом, не исключена возможность токсических явлений одновременно с отхаркивающим действием.

В ы в о д ы

В отношении травы термопсис мы приходим к тем же выводам, к которым пришли в своих наблюдениях Щербакова и Сибирцева, а именно:

1. Трава термопсис является прекрасным отхаркивающим средством, вполне заменяющим собою импортную ипекакуану.

2. Отхаркивающий эффект при применении травы термопсис не сопровождается никакими побочными явлениями.

3. Уменьшение кашлевых движений, наблюдаемое параллельно с отхаркивающим эффектом, говорит за то, что термопсис не только способствует отхождению мокроты, но и успокаивает кашлевой центр.

4. Что касается копытня, то о нем можно сказать следующее: при применении копытня в виде настоя из 2,0—200,0 отхаркивающий эффект наблюдается лишь в небольшом проценте случаев. Отделение мокроты сопровождается резким усилением кашля, тошнотой и в некоторых случаях рвотой, вследствие чего применение копытня в качестве отхаркивающего средства нецелесообразно.

Л и т е р а т у р а

1. Проф. В е р ш и н и н, Термопсис, как отхаркивающее средство.—2. В а р л а к о в, Сов. фармация, № 5, 1938.—3. Он же, Сов. фармация, № 11—12, 1933.—4. О с н о в и н а, Л о м о в и ц к а я и Б и л е ц к а я, Труды Томского ГМИ, в. 2, 1935.—5. Щ е р б а к о в и С и б и р ц е в а, Труды Томского ГМИ в. 2, 1935.—6. Nager, Handbuch der pharmaceutischen praxis. 1889.

Куйбышев, ул. Бр. Коростелевых д. 208, кв. 3.

П. Е. ЕРМОЛАЕВ

К методике пластической операции паховой грыжи

(Предварительное сообщение)

Из хирургического отделения Чебоксарской больницы ЧАССР (главврач и зав. отделением И. М. Кузнецов)

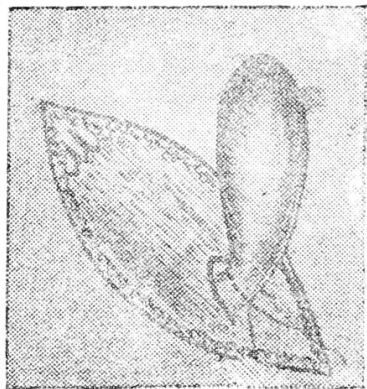


Рис. 1.

В целях укрепления передней стенки пахового канала при грыжесечениях мною предложен способ пластической операции, испытанный на 13 больных, который сводится к следующему:

1. Ход операции обычный с достаточным обнажением апоневроза наружной косой мышцы и наружного пахового кольца.

2. Выделенный грыжевой мешок вскрывается и перевязывается как можно выше частым наружным кисетным швом (после чего мешок не отсекается (рис. 1)).

3. Наружное паховое кольцо суживается 2—3 узловатыми швами (рис. 2).

4. Полость грыжевого мешка и его наружная поверхность протирается спиртом и без всякого натяжения у шейки мешок распластывается по передней стенке пахового канала и фиксируется швами (рис. 3).

5. При большом грыжевом мешке избыток его иссекается.

Свободная пересадка брюшины вне пределов брюшной полости применялась многократно для самых разнообразных целей: для пластики твердой мозговой оболочки, закрытия перикарда и плевры, подкрепления сосудистого шва, остановки кровотечения, интерпозиции при артропластике и проч. В нашем применении брюшина берется на ножке и это имеет свои преимущества. При раздражении, особенно спиртом,

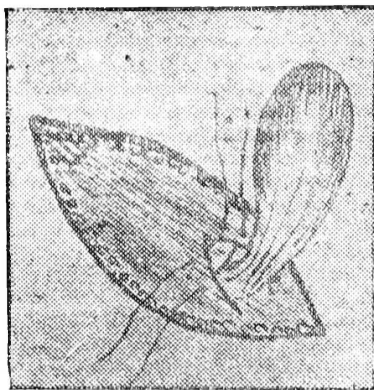


Рис. 2.

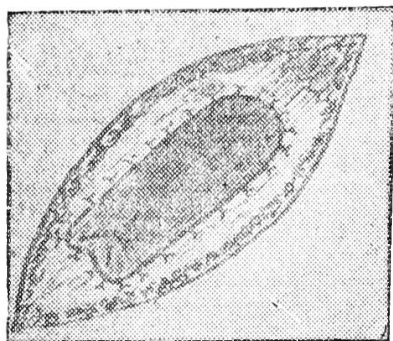


Рис. 3.

брюшина выделяет богатую фибрином серозную жидкость, благодаря которой очень легко и быстро образуются прочные склейки ее с другими тканями. Тонкие пластинки грыжевого мешка легко и быстро вступают в связь с подлежащими тканями, в силу чего приживление происходит очень быстро. Поэтому, естественно, явилась мысль использовать грыжевой мешок для пластики при слабом апоневрозе.

Грыжевой мешок с успехом может быть использован для подкрепления и для задней стенки пахового канала.

Г. Чебоксары, ЧАССР, Чувашская, 18. Больница.

В. С. СЕМЕНОВ

О тактике хирурга при операции по поводу аппендицита

(Обмен опытом в связи со статьей проф. Н. В. Соколова)

Из хирургического отделения Якутской республиканской больницы (зав. отделением В. С. Семенов, главный врач П. В. Любимов).

Вопрос об аппендиците не сходит со страниц медицинской печати. Это оправдывается, во-первых, значительным удельным весом аппендектомий по отношению ко всем операциям, производимым в хирургических отделениях, и, во-вторых, если можно так выразиться, „популярностью“ этой операции среди населения, кстати сказать, считающего ее „легкой“, неопасной для жизни. Установки, изложенные в статье проф. Н. В. Соколова (Выбор метода операции по поводу аппендицита, Казанский мед. журнал № 2, 1940), основанные на материале госпитальной хирургической клиники (Казань), в основном совпадают с опытом хирургического отделения Крайнего Севера (Якутск).

Наш опыт также убеждает нас в том, что разрез Мак-Бурнея-Шпренгеля является наилучшим и должен считаться методом выбора как при острых, так и при хронических аппендицитах.

За последние 2 года 10 месяцев в хирургическом отделении Якутской республиканской больницы произведено 798 аппендектомий по поводу острого и хронического аппендицита. Следует отметить, что в 1936 — 37 гг аппендектомии составляли 45% всех операций, а в 1939 г. только 26%. Также изменилось соотношение между операциями по поводу острых и хронических аппендицитов, а именно в 1937 году аппендектомии по поводу острого аппендицита составили 16%, а в 1939 году уже 39%. Во всех случаях операций по поводу острого аппендицита был применен косой раз-

рез Мак-Бурнея-Шпренгеля. Из 190 больных с острым аппендицитом под местной анестезией по Вишневскому оперировано 167 человек, под эфирным наркозом 9 человек и в 16 случаях к местной анестезии добавлен общий наркоз.

У огромного большинства оперированных отросток у основания перевязывался кетгутом, а культя инвагинировалась кисетным шовком. Брыжейка отростка перевязывалась шовком и в большинстве случаев культя брыжейки также перитонизировалась путем связывания лигатуры культя брыжейки с лигатурой кисетного шва, или же перитонизация производилась отдельными добавочными швами. В четырех случаях кисетный шов не был наложен вследствие массивной инфильтрации слепой кишки и культя отростка без перитонизации была опущена в брюшную полость. Как правило, брюшная полость и оперированная рана зашивались наглухо, даже при деструктивных формах, при наличии гноя в брюшной полости, если процесс был ограниченным.

Тампон в брюшную полость введен в 18 случаях, наиболее тяжелых гангренозных и прободных аппендицитов, с резко выраженными явлениями перитонита, когда операция производилась после 48 часов и нередко на 5—7 день со дня приступа. Этот образ действия вполне себя оправдал, так как на 190 аппендектомий по поводу острого аппендицита было лишь 28 нагноений. Если сюда прибавить нагноения, имевшие место при ведении послеоперационной раны под тампоном, все же 75% оперированных выписаны с послеоперационным рубцом, зажившим первичным натяжением.

Послеоперационные инфильтраты и ограниченные перитониты, закончившиеся благополучно, без повторного оперативного вмешательства, наблюдались в 4 случаях. Каловых свищей образовалось 3, два из них после тяжелых гангренозных аппендицитов, оперированных при явлении перитонита на 6-е сутки. В этих случаях культя отростка была лишь перевязана, но не перитонизирована кисетом. В первом случае (больной К., — якут) свищ через месяц закрылся самостоятельно; во втором (больной И., якут) свищ через 1½ месяца закрыт по Сапожкову. Наконец, в третьем случае (больной Б., якут) свищ появился на 6-м месяце после операции и по существу не связан с техникой операции (демуккозация), а обусловлен туберкулезным процессом. Больной погиб через 1½ года; аутопсия показала распространенный туберкулез кишечника.

Во всех случаях при операции по поводу острого аппендицита отросток был удален. Даже в случаях перитонита и массивных инфильтратов мы стремились убрать отросток, эту „заряженную бомбу“, преодолевая технические трудности. Нам кажется, что 6,6% смертности в клинике проф. Н. В. Соколова стоит в явной зависимости от 7 больных, погибших в стадии ограниченного перитонита, у коих отросток не был удален.

Из 190 больных, оперированных в остром периоде, умер один. Этот больной срочно оперирован в первые сутки с момента заболевания 27/VII 1939 г. В начале гладкое послеоперационное течение на 8-й день осложнилось развитием межкишечного абсцесса. Больной повторно оперирован; введены тампоны, дан сток гною. Через 2 недели после второй операции появилась высокая температура, общая слабость, и к концу месяца был диагностирован поддиафрагмальный абсцесс. Несмотря на произведенную, третью по счету, операцию — exitus.

Как правило, больные с острым аппендицитом оперированы в первые 48 часов, но в ряде случаев (26 чел.) и в более поздние сроки при нарастании явлений перитонита, а также в случаях часто повторяющихся приступов и обострений, делающих больных нетрудоспособными. Метод перитонизации культя отростка оправдал себя благоприятными исходами аппендектомии и небольшим количеством осложнений. Перитонизация, как основа абдоминальной хирургии, сохраняет все свое значение и при операциях по поводу аппендицита.

На 608 случаев хронического аппендицита, аппендектомия по Мак-Бурнею-Шпренгелю произведена 603 раза; разрез Леннандера применен дважды, в трех случаях — срединная лапаротомия. Под местной анестезией по Вишневскому оперировано 582 чел, под общим эфирным наркозом 10 чел. и к местной анестезии добавлен эфирный наркоз в 16 случаях. Перевязка культя отростка кетгутом и погружение ее шовком кисетным швом произведены нами во всех случаях. В 18 случаях произведена ретроградная аппендектомия. Мы считаем, что этот метод достаточно эффективен и безусловно более легок в ряде случаев ретрокально расположенного отростка. В 3 случаях произведена демуккозация по Понсе-Сапожкову с последующим тампоном. На 608 операций в холодной стадии мы потеряли 3-х больных. Летальный исход в этих случаях не может быть поставлен в связь с техникой производства операции.

Наш опыт 798 аппендектомий дает некоторое обоснование утверждать:

1. Разрез Мак-Бурнея-Шпренгеля должен считаться методом выбора при аппендектомии.

2. Перитонизация культя червеобразного отростка совершенно обязательна для огромного большинства случаев операции по поводу аппендицита.

3. Не следует пренебрегать ретроградной аппендектомией и демукозацией отростка в соответствующих случаях.

4. Оперирующий должен стремиться убрать „очаг опасности“, воспаленный червеобразный отросток.

5. От операции в стадии инфильтрата при затихании процесса необходимо безупрочно воздерживаться.

Якутск. ул. Дзержинского, корпус 3.

И. Е. МАЦУЕВ

Случай кисты брыжейки сигмовидной и нисходящей кишки

Из хир. отд. горбольницы г. Благовещенска на Амуре

Больная Т., 2 лет, поступила в хирургическое отделение Благовещенской горбольницы 2/VI-39 г. по поводу резкого увеличения живота. Родилась в срок, 3-м ребенком. Первый год после рождения живот был нормальной величины, а год тому назад живот начал постепенно увеличиваться. Как в начале заболевания, так и в последнее время увеличение живота не сопровождалось никаким расстройством со стороны желудочно-кишечного тракта и мочеотделения. Стул нормальный, ежедневно. Обильного стула не бывает. Девочка с рождения не ходит и не разговаривает. В 1938 г. перенесла корь. Последний год врачи определяли рахит. У родственников подобных заболеваний не было. Туберкулез и сифилис по линии отца и матери отрицается.

Объективные данные. Резкая атрофия мышечной системы. Активные движения рук и ног удовлетворительные. При поддержке за ручки стоит, но самостоятельно стоять не может. Имеются резко выраженные признаки рахита: лобные бугры, четки и т. д. Живот резко увеличен, вздут, мало болезнен при пальпации. Пальпацией определяется большая, с гладкой поверхностью, круглая опухоль, занимающая всю брюшную полость, при перкуссии определяется тупой звук во всех отделах живота. Тупость не изменяется при перемене положения тела. Длина всего тела—78 см; длина грудины—8 см; длина живота (от мечевидного отростка до лобка) 31 см; окружность грудной клетки 43 см; окружность живота 65 см. Пальцевым ректальным исследованием определяется в глубине большая гладкая опухоль. В сердце и легких перкуторно и аускультативно отклонений от нормы не найдено. Диагноз: киста яичника.

3.VI-1938 г. под эфирным наркозом операция (Мацуев). Разрез по средней линии живота в обход пупка. В брюшной полости небольшое количество жидкости соломенно-желтого цвета. К передней брюшной стенке прилегает круглая, с гладкой поверхностью, опухоль величиной с голову взрослого человека, занимающая всю брюшную полость. На передней поверхности опухоли расположена сигмовидная кишка. Между листками ее брыжейки расположена опухоль. Сейчас же выше первой кисты плотно к ней прилегает вторая киста вдвое меньшего размера, круглая, расположенная между листками брыжейки нисходящей кишки. Прилежащие друг к другу стенки кист плотно соединяются между собой. На передне-наружной поверхности второй кисты расположена нисходящая кишка. Левые наружные поверхности опухолей покрыты резко расширенными сосудами брыжейки. Попытки выделить большую кисту не увенчались успехом, так как довольно толстая ее стенка плотно соединена с окружающими тканями и при выделении разрываются сосуды брыжейки. Киста вскрыта по внутренней, лишенной сосудов, поверхности. Содержимое кисты—жидкость соломенно-желтого цвета, около 5 литров. Вторую кисту выделить не удалось по той же причине; стенка ее вскрыта, содержимое кисты—геморагическая жидкость (около 2 литров). Стенка второй кисты значительно тоньше, чем стенка первой кисты. Отверстия в кистах расширены. Кисты по возможности вывернуты и фиксированы кетгутowymi швами. К дну кист подшит сальник. Послойно зашита брюшная полость. Ввиду тяжелого состояния ребенка—сердечные под кожу, физиологический раствор под кожу. Через 3 часа после операции, при явлениях нарастающей сердечной слабости, больная умерла. Патолого-анатомическое вскрытие (д-р Иванова). В брюшной полости около 500 г геморагической жидкости.

После снятия швов найдены 2 полости с гладкими поверхностями, расположенные между листками брыжейки нисходящей и сигмовидной кишки. Киста, расположенная в брыжейке сигмовидной кишки с голову взрослого человека, а другая— вдвое меньше.

Брыжеечные кисты, судя по литературным данным, встречаются одинаково часто как у мужчин, так и у женщин. Брыжеечные кисты располагаются в преобладающем большинстве случаев в брыжейке среднего и нижнего отдела тонкого кишечника, хотя нередко встречаются и в брыжейке поперечно-ободочной кишки (Байдалов, Черепкин, Тартаковский). Зипунный описал случай эхинококковой кисты брыжейки аппендикса.

Наш случай кисты брыжейки сигмовидной и нисходящей кишки является редким по локализации. В отечественной литературе мы описания подобных случаев не нашли. Различное по характеру содержимое кисты, серозная жидкость в большой кисте и геморагическая жидкость в малой кисте, а также разность толщины стенок кист, вероятно, могут быть одним из признаков различной давности образования кист в нашем случае.

Дооперационный диагноз брыжеечных кист ставится чрезвычайно редко. Как видно из литературы, больные поступали на операцию с различными диагнозами: опухоль почки, киста яичника, болезнь Гиршпрунга, туберкулезный перитонит, илеус, аппендицит, а в ряде случаев брыжеечные кисты явились случайной находкой во время операций по другому поводу. По литературным данным рецидивов после удаления брыжеечных кист не бывает. Из осложнений следует отметить нагноение кисты, причем считается, что инфекция при нагноениях кист идет из просвета кишки. Давление кисты на стенку кишки может вызвать атрофию последней на месте давления и прорывание стенки кишки с последующим истечением содержимого кисты в просвет кишки.

В 1929 г. в госп. хир. клинике Смол. мединститута я имел больного, 47 лет, с подвижной опухолью в правой подвздошной области, которая периодически исчезала, и в момент ее исчезновения в кале больного появлялись эхинококковые пузыри. Больной положен в клинику с опухолью, которая на следующий день исчезла, а больной показал нам испражнения с большим количеством эхинококковых пузырей. Больной выписался без операции. Ушибы, давления, неосторожная пальпация живота могут повести к разрыву брыжеечной кисты.

Черепнин описал случай разрыва кисты брыжейки поперечно-ободочной кишки при пальпации ее во время рентгенографии почки. Нередко больные поступают на операционный стол с явлениями острого живота.

Лечение брыжеечных кист оперативное. Из оперативных способов следует отметить: а) удаление кисты с последующим зашиванием отверстия в брыжейке, б) вскрытие полости кисты, дренирование или тампонада ее с вшиванием стенки кисты в брюшную рану, так наз. марсупиализация; в) удаление кисты с резекцией кишки.

Вельяминов предлагает вскрывать кисту и опускать ее в брюшную полость. Большинство авторов считает наилучшим способом лечения удаление кисты с последующим зашиванием отверстия в брыжейке или способ марсупиализации, при которых наблюдается наименьший процент смертности (по Филиппову 15,8%, по Холмскому 13%). При удалении кисты с резекцией кишки смертность достигает по Филиппову 42%, по Холмскому—33%.

Благовещенск-на-Амуре, 2-я гор. больница.

Б. Ф. СМЕТАНИН

Киста брыжейки тонкого кишечника

Из факультетской хир. клиники педиатрич. факультета (директор засл. деятель науки РСФСР проф. И. В. Домрачев) Казанского государственного медицинского института

Одним из интересных вопросов патологии брюшной полости является вопрос о брыжеечных кистах кишечника. Интерес к этому отделу патологии брюшной полости определяется: редкостью этого вида патологии, трудностью диагностики брыжеечных кист, неясностью их патогенеза в ряде случаев и значительной сложностью оперативных мероприятий при их лечении.

Из опухолей брыжейки кишок кистовидные являются самыми частыми. По статистике Вегин'а на кистовидные опухоли падает 78,8% и на плотные — 21,2%. Кисто-

видные опухоли чаще всего встречаются в брыжейке тонких кишок. Berger из 137 случаев кист брыжейки насчитывает 122 случая кист брыжейки тонких кишок и 15 случаев брыжейки толстых кишок. У женщин брыжеечные кисты встречаются значительно чаще, чем у мужчин.

В доступной мне литературе я нашел количество описанных брыжеечных кист превышающее 300 случаев. Из этого количества примерно половина падает на серозные и хилезные кисты. Диагностика брыжеечных кист трудна, что признается многими авторами. По статистике Холмского видно, что на 82 собранных им случая брыжеечных кист правильный диагноз до операции был поставлен 3 раза и предварительный 4 раза.

Поводом к настоящему описанию является случай редкой формы кисты, развившейся из расплавленной жировой дольки брыжейки тонкой кишки.

14/X-36 г. в хирургическую клинику поступила больная Д. (история болезни № 350), 39 лет, работница пошивочной фабрики, с жалобами на постоянные боли в левом подреберье, которые периодически обостряются, и на частые перемежающиеся запоры. Считает себя больной 5 месяцев. Заболела внезапно. При акте мочеиспускания почувствовала резкую боль в левом подреберье. Острые боли стихали после лежания в постели в течение 2 часов, но тупые боли держались до поступления в клинику. Больная в детстве развивалась нормально, менструации появились с 15 лет, 18 лет вышла замуж, имела одну беременность, которая закончилась нормальными родами. Перенесла брюшной тиф, острый аппендицит, по поводу чего была произведена аппендектомия.

Объективные данные: больная среднего роста, хорошо сложена и упитана. Легкие, сердечно-сосудистая система в пределах нормы. Живот мягкий, не вздут. При пальпации живота определяется опухоль, величиной с яблоко, круглой формы, равномерно плотной консистенции, свободно выводящаяся рукой из левого подреберья к средней линии живота, книзу и вверх, в костно-verteбральный угол.

Опухоль связи с genitalia не имеет. Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта: желудок нормотоничен, нижний полюс расположен на гребешковой линии, дефектов наполнения не обнаружено. Pylorus проходим. Bulbus duodeni без изменений, болевая точка в подложечной области. Через 24 часа после приема бариевой каши: контрастная масса выполняет тракт толстых кишок до flex. sigmoideus; отмечается опущение flex. hepatica. Секрция желудка нормальна. Моча: удельный вес 1,011, кислой реакции, следы белка, в осадке единичные эритроциты и лейкоциты. Хромоцистоскопия: устье левого мочеточника слегка гиперемировано, отечно, из устья левого мочеточника индигокармин появился через 10 мин., из устья правого мочеточника через 5 мин. после введения.

Ввиду неясности диагностических признаков был поставлен диагноз опухоли кишечника или опухоли подвижной почки типа гидронефроза; поэтому решено было при операции идти поясничным разрезом в расчете на одновременное обследование почки и брюшной полости. 23/X—операция (профессор И. В. Домрачев). Под местной инфильтрационной анестезией по способу проф. А. В. Вишневого разрезом Бергмана обнаружено, что левая почка в нормальном состоянии. Разрез несколько удлинен, вскрыта брюшная полость. В рану легко вывихнулась опухоль, величиной с яблоко, которая расположена между листками брыжейки тонкой кишки, у основания последней. После иссечения незначительных спаек на поверхности брыжейки, линейным разрезом от кишки к основанию брыжейки, вскрыт передний листок последней. Опухоль тщательно отпрепарована безкровным путем, т. е. ни один брыжеечный сосуд не был поврежден; удалена целиком без нарушения стенок кисты. На рану брыжейки наложен непрерывный кетгутовый шов, а потом все слои были зашиты наглухо. Удаленная опухоль была круглой формы, в 24 см по окружности, туго эластической консистенции, содержала жидкость молочного цвета в количестве 120 см³. При микроскопическом исследовании жидкости все поле зрения было занято мелкими жировыми каплями и единичными лимфоцитами. Жидкость кислой реакции, белка в ней нет. При микроскопическом исследовании (производит засл. деятель науки профессор И. П. Васильев) стенка кисты толщиной 3—5 см состоит из нескольких слоев соединительной ткани, пронизанной кровеносными сосудами. Выстлана псевдоксантомными клетками, покрытыми эндотелием. На основании наличия в структуре стенки кисты псевдоксантомных клеток и физических свойств жидкости кисты можно считать, что киста развилась из расплавленной жировой дольки брыжейки.

Д. Н. НИКОЛАЕВ

О раке полового члена

Из 1-й хирургической клиники (дир. заслуж. деятель науки проф. Ю. А. Ратнер) Казанского государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина.

Рак полового члена, по литературным данным, составляет в среднем 1—3% общего числа раковых заболеваний.

В нашей клинике за последние 17 лет (1924—1940 гг.) было 10 случаев рака полового члена, что составляет 1,21% по отношению к общему количеству раковых больных (824) и 1,66% к числу раковых заболеваний мужчин (601).

По возрасту больные распределяются следующим образом: 31-40 лет — 5, 41-50 — 2, 51-60 — 2, 61-70 — 1.

Этиология рака неизвестна. Некоторую роль в происхождении и развитии рака полового члена играют фимоз и венерические заболевания; наши больные отмечают в анамнезе фимоз — 4, сифилис — 1, гоноррею — 1. Травмы (ушибы, ссадины, расчесы, укусы и т. п.), могут быть причинным моментом развития рака полового члена. В анамнезе наших больных травма фигурирует в 3 случаях: в 1 — ушиб, в 1 — рубец на месте раны, в 1 — послеоперационная рана. Доброкачественные опухоли: папилломы, бородавки, разрастания, кондиломы могут злокачественно переродиться.

В качестве иллюстрации может служить нижеследующая история болезни:

Больной Л., крестьянин, 65 л., поступил в клинику 16/V 1924 года. Заболел в 1923 году. После сильного зуда на головке полового члена образовалась маленькая „бородавка“. В местной сельской больнице бородавку удалили. Вскоре на месте послеоперационного рубчика появилась плотная, безболезненная, быстро увеличивающаяся изъязвленная опухоль. По поводу этого заболевания больной обратился в нашу клинику, где у него был диагностирован рак полового члена, захватывающий всю головку полового члена без поражения пещеристых тел; паховые железы были увеличены с обеих сторон. Биопсия и гистологическое исследование подтвердили диагноз — плоскоклеточный эпителиальный рак. 3/VI 1924 г. больному под общим хлороформным наркозом произведена ампутация полового члена у основания с одновременным удалением паховых лимфатических желез. Через 21 день больной выписался из клиники в хорошем состоянии. Диагностика рака полового члена в начальной стадии заболевания представляет большие трудности. Рак члена смешивается с твердым шанкром, гуммой, туберкулезом, кондиломами, а также с саркомой. Раковые больные с начальными формами, обычно, попадают под наблюдение венерологов, длительно и безуспешно лечатся от несуществующего венерического заболевания. Из 10 наших больных лечились с ошибочным диагнозом 4. Как пример приводим следующий случай: больной Х., 40 л., заболел 1/XI 1937 г. Участковый врач, заподозрев у больного сифилис, направил его в вендиспансер, где он лечился 2½ месяца. 5 раз исследовалась кровь на РВ с отрицательным результатом. Успеха от противовенерического лечения не было.

Спустя 3 месяца 10 дней больной поступил в хирургическое отделение одной городской больницы, где ему была произведена операция по поводу фимоза; под крайней плотью была найдена язва с гнойным плотным дном, с неровной поверхностью, уплотнение ткани головки. Язву лечили ваннами, перевязками еще 2 месяца. По истечении 5 месяцев и 10 дней этот больной поступил в нашу клинику с большими метастазами в паховые железы. В клинике больному произвели ампутацию полового члена с одновременным вылушением паховых желез. Выписался с хорошим результатом.

В диагностике рака полового члена возможны ошибки и другого характера, а именно: нахождение рака там, где его нет. Маякн сообщает о случае, где авторитетным врачом была произведена ампутация полового члена по поводу предполагаемого рака, а при гистологическом исследовании была найдена гумма. Тирш и Федерль описали случаи, где вместо диагностированного рака оказался туберкулез.

Для диагностики рака характерны следующие данные: 1) начало с безболезненного узелка, 2) плотный валикообразный край язвы; бугристое дно, где наряду с распадом имеются регенеративные процессы, 3) неодинаковое увеличение паховых лимфатических желез, 4) пожилой возраст, 5) неравномерный рост опухоли, 6) зловонные выделения из-под крайней плоти при наличии фимоза.

Рак полового члена чаще всего начинается с крайней плоти и с головки. В наших наблюдениях рак имел исходным пунктом головку в 6 случаях и крайнюю плоть в 4.

Рак полового члена встречается в 3 формах: 1) в виде папилломатозных разрастаний, 2) в форме раковой язвы и 3) в форме раковых узлов. У наших больных папиллярный рак был в 4 случаях, язвенный — в 4, узловатый — в 2. Микроскопически плоскоклеточный рак установлен нами в 7 случаях.

Большинство авторов высказывается за хирургическое лечение рака полового члена но полного единодушия в этом вопросе нет. Из различных операций чаще других применяется ампутация полового члена с одновременным удалением паховых и бедренных лимфатических желез.

Операцию мы начинаем с полного удаления лимфатических желез en bloc косым разрезом кожи параллельно пупартовой связке. Далее, приступаем к ампутации полового члена. Разрез кожи начинаем с тыла полового члена в здоровых частях на 2—3 см. выше ракового поражения, ведем книзу и несколько кзади и соединяем их. Пересекаемые при этом *aa. и vv. dorsales penis* перевязываем. Оттянув кожу к основанию члена, перерезаем поперечно пещеристые тела, при этом уретру выделяем и рассекаем ее на 1—2 см. впереди. Перевязываем *art. profundae penis*, проходящие в кавернозных телах. Накладываем 2—3 узловатых кетгутовых шва на белочную оболочку пещеристых тел, захватывая *septum penis*. Изолированный конец уретры разрезаем по задней (нижней) стенке и подшиваем расщепленную уретру к кожной ране, суживаем верхнюю часть кожной раны. В уретру вводим катетер à demeure, который меняем на 5—6-й день и удаляем на 10—12-й день. В нашей клинике оперировались 9 больных. У 5 произведена ампутация у основания члена, у 4 ампутация — в средней трети.

В послеоперационном периоде у наших больных наблюдали: лимфорею — в 4, краевые некрозы — в 3, нагноения ран — в 8, рожистое воспаление кожи — в 1 случае. Частые нагноения ран после операции полового члена с вылушением желез объясняются тем, что при операциях из лимфатических путей и желез инфекция поступает в операционную рану. Смертность по различным авторам от 3,8% до 15%. В нашей клинике летальных исходов не было.

По сборной статистике Асмуса на 232 случая из прослеженных 167 больных получили длительное выздоровление 49,7%, рецидив — 29,9%. Кютнер на 40 случаев отмечает выздоровление в 22, рецидив в 15, смерть в 4 случаях.

Нам удалось получить следующие данные о наших больных: у 3 нет рецидива в течение 1—3 лет, у 2 через 3—5 месяцев наступил рецидив и один из них вскоре умер, в одном случае мы наблюдали сужение мочеиспускательного канала в культи полового члена.

Казань, Б. Красная, 51,
1-я хир. клин. Гидув.

А. А. АЙДАРОВ

О патогенезе и лечении туберкулеза яичка и придатка

Из 1-й хирургической клиники (дир. проф. Ю. А. Ратнер) Казанского государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Вопрос о патогенезе и терапии полового туберкулеза у мужчин продолжает привлекать внимание урологов, хирургов и др. Наиболее спорным до сих пор является вопрос о первичном очаге и путях распространения инфекции в половом аппарате. Большинство исследователей думает, что первичный очаг локализуется в придатке, откуда процесс по току семени распространяется восходящим путем, вовлекая в процесс простату и семенные пузырьки, т. е. тесифугально. Другая часть исследователей высказывается за первичную локализацию туберкулезного процесса в простате и семенных пузырьках, с дальнейшим его распространением на придаток в нисходящем направлении, т. е. тесипетально. Эти авторы допускают наличие антиперистальтических движений в семевыносящем протоке, благодаря которым инфекция из задней уретры может быть занесена в придаток. Непосредственное заражение половых органов так возможно в редких случаях при *coitus*. В литературе описываются единичные случаи заражения половым туберкулезом *per coitum*. Тедено наблюдал туберкулезную язву крайней плоти у молодого человека, сожительница которого страдала бугорчаткой шейки матки (цит. по Ефимову). Ефимов описал два случая так уретры,

Горкун—1 сл. тбк. Куперовой железы. Таким образом, на основании клинических наблюдений можно считать доказанным существование первичного тбк придатка, уретры и т. д. Перехожу к изложению наших случаев.

Материал нашей клиники охватывает 65 случаев тбк придатка и яичка за время с 1925 по 1938 год. По возрасту больных распределяются следующим образом: до 20 лет 9, от 21 до 30 лет—34, от 31 до 40 лет—10, от 41 до 50 лет—7 и свыше 50 лет—5 чел. По нашим данным, как и по материалам других авторов, тбк поражение половой системы встречается чаще в возрасте между 20 и 40 годами.

Продолжительность болезни можно указать только приблизительно. По нашему материалу — от 2 недель до 1 мес. 6 случаев, от 1 до 2 мес. — 19, от 2 до 6 мес. — 12, от 6 мес. до 11 года—5, от 1 до 2 лет — 9, от 2 до 3 лет—3 и свыше 3 лет — 1 случай.

В анамнезе наших больных перенесенная гоноррея отмечена в 10,4%. Травма половых органов—в 8,4%. В согласии с большинством авторов, перенесенной гоноррее и травме мы не придаем большого значения, как этиологическому фактору.

На нашем материале мы наблюдали тбк придатка и яичка в 23 сл. справа; в 27—слева, в 4 сл. с обеих сторон и в 11 случаях—в сочетании с тбк почек и мочевого пузыря. У 43 из 65 больных в историях болезни отмечено поражение простаты и семенных пузырьков—60,6%.

По вопросу о лечении тбк придатка и яичка, как и о патогенезе заболевания, нет единого взгляда. Одни авторы высказываются за консервативное лечение, другие—за консервативно-оперативное лечение пораженного тбк придатка и яичка. Наконец, некоторые авторы высказывались за радикальное удаление пораженного тбк всего полового аппарата (Воскресенский). За последнее время сторонников радикальных широких операций при половом тбк становится все меньше. Радикализм, говорит Керопиан, сейчас сводится к удалению половой железы, явно пораженной при распространенном тбк процессе.

Нами в 6 случаях была произведена эпидидимэктомия по способу Разумовского; в 5 сл. произведена односторонняя, в одном—двусторонняя эпидидимэктомия. Гемикастрация произведена в 20 случаях, через год у 11 больных наступил рецидив на другой стороне. Из 20 у 3 больных была сделана профилактическая перевязка протока на здоровой стороне с хорошими отдаленными результатами.

На основании своих наблюдений, мы считаем наиболее эффективным лечением при тбк придатка и яичка операцию-гемикастрацию с перевязкой с профилактической целью на здоровой стороне ductus deferens. У трех наших больных, подвергнутых гемикастрации, как указано выше, с перевязкой протока на здоровой стороне отдаленные результаты хорошие. В течение 10 лет нет поражения второго яичка. Таким путем в части случаев удается предохранить от заболевания вторую сторону. Изменение со стороны простаты и семенного пузырька после гемикастрации обычно затихают.

Иод-иодоформенная инъекция по Готцу—Грекову применена в 13 случаях. Однократная доза 1—5 см³ вводилась внутримышечно в ягодичную область. Впрыскивание иод-иодоформенной эмульсии не дало ни в одном из 13 случаев удовлетворительного результата.

Ободряющие результаты некоторыми авторами получены от гелиотерапии в сочетании с санаторно-климатическим лечением. Проводя систематическое наблюдение над влиянием климато-гелиотерапии на туберкулезный очаг, авторы могли констатировать некоторое уменьшение болезненности, улучшение самочувствия и уменьшение опухоли, но на полное излечение, как сами сторонники солнцелечения указывают, рассчитывать не приходится (Шулутко и др.)

В наших 6 сл. также получалось кратковременное улучшение от гелиотерапии, однако в последующем эти больные подвергались оперативному лечению.

На нашем материале, правда небольшим, в 20 случаях была применена рентгенотерапия. Мы могли отметить удовлетворительные ближайшие результаты. Как и другие авторы, мы применяли малые дозы—5—10 НЕД, предпочтительно под 4 мм алюминия.

Подвергая больных с тбк полового аппарата рентгенотерапии, необходимо помнить о влиянии рентгенолучей на половые железы, т. е. о возможности лучевой кастрации.

В ы в о ы

1. Тбк придатка и яичка встречается чаще в возрасте 20—40 лет в период наиболее интенсивной половой жизни.

2. Из лечебных методов в ранних стадиях заболевания применяется консервативная терапия (рентгенотелио- и физиотерапия); из оперативных методов, по нашим наблюдениям, наиболее эффективным является гемикастрация с перевязкой протока на здоровой стороне. Гемикастрация в известных случаях может влиять на улучшение процесса в простате и семенных пузырьках.

Казань, Б. Галактионовская, д, 19, кв 48,

Обзоры, рецензии, рефераты и проч.

И. С. ГРЯЗНОВ (Москва)

Бактериологическая война

„Нам нужен высококвалифицированный врач. Вместе с тем он должен обязательно обладать и качествами организатора, который в сложных условиях военной обстановки умел бы не только лечить, но и правильно организовать все сложное дело санитарного обслуживания войск, не только лечил бы людей, но и умел бы о них заботиться“ (Ворошилов).

Во всех войнах эпидемический фактор играл большую роль. На войнах погибало людей больше от заражения ран, чем от штыка и пули. Империалистические хищники мобилизуют все научные достижения, изыскивают наиболее эффективные средства истребления. К числу последних относятся бактерии, как боевое оружие. Подготовка к применению бактериологического оружия велась еще до войны 1914—1918 г.г.

К книге Г. Липман, вышедшей в 1937 г. под характерным заголовком „Смерть из облаков“, можно найти ряд указаний о серьезной подготовке империалистических стран к применению бактериологического оружия в войне. Говоря о возражениях некоторых специалистов, оспаривающих возможность использования бактериальных средств нападения, автор весьма уместно напоминает о скептиках, отрицавших в свое время боевую эффективность пороха, динамита и отравляющих веществ. „Лучшие умы человечества многие годы посвятили изучению микробов, руководясь высокими идеалами гуманности; в настоящее время умы такого же масштаба работают в диаметрально-противоположном направлении“ — не без грустной иронии замечает автор.

Бывш. польский генерал Сикорский в своей книге „Будущая война“ (Госвоениздат. Москва, 1936, стр. 188-189) писал: „Бактериологическая война абсолютно и категорически осужденная ассамблей Лиги Наций в 1929 г. до сих пор не принимается серьезно во внимание. По общему мнению профессоров Пфейфера, Борде, Мадсена и Кэннона, бактерии как носители эпидемических заболеваний в настоящее время не являются слишком опасным орудием, однако лишь при том условии, если атакованная сторона организует надлежащим и своевременным образом свою оборону. Заражение проточных вод и источников бактериями холеры, чумы, сыпного тифа и сапа при использовании для распространения бактерий авиабомб грозит катастрофическими последствиями государству, которое будет неожиданно застигнуто такими методами борьбы“.

Поэтому совершенно необходимо проявлять максимальную бдительность. Можно не допустить распространения эпидемии, применив во-время предохранительные прививки как людям, так и животным. Несравненно труднее справиться с эпидемией, принявшей уже массовый характер. Поэтому соответствующая организация в области военной бактериологии, наряду с хорошей научной разведкой, являются серьезным вопросом в современной обороне страны“.

А. и Р. Сартори в своей работе „Бактериологическая война“ открыто говорят об эффективности бактериальных средств нападения в случае их внезапного применения. Авторы называют возбудителей холеры, чумы, брюшного тифа и мальтийской лихорадки в качестве возможных средств бактериологической войны.

Бывший польский полковник Карышковский в своем докладе командному составу быв. польской армии говорил о чисто военных требованиях, предъявляемых к возбудителям инфекционных заболеваний. В числе этих требований фигурируют высокая контагиозность возбудителя, устойчивость последнего в отношении внешних воздей-

гвий, способность легко и обильно расти на искусственных питательных средах, восприимчивость людей и животных к заболеванию.

Карышковский открыто указывал, что ареной „бактериальной войны“ явится тыл противника, и большое значение поэтому приобретает деятельность направляемых для этой цели в тыл диверсионных групп. Снабжение таких агентов необходимыми материалами, говорил он, может быть осуществлено на самой территории противника, так как это требует конструирования небольших лабораторий, которые могут быть легко аконспирированы. Карышковский с циничной откровенностью высказывал сожаление о том, что полученные результаты нельзя пока проверить на людях. Этот автор высказывался далее за широкий эксперимент на людях с целью изучения эффективности действия бактериологического оружия. В военное время, писал он, не исключается возможность использования с этой целью лагерей военнопленных.

Чтобы рассеять иллюзии и показать, что применение бактерий — вещь совершенно реальная, Сартори останавливаются на экспериментах французского ученого Трилля. Научные изыскания Трилля об условиях создания бактериального облака заслуживают большого серьезного внимания, так как выявляют, повидимому, наиболее эффективный путь применения бактериального оружия. Из этих опытов по созданию бактериального облака совершенно закономерно всплывает вопрос о применении ингаляционного способа иммунизации против соответствующих микробов. В книге Сартори даются сведения о этом практически интересном вопросу и ставится задача о необходимости разработать вопрос о противобактериальной маске и создании тумана из антисептиков.

Для борьбы с бактериальным оружием нужна систематическая углубленная подготовка как по линии научно-исследовательской работы институтов и лабораторий, так в области санитарно-эпидемиологической подготовки армии и тыла. Сартори подчеркивают, что нанесение потерь собственной армии в результате бактериальной войны возможно лишь при абсолютном отсутствии мер защиты против заразных болезней. Армия же, применяющая бактериальное оружие, будет, повидимому, обладать средствами защиты против него. Одной из серьезных мер борьбы с бактериальными заражениями являются предохранительные прививки.

Наиболее подходящим для целей отравления считается токсин микроба ботулизма, изучению которого за границей уделяется очень много внимания. Загрязнение этим микробом консервов превращает содержимое консервной банки в серьезное оружие в руках противника, если учесть отсутствие внешних признаков испорченности консервов и большую смертность от употребления их. Этот микроб оценивается как лучшее средство отравления в тылу и при оставлении своих отравленных консервов в качестве „трофеев“ для неприятельской армии.

Большого внимания заслуживает статья майора Л. Фокса о бактериологической войне (март 1933). Фокс делит биологические факторы на три группы: 1) болезни, вызываемые живыми передатчиками и дающие эпидемию; 2) заразный материал, инфицирующий раны и 3) токсины, вырабатываемые бактериями. Он перечисляет все обычные пути, по которым инфекция первой группы может попасть в организм: желудочно-кишечный тракт, дыхательные органы, через насекомых и венерические болезни. Последние, однако, он не считает заслуживающими внимания. Фокс считает сомнительным применение кишечных инфекций в виду возможности предохранения от них путем иммунизации, а также благодаря широко-развитым санитарным мероприятиям. Маловероятным Фокс считает применение капельных инфекций, так как для распространения эпидемии требуется индивидуальная восприимчивость, кроме того, эти инфекции очень летучи и одинаково опасны для обеих сторон. Обоюдную опасность представляет также и заражение бубонной чумой.

Сыпной тиф довольно страшен в военное время, но применение его невозможно в виду наличия богатого арсенала средств для борьбы с ним. Раневые инфекции столбняк, газовая гангрена, сибирская язва) резистентны и могут долго жить вне живого организма, но в качестве орудия войны они непригодны, так как мы до сих пор не знаем и не видим их эпидемического распространения.

Из токсинов страшен токсин ботулинуса, но техническое применение его невозможно. Применение яда ботулинуса в снарядах невозможно также в виду того, что он разрушается от действия высокой температуры.

Заражение животных Фокс тоже отвергает в виду наличия тех же трудностей вследствие наличия способов борьбы с заражением, т. к. зараженных животных можно легко уничтожить и тем прекратить дальнейшее распространение инфекции. Фокс сомневается вообще в пригодности биологических агентов для целей бактериологической войны в виду почти непреодолимых технических трудностей их применения.

Фарпот, рассматривая в статье „Бактериологическая война“, помещенной в „Журнале медицинских наук Лилля“, 1932 г. так называемые инфекции войны, останавливается на тифе, холере, сепе, бубонной легочной чуме, сыпном тифе, бруцеллезе. Выбор должен остановиться на тех микробах, которые вызывают легкое и быстрое

заражение возможно большего количества лиц, давая при этом наибольшую смертность.

В индивидуальной защите от бактериологического оружия при применении противником бактериологических облаков могут быть использованы противогазы. Массовая защита должна проводиться военно-санитарной службой совместно с гражданскими органами здравоохранения.

Что касается защиты от бакоружия, автор находит, что в полевых условиях баклаборатории сыграют свою положительную роль в деле исследования воды, пищевых продуктов, очагов возникновения эпидемии.

Несколько лет назад в немецком журнале *Zeitschrift f. Desinfection* появилась статья доктора Люстига, который дал весьма обстоятельное и всестороннее освещение вопроса о бактериологической войне. В этой статье уделяется особое внимание возбудителям сибирской язвы и сапа. Источниками инфекции автор считает заражение пастбища, запасы фуража и продовольствия, открытые водоемы.

Для распространения инфекционного материала Люстиг считает возможным использовать авиацию, артиллерию, зараженных животных и насекомых. Он пишет: „Искусственное распространение вышеупомянутых заболеваний человека и животных можно проводить во всех случаях посредством артиллерии или аэропланов; кроме прежних снарядов, возможно, найдут применение бомбы, наполненные смертоносными бактериями, так что на поле боевых действий появится толпа новых врагов и в истории ведения войны начнется новая эпоха. Бактерийные бомбы, найдя применение в качестве средств войны, по жестокости превзойдут все до сих пор применяемые военные приборы. Искусство ведения войны как раз состоит в том, чтобы найти верные средства и применить их наилучшим образом для достижения цели“.

Против достаточно откровенных высказываний автора через непродолжительное время резко обрушились проф. Нейсер и проф. Конрих. Первый выступил с утверждением о полной беспомощности бактериологической войны. Второй доказывал нецелесообразность применения бактериологических средств войны в силу их сомнительной эффективности. В качестве ученого референта Германского военного министерства проф. Конрих нашел необходимым взять под свою защиту немецкое командование, которое, по его словам, отказалось от использования бактериологического оружия во время мировой войны „несмотря на предложения, исходящие от населения“. Говоря о свойствах бактериологических средств нападения, автор нарочито подчеркивает „недостатки“ последних: медленность действия, неопределенность результатов и опасность распространения инфекций в войсках нападающей стороны. Одним из основных доводов автора надо считать его категорическое утверждение о невозможности поддержать на высоком уровне вирулентность микробов в лабораторных условиях. Наконец, пишет Конрих, наличие вирулентного возбудителя еще не гарантирует появления инфекционных заболеваний в войсках стороны, подвергшейся нападению.

В последнем издании *Lehrbuch der Militärhygiene*, О. Muntsch, ссылаясь на авторитет проф. Конриха, заявляет, что „германское военное командование ни во время войны, ни в послевоенные годы не приняло во внимание возможность бактериологической войны“. В обоснование этого положения автор ссылается на недостаточную боевую эффективность бактериологического оружия, обладающего к тому же обоюдосторонним действием. Поддающиеся культивированию возбудители инфекционных заболеваний, говорит автор, требуют огромных усилий для поддержания их вирулентности в лабораторных условиях. Но если бы и удалось разрешить проблему получения вирулентных культур, говорит О. Muntsch, является большим вопросом, удастся ли вызвать с их помощью эпидемии.

Таким образом имеются определенные утверждения о серьезности угрозы бактериологической войны, с одной стороны, голословное и неубедительное отрицание всего — с другой.

империалистическая война связана с опасностями химических и бактериологических нападений на тыл, на мирные города и деревни. В качестве примера можно привести выступление в печати итальянского военного врача Феррати, который говорит, что никакие международные чувства гуманности не могут удержать от применения бактериологического оружия, ибо цель оправдывает средства. Любая сторона, пишет автор, может получить перевес над своим противником, благодаря открытию новых возбудителей при условии надежной защиты своих войск. Он цинично рекомендует применение „бактериального оружия“, так как оно не требует громоздкой аппаратуры для своего изготовления, оно может быть легко изготовлено небольшим количеством людей в строгой тайне и в необходимых количествах. Надо полагать, что не исключена возможность использования в этих целях также бактериальных токсинов, а также и комбинации бактериальных средств. Феррати требует создания в мирное время специального органа, ведающего подготовкой страны к противозидемической обороне. В задачи этого органа по мнению автора, должны входить ознакомление населения

с мерами индивидуальной и коллективной профилактики, заготовки сывороток и вакцин, обеспечение своевременного распознавания и лечения инфекционных заболеваний. Особое значение, по мнению автора, имеет продуманная в условиях мирного времени целесообразная дислокация инфекционных госпиталей.

Предложенные различными авторами способы применения бактерий для целей войны, можно суммировать в следующем виде: разбрызгивание бактерий особыми выливными приборами и создание „бактериологического тумана“ из мельчайших капелек жидкости, несущих миллиарды микробов. По мнению иностранных авторов, этот способ наиболее подходящий для так называемых „капельных“ инфекций — грипп, скарлатина, чума; сбрасывание и распыление с самолетов авиабомб, особых корзин, автоматически раскрывающихся при падении и содержащих бактериальные культуры; употребление для заражения почвы и воздуха артиллерийских снарядов с приспособленными распылителями, начиненных бактериальными культурами; использование для этих целей ампул и колб, начиненных высоковирулентными бактериями и сбрасываемых с воздуха; сбрасывание на парашютах с самолетов и выпуск на территорию противника десятков и сотен тысяч зараженных животных, главным образом грызунов и насекомых, являющихся переносчиками чумы и тифов; сбрасывание с самолетов зараженных насекомых — вшей, блох, клопов, клещей и др., являющихся переносчиками таких заболеваний, как сыпной и возвратный тифы, желтая лихорадка; сбрасывание в тылу противника с самолетов или оставление при отступлении зараженных продуктов питания; заражение противником при отступлении на своей территории источников водоснабжения культурами возбудителей эпидемических кишечных заболеваний, оставление противнику при отступлении зараженных домашних животных; диверсионное бактериальное заражение.

Особенное значение придается комбинированному применению бактерий, ОВ, а также бактериальных дымов.

Может ли какой-нибудь из известных в настоящее время возбудителей оказаться годным для целей бактериологической войны? Такой возбудитель должен обладать значительной заразительностью (легкая передача заразы, общая восприимчивость к возбудителю), достаточной сопротивляемостью вредным факторам, чтобы длительно существовать в неблагоприятной среде вне человеческого организма, он должен легко и обильно вырастать и на искусственных лабораторных средах. Полезно учесть и переносчиков возбудителей (вши, клопы, блохи), что несколько усложняет вопрос.

Однако, применение бактериальных средств войны порождает серьезную опасность появления искусственно вызванных эпидемических очагов. История эпидемий знает с какой быстротой распространяются возникающие в условиях войны эпидемии брюшного тифа, холеры, дизентерии и др. Легко поэтому понять, какую чудовищную угрозу для всего человечества представляет попытка империалистов втянуть весь мир в новую бойню и включить в арсенал средств истребления людей новое оружие — массовое распространение эпидемий среди мирного населения и в войсках.

В настоящий момент мы имеем полное основание считать, что бактериальное оружие вошло в арсенал средств нападения капиталистических стран. Мы очень многого не знаем, ибо в печать попадают только отрывочные данные, не позволяющие составить представление о подлинных масштабах подготовки к бактериологической войне.

Но и того, что нам известно, достаточно, чтобы сделать необходимые выводы в отношении подготовки страны к эффективной санитарной и противоэпидемической обороне.

Бактериальное оружие особенно опасно для страны, не подготовленной к противоэпидемической защите своих войск и населения. Эффективность противоэпидемической защиты определяется согласованными действиями врачей всех специальностей и складывается из мероприятий профилактического и противоэпидемического характера. К числу первых относятся действия санитарно-эпидемических органов, направленные на повышение устойчивости организма против инфекции и оздоровление окружающей обстановки в целях предотвращения развития инфекционных заболеваний. Противоэпидемические мероприятия имеют своей целью локализацию инфекционных заболеваний среди населения и своевременное обеспечение заболевших в лечебно-эпидемиологическом отношении. Осуществление перечисленных мероприятий и целесообразное использование всех средств противоэпидемической работы являются функцией эпидемиологов и гигиенистов.

Должна быть разработана и подготовлена система широких профилактических мероприятий среди населения, в первую очередь необходимо обратить внимание на санитарно-эпидемиологическое состояние и работу лабораторий по раннему определению микроба, на тщательную охрану водопроводных станций, артезианских колодцев, на своевременное обезвреживание воды и строгий пищевой и питьевой режим в армии и среди населения. Требуется особый санитарный надзор за работой консервных заводов, пищевых предприятий, рынков, магазинов в мирное

время, запрещение пользоваться водными источниками и пищевыми запасами без предварительного контроля походных лабораторий, четкая работа банно-прачечного дела, упорная борьба за повышение санитарно-гигиенических навыков среди населения, широкое знакомство населения с реальными мерами защиты (прививки, пищевой и питьевой режим, противобактериальные маски, убежища). Повышение бдительности населения и ознакомление населения с опасностью бактер. войны, являются мощным средством борьбы против эпидемий.

В своем выступлении на IX Всес. съезде ВЛКСМ Народный комиссар обороны т. Ворошилов говорил: „мы одновременно будем воевать и нашей промышленностью и нашими машинами и нашими лабораториями и институтами“. Это заявление обязывает санитарно-эпидемических работников заблаговременно и тщательно подготовиться к грядущим испытаниям.

На долю врачей выпадает во время войны почетная и ответственная задача отразить все попытки врага подорвать боевую мощь Красной Армии средствами бактериальной войны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сегновский, Центр. медиц. журнал, XIX, стр. 316—317. реферат. — 2. Денис Клейн, Военно-санит. дело, № 7, стр. 66, реферат. 1936. — 3. Desfossier, Presse-medic., № 84. 1934. — 4. Fargot, Военно-санит. дело, № 8, 1934. — 5. Григорьев, Сов. врач. газета, № 10, 1934. — 6. Капустин, Война и революция, № 8, 1931. — 7. Karuszkowski, Военно-санит. дело, № 12, 1936. — 8. Коровин и Егоров, Разоружение, ГГИ, 1930. — 9. Кранц, газ. „Правда“, 24/XII, 1931. — 10. Лихачев, Здравоохранение, № 9, 1929. — 11. Lustig, Центр. мед. журн. XIX, стр. 316. — 12. Рогов, Вестн. противовоздушной обороны, № 3, 1931. — 13. Сартори А. и Р. Бактериальная война, Москва, 1936. — 14. Федоров, Фронт науки и техники, № 2, 1934. — 15. Фокс, Морской сборник, № 5, 1933. — 16. Феррати, Военный зарубежник, № 3, 1932. — 17. Фокс, Военный зарубежник, № 9, 1933. — 20. Шикале, Военно-санит. дело, № 1, 1935. — 21. Юргенс, Военно-санит. дело, № 4, 1935. — 22. Юргенс, Вестн. воздуш. флота, № 8, 1931. — 23. Клойд, Военный зарубежник, № 12, 1937. — 24. Липман, Г., Смерть из облаков, Лондон, 1937. — 25. Сикорский, Будущая война, Москва, 1936. — 26. Ш. Николь, Эволюция заразных болезней, Москва, Медгиз, 1938.

Москва, Крспоткина, 40, кв. 116.

Рефераты

а) Внутренние болезни

Уайтмор и Ройстер и Ридель. *Внутривенное и ректальное введение сульфамида при пневмонии*. J. Am. m. Ass. T. 114, № 11, 16-III 1940.

Авторы применили лечение сульфамидом и его натронной солью в 92 случаях пневмонии; из них 14-ти больным препарат вводился ректально и 18 внутривенно. При ректальном введении совершенно не наблюдалось тошноты. Однако уровень сульфамида в крови был значительно более низок и терапевтический эффект слабее, чем при приеме внутрь. При внутривенном введении сразу получалась высокая концентрация в крови, но поддерживать ее постоянно было трудно. Рвота наблюдалась только у одного больного. Авторы пришли к заключению, что у очень слабых больных лечение следует начинать с внутривенной инъекции, однако в дальнейшем следует как можно скорее переходить на приемы per os.

В. Дембская.

Руеззегер. *Лечение пневмонии сульфамидом и сывороткой*. Ohio Med. J. T-36, III, 1940.

Автор разделил своих пациентов, страдавших крупозной пневмонией, на две группы. Одна получала только специфическую сыворотку, другая — только сульфамидин. Самым разительным эффектом сульфамида являлось быстрое падение температуры в течение первых 18 часов от начала лечения. В противоположность спонтанному падению температуры и тому, что наступает под влиянием сыворотки, оно не сопровождается заметным клиническим улучшением. Нет параллелизма между концентрацией сульфамида в крови и падением температуры. В некоторых случаях температура быстро падала, в то время как в крови имелись лишь следы сульфамида.

У 7 из 8 больных пневмококки быстро исчезали из крови. В одном случае эмпиемы стерилизация экссудата под влиянием сульфациридина произошла вследствие уменьшения количества диплококков, а не их декасуляции. Из 45 больных, леченных специфической сывороткой, умерло 2. Из тех, что получали сульфациридин, на 49 случаев наблюдалось 6 смертных исходов.

В. Дембская.

Спринг, Лоуел, Финланд. Действие сульфациридина на пневмококки. J. of Clin. Investigation T. XIX, № 1, 163, 1-1940.

Опыты, проведенные на искусственных средах и человеческой крови не содержащей пневмококковых антител, показали, что сульфациридин (=сульфин) обладает значительным бактериостатическим действием по отношению к пневмококкам. Степень бактериостазиса и даже бактерицидности зависит от концентрации медикамента и количества засеянных микробов. Авторы установили, что сульфациридин обнаруживает свое действие только после того, как начинается рост бактерий. Типспецифическая иммунная сыворотка придает заметные бактерицидные свойства человеческой крови, до того ими не обладавшей. Типспецифическая сыворотка и сульфациридин обнаруживают свое действие на пневмококков как в крови пациентов, перенесших пневмонию, так и в свежей крови нормальных людей. Комбинация небольших доз иммунной сыворотки и сульфациридина является более эффективной, чем каждый из этих агентов, порознь взятый. В присутствии иммунной сыворотки пневмококки разрушаются быстро, от сульфациридина же не сразу, а после определенного скрытого периода.

Делая отсевы на плоские среды из смеси сульфациридина с пневмококками во время их максимального размножения, авторы получали мелкие колонии со слабым гемолизом. Подобные же колонии вырастали из крови пациентов с массивной бактериемией, при посеве вскоре после впрыскивания больших доз сульфациридина, доводящих его концентрацию до 10 мг%. Бактерицидный эффект сульфациридина тут очевиден, так как при отсевах из этих колоний не удавалось получить жизнеспособных особей, в то время как колонии нормального вида давали хорошую всхожесть.

Работая со стрептоцидом, авторы отметили, что он вызывал бактериостаз трех чувствительных типов пневмококка, когда его концентрация в крови достигала 20 мг% в течение 24 часов. При сульфациридине бактериостаз осуществляется уже при 5 мг%.

В. Дембская.

Мулдер, Берг и Еймерс. Рефрактерные к сульфациридину пневмококки. Neder. Tyd schr. V. Geneeskunde, T. 84, 9/III 1940.

Авторы показали в опыте на мышах, что штамм пневмококка, обычно, весьма чувствительный к сульфациридину, может приобрести к нему полную резистентность. Вначале резистентный штамм становится менее вирулентным, чем соответствующий чувствительный. Однако после нескольких пассажей через мышей он вновь приобретает максимальную вирулентность. Полная резистентность при этом вполне сохраняется. С возможностью развития подобного рода резистентности надо считаться в клинике. Тяжелые формы пневмонии надо с самого начала лечить массивными дозами сульфациридина. Рекомендуется комбинировать их с введением специфической сыворотки.

В. Дембская.

Финланд, Спринг и Лоуел. Изучение иммунологических процессов у пневмококков, леченных сульфациридином. J. of Clin. Investigation, T. XIX, № 1, 179, 1, 1940.

Опыты in vitro показали, что сульфациридин оказывает бактериостатическое, даже бактерицидное действие на чувствительных к нему пневмококков. Этот эффект не зависит от иммунного механизма крови. Тот же эффект сульфациридин давал на искусственных средах и в крови нормальных людей. Однако наиболее сильная и наиболее быстрая бактерицидная деятельность его обнаруживалась в присутствии термостабильных антител (агглютининов, опсоинов и защитных веществ).

Опыты, проделанные в течение первых трех часов контакта, указывают на то, что иммунные тела обнаруживают свое пневмококкоцидное свойство сразу же.

Образование антител в крови у больных, получавших сульфациридин, шло по такому же типу, как и при спонтанном выздоровлении. Защитные вещества редко появлялись раньше 6-го дня, а агглютинины — раньше седьмого. Комбинация обоих эффективных агентов сульфациридина и типспецифической сыворотки является наилучшим методом лечения пневмонии.

В. Дембская.

б) Дерматология

Acne vulgaris. J. of Investig. dermat. vol. 3, № 2, 1940.

Издатель журнала обратился с просьбой к американским дерматологам ответить на вопросы о методах лечения угрей.

Проф. Joseph Klaunder ответил, что он применяет рентгенотерапию незави-

симо от возраста больных, результаты большей частью благоприятны. Местно применяются серные препараты, обезжиривающие вещества; пустулы и комедоны удаляются иглой для удаления катаракта. При пустулезных формах рекомендуется применение собственной крови, молока.

Проф. Mac k e l проводит рентгенотерапию в течение трех лет с годовыми промежутками, однако, лишь у больных старше 14 лет. Местной терапии в период эритемы и десквамации автор не применяет. Губы при рентгенотерапии не защищаются. Местно рекомендуется sodium hyposulfat, 15,0, резорцина 8,0, В—naphтол 0,24, alcohol 30,0, aq. Rosarium 20,0. В некоторых случаях назначается гелиотерапия — освещение кварцем.

Проф. M i s h e l s o n рекомендует рентгенотерапию, дающую в ряде случаев благоприятный эффект. Одновременно с рентгенотерапией применяет местную терапию; при рентгеноосвещении губы не защищаются. Инцизия и экстракция комедонов показаны. Из местных средств рекомендуется салициловая кислота, резорцин и серные препараты.

Проф. M i l l e r и асс. T a u s s i g местно применяют цинковую пасту с 100% каолина и 100% преципитатной серы; по утрам кожа лица протирается составом: сулема 0,13, резорцин 2,0 и спирт 180,0. Иногда местная терапия комбинируется с рентгеном, но в этих случаях дозировка слабая, и интервалы между освещениями удлиняются. Защиты губ не требуется. Рекомендуются свежие фрукты и овощи; некоторым анемичным больным назначается витамин В.

А. Д.

Goldman. *Болезнь Годжкина* I. A. M. A. vol. 114, № 17, 1940.

В статье приведен анализ 212 случаев болезни Годжкина. Заслуживает внимания наличие и характер изменений со стороны кожи, которые наблюдались у 80 больных. Они выражались либо простым зудом, либо множественными узлами или даже генерализированным эксфолиативным дерматитом. У 9 больных зуд появился перед тем, как стала обнаруживаться аденопатия. Зуд может существовать один, или сопровождать морфологические элементы на коже. Иногда у больных, страдающих зудом, отмечаются расчесы. У некоторых больных наблюдались папулы с поверхностной ulcerацией очень схожие по виду с папулами при чесотке. У 9 больных наблюдался опоясывающий лишай, указывающий на вовлечение спинальных узлов. У двух больных был генерализированный эксфолиативный дерматит. У одного из этих больных в течение 9 месяцев на нижних конечностях держался экзематозный процесс и был отмечен лимфаденит, как полагали врачи — хронического воспалительного происхождения. Маз и инъекции не давали никакого эффекта. Когда у больного обнаружилось заболевание лимфатических узлов в подмышечной впадине — был установлен правильный диагноз — болезнь Годжкина. Биопсия кожи показала наличие диффузной инфильтрации лимфоцитами. На миндалинах ни у одного из 212 больных не было найдено никаких изменений. Это является важным признаком, дающим право относить заболевание к лимфосаркоме.

А. Д.

Notwood a. Evans. *Дерматит от резиновых перчаток („glove phytids“)* I. A. M. A. vol. 114, № 16, 1940.

Обследовав 300 рабочих, автор обнаружил у 20 из них дерматит на руках. Эти лица работали в резиновых перчатках 7—8 часов и имели контакт с растворами мыльных стружек и глицерином. После работы они моют руки жидким мылом. Клинически отмечается появляющийся временами небольшой зуд и пузырьки на невоспаленном основании на боковых и тыльных поверхностях пальцев рук. Сероватые пузырьки появляются и на ладонях. В некоторых случаях зуд распространяется на предплечье. У ряда больных можно обнаружить все фазы экзематозного процесса. У всех 20 больных с дерматитом при обследовании чешуек с пальцев ног были обнаружены грибки. Получены культуры на средах. Интракунные реакции с трихофитином и опидиомином оказались положительными, что указывает на наличие сенсibilизации кожи к продуктам грибов. Применение у больных порошка на ноги из салициловой кислоты 5,0, ментола 2,0, камфоры 8,0, борной кислоты 50,0 и крахмала 35,0 до работы и на время работы задерживало развитие дерматита. В резистентных случаях приходилось дезинфицировать обувь формалином. Автор полагает, что дерматит у рабочих обусловлен двумя причинами 1) травматизацией рук перчатками и 2) сенсibilизацией кожи рук к грибкам (очаги на ногах).

А. Д.

Walter Fr. и Oszast Z. *К химиотерапии кожного туберкулеза руброфеном* Acta derm — vener; vol. XIX, стр. 491—509, 1938.

Руброфен ($C_{22}H_{20}O_6$), — действующее начало гваякола, совершенно безвредное для организма. Он имеет вид темно-красных кристаллов, плохо растворимых в воде и алкоголе. Авторы испытали его действие на 37 больных с различными формами кожного туберкулеза. Руброфен применялся преимущественно в форме таблеток по 0,15

каждая — от 1 до 7 в день, реже в форме 50% мази и внутривенно. Длительность лечения равнялась 4—6 неделям. Результаты получились следующие: в 1 случае милиарной волчанки лица — излечение. В 4 случаях вульгарной волчанки — излечение, в 17 — значительное улучшение, в 1 — без улучшения. В 3 случаях колликувативного туберкулеза — излечение, в 1 — значительное улучшение. В 1 случае язвенного туберкулеза гортани — улучшение. В 1 случае индуративной эритемы — значительное улучшение и в 1 — без улучшения. В 2 случаях красной волчанки — излечение, в 2 значительное улучшение и в 2 — без улучшения.

Авторы приходят к выводу, что руброфен является новым ценным средством для лечения туберкулеза. Статья, изложенная на 19 страницах, иллюстрирована рядом фотографий больных, заснятых до и после лечения.

Т. М. Юринов.

Мортон. *Актиномикоз*. Canad. Med. Ass. J. T. 42, III, 1940.

Среди множества средств, предложенных для лечения актиномикоза, ни одного нет специфического. Наилучшим считается иодистый калий в средних и больших дозах (от 9,7 до 19,5 г). В двух случаях авторы применили сульфаниламид. В одном из них получен благоприятный эффект, в другом никакого. В этом последнем имелась смешанная инфекция со стафилококком, в первом был выкультивирован своеобразный анаэробный штамм лучистого грибка. Хирургическое вмешательство рекомендуется во всех случаях. Полную эксцизию надо делать там, где это возможно, в других случаях производится вскрытие и дренирование абсцессов.

В. Дембская.

в) Хирургия

G. Stevenson a. Mont R. Reid. *Лечение травматических ран*. The Am. Journ. of Surg. Dec., № 3, V. XLVI, 1939.

Авторы останавливаются на некоторых дефектах при лечении ран, происходящих в основном от недостаточной подготовленности хирургов. Касаясь вопроса об остановке кровотечения в ране, они считают прямо вредным применение давящей повязки, вследствие заноса инфекции глубоко в рану. Оставление плохо укрепленного клема на сосуде в ране может повести к усилению шока. Жгут должен применяться, главным образом, при разможенных ранах конечностей с целью остановки кровотечения и преграждения всасывания токсинов из тканей. Необходимо накладывать жгут настолько близко к ране, чтобы не удалять его перед ампутацией и не вызвать ишемии в части конечности, подлежащей сохранению. Первичную обработку авторы производят под жгутом, что, по их мнению, экономит кровь, держит сухим операционное поле, предохраняет его от загрязнения и ускоряет операцию. При ранах с сроком 6-часовой давности после иссечения а. а. не рекомендуют применять антисептические вещества, а тем более промывать их. При ранах с более длительными сроками а. а. считают необходимым после первичной обработки обязательно промывать раны большим количеством теплого физиологического раствора с последующим отсасыванием остатков раствора в ране. После удаления жгута и окончательной остановки кровотечения, а. а. рекомендуют промывать рану повторно, после чего считают возможным закрыть рану наглухо. Под debridement авторы понимают иссечение раны, допуская наложение швов на раны сроком до 10 часов. При ранениях органов брюшной полости авторы придерживаются той же методики первичной обработки с промыванием большими количествами физиологического раствора. Обработку ран с повреждением нервов, сухожилий, костей а. а. производят под общим обезболиванием, оставляя для местной анестезии лишь случаи поверхностных ранений. Подробно останавливаясь на методике первичной обработки кожной раны мышц, нервов, костей, авторы фиксируют внимание на необходимости тщательной очистки костных повреждений. Все манипуляции с костью должны производиться за пределами раны. Укушенные раны человеком, животными особенно опасны из-за осложнений гнилостной инфекцией. В отношении их авторы после первичной обработки считают возможным применять прижигание.

Доц. Благовидов.

Warfield M. Firog. *Предупреждение и лечение столбняка*. The Am. Journ. of Surg. Dec. V. XLVI, № 3, 1939.

Автор констатирует несостоятельность применяющейся предохранительной прививки противостолбнячной сыворотки, которая дает слишком кратковременную гарантию от столбняка. Он считает более целесообразным в целях профилактики применять столбнячный токсин в виде 3-кратных инъекций по 1,0 токсина на протяжении от 6 до 10 недель. Уже спустя две недели после второй инъекции можно обнаружить 0,1 антитоксических единиц на 1 к. см. сыворотки в крови. После первой инъекции концентрация антитоксина держится на одном уровне до 2 лет. Четвертая инъекция может быть применяема по мере надобности для быстрого поднятия титра

антитоксина в сыворотке крови. Инъекции токсина не вызывают никаких осложнений, если не считать случай Соок'са, который наблюдал астматический припадок у больного непосредственно после введения токсина. Автор описывает вновь рекомендованную методику введения столбнячного токсина по Герману Гольду. Первая инъекция 1,0 столбнячного токсина, спустя 6 недель — до 3 месяцев вторая инъекция. В дальнейшем для поднятия титра антитоксина в сыворотке вводят в обе ноздри концентрированный токсин в глицерине в каплях, два дня подряд, в количестве 0,1. Автор назвал концентрированный токсин в глицерине топогеном. Иммуитет возобновляется с новой силой через неделю, и в дальнейшем при каждой ране достаточно иммунизированному субъекту вводить в нос в течение двух дней 0,1 топогена, чтобы получить поднятие титра антитоксина в сыворотке крови. Автор рекомендует с профилактической целью вводить столбнячный токсин детям, с/х рабочим, индустриальным рабочим и солдатам. Лечение больных столбняком: 1) внутривенное вливание 50 тысяч единиц антитоксина, 2) опрыскивание окружающих ран 10-т. единиц антитоксической сыворотки., 3) иссечение очага через час после инъекции, 4) в последующие дни вводят по 5 т. единиц антитоксической сыворотки, 5) обильное введение жидкости, 6) симптоматическое лечение — хлорал-гидрат, люминал, 7) вдыхание кислорода, 8) при наступившем спазме голосовой щели — трахеотомия. Автор критически относится к применению *Magn. sulfuricum* и *acidi carbolici.*, считая, что эти препараты не изменяют ни степени, ни продолжительности наступающей ригидности мышц.

Доц. Благовидов.

Ralph D. Cressman and Alfred Blascok. *О предупреждении и лечении шока.* The Amer. Journ. of surg., V XLVI, № 3.

После описания клинической картины шока, авторы разбирают причины шока и рассматривают первичный и вторичный шок, как стадии одного и того же процесса. С физиологической точки зрения причины острой циркуляторной несостоятельности они делят на три типа: 1) гематогенный тип, возникающий от первичного кровотечения и обширной травмы мышц. Падение кровяного давления происходит вследствие уменьшения просвета сосудов и потери крови, плазмы, что ведет к слабости сердечной деятельности. 2) Неврогенный тип сопровождается расширением сосудов от уменьшения тонуса вазоконстрикторов, что ведет также к падению артериального давления. 3) Вазогенный тип сопровождается расширением сосудов от непосредственного влияния на сосудистую стенку различного рода агентов типа гистаминов. Основное в профилактике шока — это поддержание водного баланса. С этой целью перед операцией, во время операции и после операции необходимо переливать кровь, вводить 10% глюкозу и физиологический раствор поваренной соли. Тщательное согревание больного также имеет немаловажное значение. Авторы рекомендуют оперировать либо под местной анестезией, либо применять закись азота. Спинномозговая анестезия абсолютно противопоказана при шоке. В послеоперационном периоде авторы рекомендуют вводить массивные дозы крови, от 400 см³ и больше глюкозу. Питание должно быть богато витаминами А, С и Д и особенно витамином К в комбинации с желчнокислыми солями. Для решения вопроса о возможности применения оперативной помощи авторы советуют придерживаться схемы Wangensteen'a: арт. давл. от 100 и ниже указывает на потенциальный шок. При артериальном давлении 90 и меньше шок налицо — необходимы срочные энергичные меры борьбы с ним. При артериальном давлении 70 и ниже шок является критическим и препятствует какому-либо оперативному вмешательству. Согревание, морфия, внутримышечное введение эвипана натрия, переливание крови (400 см³ и больше), жидкость Бейлиса — 6% раствор гуммиарабика в 0,9% растворе поваренной соли до 500,0. При ранении сердца, печени, селезенки и др. ранениях с обильным кровотечением, внематочной беременности — оперативная помощь оказывается безотносительно к тяжести шока. Для предупреждения и лечения шока при ожогах авторы считают лучшим метод Bedman'a, как предохраняющий от потери плазмы, уменьшающий всасывание токсинов и предохраняющий от инфекции и притупляющий болевую чувствительность. При вторичном шоке авторы считают противопоказанным применение адреналина, эфедрина, препаратов наперстянки, считая, что при этой форме шока наблюдается резкое уменьшение просвета сосудов.

Доц. Благовидов.

Albrecht Meyer. *О первой помощи и лечении повреждений костей и суставов в военной обстановке.* Med. Welt 1940 № 30.

Первая помощь и лечение в военной обстановке находится в совершенно особых условиях сравнительно с условиями мирного времени. На передовых линиях боя помощь оказывается под огнем неприятеля, и это требует особо большой выдержки и опытности со стороны медперсонала.

Переломы при огнестрельных ранениях часто бывают осложненными, с обширными повреждениями мягких тканей. Первым требованием при оказании помощи является

возможно ранний и полный покой конечности, имеющей перелом; от этого зависит не только более быстрое срастание кости, но и исход лечения всей раны в целом с ее септическими осложнениями и т. д.

При переломах костей голени и стопы первоначально применяются шины Фолькмана, или же больная нога прибинтовывается к здоровой. При повреждениях колена не следует стремиться обязательно разогнуть ногу в колене, следует сохранить сгибательное положение и прибинтовать к согнутой в колене здоровой ноге.

Сложнее оказать помощь при переломах бедра, т. к. наложение шины здесь требует большой опытности. Если ее нет, то лучше уложить больного на носилки в положении на спине с согнутым коленом, подложив достаточно ваты под колено, или положить больного на бок, на больную сторону с согнутым коленом.

При повреждениях костей и суставов предплечья и кисти рекомендуется уложить руку на косынку и прибинтовать затем руку к грудной клетке.

Первый врачебный осмотр проводится на главном перевязочном пункте. Здесь первая повязка заменяется лучшей, накладываются шины Фолькмана и проволочные шины.

Наложение гипса на главном перевязочном пункте возможно только при затишье военных действий и при простых переломах.

Предлагалось много готовых аппаратов для первой помощи в военной обстановке при огнестрельных ранениях с переломами, но использование их в широких размерах затруднено дороговизной и порчей аппаратов от сырости. Заслуживают внимания шины Вахсмута для полевого транспорта, они особенно показаны при переломах голени.

Наиболее совершенные результаты дает комбинация проволочного вытяжения и шины.

Если больные подлежат дальнейшей пересылке в тыловые госпитали, то целесообразнее сделать гипсовую повязку с окном. Автор предлагает комбинацию проволочного вытяжения и гипсовой повязки. При переломе голени, например, эта повязка накладывается следующим образом: буравом просверливается пяточная кость и эпифиз бедра, проводится в отверстие в кости проволока, концы которой на месте входа и выхода фиксируются на коже пелотами с клеммами, затем накладывается гипс в положении вытяжения голени. В первую очередь и более крепкий гипс кладется на местах входа и выхода проволоки. Затем легкий гипс с окном на месте раны — в средней части голени. Применение в течение нескольких лет такого вытяжения с гипсовой повязкой дало хорошие результаты и автор полагает, что этим опытом можно воспользоваться и с успехом ввести в практику лечения переломов в условиях полевого госпиталя.

В. Герасимова.

Griswold A., Goldberg H., Joplin R. *Переломы плеча*. Americ. Journ of Surg. 1939. 43 № 1.

Редукция перелома плеча обычно не трудна, но удовлетворительное закрепление правильного положения не всегда удается.

Авторы описывают метод, примененный в 128 случаях перелома плеча, способствовавший более быстрому выздоровлению и с лучшим функциональным результатом, чем методы, применявшиеся ими ранее. По месту перелома было: 49 переломов головки и шейки, 68 диафиза, 11 надмыщелковых. Принцип метода состоит в наложении гипсовой повязки после редукции перелома с расчетом, чтобы сама повязка была грузом для вытяжения плеча и удержания отломков в правильном положении. Повязка накладывается на всю руку от основания пальцев до подмышковой впадины, в каком бы месте плеча перелом ни был.

Предплечье приводится в положение среднее между супинацией и пронацией и ставится точно под прямым углом к плечу. В верхнюю часть повязки на уровне нижней трети предплечья вгипсовывается петля из марли или проволоки. За эту петлю повязка подвешивается на шею.

Пациент должен быть в вертикальном положении возможно большее время и для этого в первые ночи должен даже спать в сидячем положении, держа больную руку на весу, не поддерживая ее под локоть. Через неделю разрешается спать лежа, т. к. нет уже опасности, что отломки сместятся. Давление одежды на больную руку должно быть совершенно исключено.

С самого начала лечения — после наложения гипса рекомендуется делать вращательные движения, для укрепления мышц плеча; при этом больной наклоняется вперед, держа руку на весу, из этого положения делает наклон туловища в сторону больной руки и производит качательные круговые движения в плече, держа все время руку вертикально на весу. Это ускоряет выздоровление и предотвращает мышечную атрофию.

Н. Герасимова.

ЗАСЕДАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

Хирургическое общество ТАССР

Заседание 27/XI 1940 г.

1. Д-р В. М. Авдеева (демонстрация). *Случай восходящей инвагинации тонкой кишки через гастроэнтеростомоз.*

2. Д-р Л. С. Любимова. *Случай резекции слепых мешков, образовавшихся после анастомоза бок в бок.*

3. Д-р Г. Г. Колесов (демонстрация). *Случай вторичного кровотечения из селезенки, симулировавший внематочную беременность.*

4. Д-р Кастанов (демонстрация). *Случай разрыва гидронефротической почки.*

5. Д-р Афицинский (демонстрация). *Случай инородного тела слепой кишки.*

Доц. С. П. Вилесов (доклад). *О переливании частично гемолизированной крови.*
Такая кровь переливалась в 85 случаях в дозе 100—200 см³. При этом частота температурных реакций оказалась лишь немногим большей, чем после трансфузии неизменной крови. После переливания крови со скрытым гемолизом и частично гемолизированной частота реакции держится на одном уровне. При правильных показаниях (хронические, гнойные заболевания, язва желудка, трофические язвы голени, спонтанная гангрена и пр.) — небольшие дозы частично гемолизированной крови не дают каких-либо вредных побочных явлений, причем терапевтический эффект не уступает, а в ряде случаев даже превосходит действие неизменной крови. Переливание частично гемолизированной крови показано с целью гемостаза и стимуляции. Использовать для переливания возможно лишь те порции крови, в которых имеются небольшие и недавно появившиеся признаки гемолиза. Плазма крови должна иметь розовую окраску, а осевшие эритроциты должны быть хорошо ограничены и лежать ровным слоем. Частично-гемолизированная кровь при отсутствии других признаков брака в громадном большинстве случаев бывает стерильной. Процент бактериального загрязнения в этих порциях стоит почти на одном уровне с процентом загрязнения крови вообще.

7. Д-р Н. И. Любина (доклад). *О туберкулезе почек в детском возрасте.*

Туберкулез почек в детском возрасте встречается не часто. Из 78 человек, страдающих туберкулезом почек, было семеро детей в возрасте от 10 до 15 лет. Диагноз во всех случаях был поставлен на основании анамнеза, а именно хронического цистита, не поддающегося лечению, асептической пиурии и нахождения ВК в моче.

В четырех случаях бактериологически была получена чистая культура туберкулезной палочки на среде проф. Мазура. Цистоскопически во всех случаях тяжелый язвенный цистит. В двух случаях выделение индигокармина было нормально с обеих сторон, и сторону поражения удалось определить двусторонней катетеризацией. В трех случаях индигокармин с больной стороны не выделялся, в остальных двух случаях ввиду малой емкости пузыря хромоцистоскопия была невозможна. Здесь с целью выяснения топического диагноза применена была внутривенная пиелография, при которой не было обнаружено контраста на больной стороне.

Из 7 больных детей подверглись нефрэктомии четверо. Из них один умер через два года от неизвестной причины. Трое неоперированных больных умерли в течение года.

Заседание 3 декабря 1940 г.

Демонстрации. 1. Д-р М. К. Садыкова демонстрировала больную 44 лет, с опухолью в левой подреберной области, плотно-эластической консистенции, малоподвижной и безболезненной. Нарушений мочеиспускания и отпавлений кишечника нет. При хромоцистоскопии из устья левого мочеточника синька не показалась. При наполнении воздухом толстого кишечника тупой звук над опухолью не исчезает.

2. Д-р Я. И. Ефремов демонстрировал больную, которой была произведена операция Рейера для закрытия кишечного свища, образовавшегося после ущемления бедренной грыжи. Выздоровление.

Доклады. 1. Доц. И. Ф. Харитонов. *К вопросу о высокой непроходимости желудочно-кишечного тракта в детском возрасте.* Описываются 3 случая пилоростеноза; в одном с успехом была произведена гастроэнтеростомия, а в двух случаях — пилоромитомия по Фреде-Вебер-Рамштедту. Один больной умер от двусторонней пневмонии. Далее сообщается о 4 случаях непроходимости 12-перстной кишки. Непроходимость обуславливалась в двух случаях сдавлением нижней горизонтальной части 12-перстной кишки брыжейкой тонкой кишки, в третьем случае — пакетом туберкулезных лимфатических желез и в четвертом — сдавлением аномально распо-

ложенной поджелудочной железой (*pancreas anularis*). В первом случае операция не была произведена ввиду тяжелого состояния больного. Второй больной тоже был сильно истощен, и операция задней дуоденоюностомии не увенчалась успехом. В третьем случае произведена гастроэнтеростомия, и в четвертом — резекция желудка с хорошим результатом.

2. Д-р А. И. Масловская. *К вопросу о хирургическом лечении кишечной непроходимости при беременности*. Сообщает литературные данные и описывает 2 собственных наблюдения. В первом случае была беременность 7 месяцев и заворот сигмовидной кишки с омертвением ее. Произведено кесарское сечение и одномоментная резекция сигмовидной кишки; выздоровление. Во втором случае была 5-месячная беременность и непроходимость, вызванная сдавлением петли тонкой кишки между промонториумом и беременной маткой. Натянутая брыжейка тонкой кишки в свою очередь сдавила сигму, которая в верхнем отделе была сильно раздута. Произведена пункция сигмовидной кишки и резекция омертвевшей петли тонкой кишки. Беременность сохранена, но на 7-й день наступил самопроизвольный выкидыш. Больная умерла от перитонита. Докладчик высказывается за целесообразность прерывания беременности при операции по поводу кишечной непроходимости.

3. С. А. Смирнов. *Закрытие дефектов крыла носа свободной пересадкой тканей с губы рта*.

Проф. Н. В. Соколов. (Заключительное слово). Малое количество оперированных больных с пилоростенозом указывает на консерватизм педиатров. Результаты оперативного лечения могли быть гораздо лучше, если бы больные своевременно направлялись для хирургического лечения. Необходимо обсудить этот вопрос с педиатрами на совместном заседании. Второй вопрос — о поведении хирурга при кишечной непроходимости у беременных также является актуальным. Желательно обсудить его совместно с гинекологами. Предложение д-р Смирнова о замещении дефектов крыла носа тканями с губы рта является оригинальным и в общем получило положительную оценку. Остается проверить этот метод на большем материале и на отдаленных сроках после операции.

Председатель засл. деят. науки проф. Н. В. Соколов.

Секретарь доц. Вилесов.

Заседание 20 декабря 1940 г.

Заслуж. деят. науки проф. В. А. Гусынин произнес речь памяти Н. И. Пирогова по поводу 130-летия со дня его рождения. Печатается в этом номере.

Доклад д-ра А. А. Айдарова. *Лечение абсцессов мозга травматического происхождения*. Будет напечатан в „Каз. мед. журнале“.

Заседание 28/XII-1940 г.

1. Военврач III ранга А. С. Власов. *Случай кишечной непроходимости на почве туляремии брыжеечных желез*.

2. Военврач II ранга А. И. Баскаков. *Случай обширной резекции кишок*. А. оперировал в хирургическом отделении КВГ больного Я., 21 года, по поводу заворота кишок. Под местным обезболиванием резецировано 2,5 метра омертвевших кишок (тонкая, слепая, восходящая и часть ободочной кишки); наложен боковой анастомоз.

После операции у больного в первые дни понос по 5 раз в сутки. Через три недели стул пришел к норме, и больной прибавил в весе 2,1 килограмма. Больной выписан при нормальной функции желудочно-кишечного тракта и в хорошем состоянии. Демонстрируется патологоанатомический препарат удаленных кишок.

3. Д-р А. О. Масловская. *Три случая спленектомии*.

Демонстрируются трое больных в возрасте 10, 12 и 14 лет, которым произведена спленектомия по различным показаниям. В первом случае — болезнь Банти; во втором — травматический разрыв малярийной селезенки и в третьем — тромбопеническая пурпура. Во всех случаях гладкое течение и выздоровление. Предъявлены патологические препараты удаленных селезенки.

4. Проф. С. М. Алексеев. *Случай эхинококка почки*.

Демонстрируется больная и макропрепарат удаленной почки. Случай закончился полным выздоровлением.

5. Д-р Я. М. Криницкий (доклад). *Новый рассасывающий материал для остеосинтеза*. Докладчик экспериментально изучал действие электрона (сплав магния и алюминия).

Данные эксперимента на кроликах, крысах, собаках и самом себе позволили автору прийти к заключению, что 1) электрон никакой токсичностью не обладает, 2) металл полностью рассасывается, 3) электрон является прекрасным материалом для остеосинтеза, значительно улучшающим репаративные процессы в костях.

6) Тех. директор Казанского кетгутного завода д-р Н. А. Крылова (доклад). Сравнительная оценка клинических методов стерилизации кетгута.

Производство кетгута в СССР сосредоточено в г. Казани, здесь же находится и госконтроль за качеством выпускаемого кетгута и за его технологическим процессом. Докладчик сообщает о 5-летнем применении методов стерилизации кетгута, аннотированных Ученым Мед. Советом НКЗдрава СССР и рекомендованных для хирургических клиник и больниц СССР.

В процессе изыскания рациональных методов обработки кетгута, обеспечивающих его стерильность, прочность нитей и т. д. были изучены 42 метода.

Наиболее рациональные полные методы стерилизации. Из последних У.М.С. НКЗ СССР утвердил для клинического применения, как наилучший, метод И. В. Домрачева. Кетгут Домрачева удобен в военной обстановке, т. к. им можно пользоваться при очень холодной и очень высокой температуре; удобен при транспортировке, т. к. он сухой, без консерванта, может храниться 2—3 года.

7. Д-р Гуревич. (Доклад) Футлярный новокаиновый блок Вишневого как метод функционального долечивания военной травмы конечностей.

В хирургическом отделении Н-ского военного госпиталя автор в 30 случаях функциональной тугоподвижности конечностей, где причиной являлся воспалительный процесс после огнестрельного ранения, успешно применил футлярный блок.

На основании своих наблюдений автор пришел к следующим выводам:

1. Футлярный новокаиновый блок Вишневого является эффективным методом долечивания функциональных последствий военной травмы конечностей; особенно успешно применение его в тех случаях, когда ограничение подвижности конечностей зависит от воспалительных процессов.

2. Механизм действия футлярного новокаинового блока заключается в том, что, разрешая воспалительный процесс (или его остаточные явления), уничтожая боль, отек и улучшая местное крово- и лимфообращение, а также, повидному, тонизируя нервные приборы, он создает все условия для успешного восстановления функции конечности (увеличение объема движений, мышечной силы).

3. Футлярный новокаиновый блок может иметь и дифференциально-диагностическое значение: улучшение функции после блока будет свидетельствовать о воспалительной природе тугоподвижности и возможности функциональной обратимости ее; безуспешность блока указывает на глубокие органические изменения (перерыв нервов, сухожилий, мышц, большие разрушения костей) и меньшую вероятность восстановления функции. Это может иметь большое значение для врачебно-трудовой экспертизы, т. к. позволяет судить о характере и длительности нетрудоспособности.

Председатель заслуж. деятель науки проф. Домрачев.

Секретарь доцент Осиповский.

14-я научная конференция Казанского ГИДУВ'а

25 декабря 1940 года

1. Доц. А. С. Муромцев. К вопросу о нейрогенном факторе в патогенезе кишечных узлов.

Нейрогенному фактору в патогенезе кишечных узлов принадлежит ведущая роль, определяющая тот или иной исход болезни. Больные погибают от шока и токсемии. Пораженные первично вследствие сосудистых расстройств нервные элементы кишечника обуславливают потерю эластичности кишечной стенки, открывая тем самым ворота для инфекции. Только с окончательной регенерацией поврежденных нервов кишки, брыжейки и брюшины восстанавливается перистальтика и стихают явления токсемии.

При кишечных узлах еще в большей степени, чем при других формах общей кишечной непроходимости необходимо расширить показания для широкой резекции, резко сузив круг распутывания узла. Развязыванием узла можно ограничиться лишь в тех случаях, где узел почти не затянут, кишка не изменила своего цвета и в ней сохраняется перистальтика, а также при условии, если с момента заболевания прошло не более 6 часов. Крепко же затянутый узел даже двух и одно-часовой давности безусловно нужно резецировать, так как по внешнему виду кишки, как показали наши нейростологические наблюдения, судить о жизнеспособности ее нельзя.

Каловый свищ при острой кишечной непроходимости, как не оправдавший себя практически и не имеющий достаточного теоретического обоснования, накладывать не следует.

Борьба с адинамией обмена (введение воды и соли) должна сочетаться с рядом лечебных мероприятий, направленных на поднятие биотонуса всех клеток организма, среди которых воздействие на нервную систему (новокаиновый блок), как регулятора внутриклеточного обмена, должно занимать далеко не последнее место.

2. Доцент Н. И. Вылегжанин. Отчет о конференции по физиологической системе соединительной ткани в Киеве 1—4/XII-40 года.

Председатель заслуженный деятель науки ТАССР профессор *Русецкий*.

Указатель литературы по бактериофагу за 1939 и 1940 гг.

Сост. Н. Н. Аксенова, библиограф Научн. Биб-ки ТАССР при КГУ.

(Указанную здесь литературу можно получить по межбиблиотечному абонементу из Научной Библиотеки ТАССР при Казанском Гос. университете им. В. И. Ульянова-Ленина Казань, ул. Чернышевского 18).

1. Александров, М. Б. Фаготерапия дизентерии. Тезисы докладов Всес. конф-ции микр., эпид. и инфекц-тов М. 1939 с. 45—50.

2. Алексеев, Г. М. О долговечности бактериофага (Лит-ра 6 назв.) Тр. Кубан. гос. мед. ин-та им. Красной Армии. 1939, вып. VII (XX) с. 87—9.

3. Аншелес, И. М. Опыт лечебного и противоочагового применения дизентерийного бактериофага в Ленинграде в 1937 г. Сб. II ЛМИ Бактериофаг. Л. 1939 с. 168—83.

4. Аншелес, М. М. Опыт применения противодизентерийного бактериофага с лечебными и профилактическими целями. Тезисы докл. Всес. конф-ции микр., эпид. и инфек-стов. М. 1939 с. 46—7.

5. Бадюк, Е. Е. и Рощупкина К. Н. Опыт лечения бактериофагом гемоколитов в детском возрасте. (Лит-ра. 21 назв.) Тр. Кубан. гос. мед. ин-та им. Красной Армии. 1939, вып. VII (XX) с. 174—81.

6. Бактериофагия при дизентерии. Сообщение I. В. И. Штуцер и Р. Е. Файб. Распространение дизентерийного бактериофага. Ж. микр., эпид. и иммун., 1939, вып. 5 с. 117—24. Библиогр. 35 назв.

7. Бартошевич, Е. Н. и Демидова С. И. Опыт лечения бактериофагом брюшного тифа. Сов. медицина, 1939, № 13, с. 18—20.

8. Белкина, А. И. Экспериментальные основы серофаготерапии. Тр. Моск. обл. ин-та инфекц. болезней имени И. И. Мечникова. 1939 с. 166—76.

9. Беридзе, М. А. Лечение ногтеды бактериофагом. Сб. тр. Тбил. н.-и. дермато-венерол. ин-та, кн. I. 1939, с. 185—7.

10. Вдовенко, А. П. и Марго, А. А. Опыт фагопрофилактики дизентерии. Ж. микр., эпид. и иммун., 1939, вып. 5, с. 143—7.

11. Вдовенко, А. П. и Марго, А. А. Опыт фагопрофилактики дизентерии. Тезисы докладов Всес. конф-ции микр. эпид. и инфек-стов, М. 1939 г. с. 45—6.

12. Вигдегауз, Р. Н. Комбинированное лечение дизентерии бактериофагом и сывороткой. Токсич. диспепсия и дизентерия раннего дет. возраста. Свердловск—Ленинград. 1939. с. 85—8.

13. Висковский, С. Б. Применение дизентерийного бактериофага при терапии бациллярной дизентерии. Сб. II ЛМИ Бактериофаг. Л. 1939. с. 184—91.

14. Гильдин, И. Р. и Гусев, Е. Н. Опыт сравнительной оценки профилактических прививок бактериофагом и дизентерийной энтеровакциной. (К вопр. о фагопрофилактике бациллярной дизентерии (Лит-ра 7 назв.), Бюл. Ин-та эпид. и микр. и научн. О-ва эпид., микр. паразитол., инфек-стов и сан. врачей. 1939 т. VI, вып. I с. 17—22.

15. Гильдин, И. Р. и Гусев, Е. Н. Сравнительная эффективность вакцинации (дизентерийных больных) бактериофагом и дизентерийной энтеровакциной. Сов. здравоохран. Узбекистана. 1939. № 2, с. 46—7.

16. Гильдин, И. Р. и Захарова, М. С. Сравнительная оценка эффек-

- тивности иммунизации дизентерийным бактериофагом и энтеровакциной. Тезисы докладов Всес. конф-ции микр., эпид. и инфек-стов. М. 1939. с. 38—9.
17. Гольдин, М. И. Влияние микроорганизмов на бактериофаги. Микробиология, т. VIII, вып. I, 1939 с. 86—94.
18. Гордиан, Н. Идентификация дизентерийных культур при помощи специфического бактериофага. Тезисы докладов Всес. конф-ции микр., эпид. и инфек-стов. М. 1939 с. 47.
19. Губинский, А. М. Бактериофаг как терапевтическое средство при дизентерии (Из каф-ры инфек. болезней Хабар. мед. ин-та) Дальгиз. Хабаровск. 1939. 28 стр.
20. Дааль-Берг, И. И. и Рудак ова, Р. Н. Опыт лечения бациллярной дизентерии бактериофагом. Сов. врач. ж. 1939. № 14 с. 741—6.
21. Дааль-Берг, И. И. и Рудак ова, Р. Н. Опыт лечения бациллярной дизентерии бактериофагом. Тезисы докладов Всес. конф-ции микр., эпид. и инфек-стов М. 1939. с. 48—9.
22. Ермольева, З. В. О бактериофаге и его применении. Ж. микр., эпид. и иммун. 1939 № 9—10 с. 6—17. Библиогр. 24 назв.
23. Захарьевский, М. С. Природа ультрафильтрации дизентерийного бактериофага. Сб. II ЛМИ Бактериофаг. 1939. Л. с. 109—18. Библиогр. 12 назв.
24. Захарьевский, М. С. Ультрафильтры. Сб. II ЛМИ Бактериофаг. Л. 1939 с. 96—108.
25. Иванова А. Ф. Сero-и фаготерапия бациллярной дизентерии. Сов. медицина. 1939 № 19. с. 23—4.
26. Ивойлова, В. А. и Осипова, А. М. Опыт изучения фагопрофилактики против дизентерии в 1937 г. Тр. Свердл. и Перм. ин-тов микр. и эпид., т. II, вып. I. 1939. с. 50—5.
27. Изменчивость микробов и бактериофагия. (Тр. Науч. конф-ции. Киев. 1936) Изд-во Акад. наук УССР. 1939. 488 стр.
28. Изучение эффективности иммунизации против дизентерии энтеровакциной по Безредка и бактериофаговакциной. Тезисы докладов Всес. конф-ции микр., эпид. и инфек-стов. М. 1939. с. 41—2.
29. Итцигсон, Б. Л. Бактериофаготерапия бациллярной дизентерии детского возраста. Сб. науч. работ, посвящ. столетию Дет. б-цы им. Филатова, Л. 1939, с. 44—7. Библиогр. 16 назв.
30. Каден, М. М. и Тимен, Я. Е. Быстрая диагностика дизентерии (при помощи специфич. дизентер. поливалентного фага). Тр. Моск. обл. ин-та инфекц. болезней им. И. И. Мечникова 1939 с. 81—89.
31. Кассирский, И. А. Лечение острой дизентерии. Тер. арх. т. XVII, вып. 5 1939. с. 5—18.
32. Квитайшвили, Г. Бактериофаготерапия скарлатины. Педиатрия. 1939 № 2—3 с. 58—61.
33. Клемпарская, Н. Н. Бактериофаг в водоисточниках г. Самарканда. Ж. микр., эпид. и иммун. 1939 № 4 с. 83—6, Библиогр. 12 назв.
34. Клемпарская, Н. Н. Бактериофаг в водоисточниках г. Самарканда. Тр. Самарканд. мед. ин-та т. IV. 1939 с. 14—23.
35. Клемпарская, Н. Н. К характеристике свойств бактериофага. Тр. Самарканд. мед. ин-та т. IV 1939 с. 23—5.
36. Ключарева Г. Г. и Попова, Т. Н. Динамика выделения основной валентности фага по методу Крюгера. Сб. II ЛМИ Бактериофаг Л. 1939 с. 129—35.
37. Крестовникова, В. А. Изучение консервирующего действия различных веществ на препараты дизентерийного бактериофага. Тр. Моск. обл. ин-та инфекц. болезней им. И. И. Мечникова 1939. с. 122—6.
38. Крестовникова, В. А., Добкина Е. С., Касьянова, Л. К. (и др.). Лабораторные наблюдения над дизентерийными больными, леченными бактериофагом рег. ос. Тр. Моск. обл. ин-та инфекц. болезней им. И. И. Мечникова. М. 1939 с. 152—65.
39. Крестовникова, В. А. и Петрова, Н. П. Опыт производственного изготовления дизентерийного бактериофага. Тр. Моск. обл. ин-та инфекц. болезней им. И. И. Мечникова 1939 ст. 114—21.
40. Лабораторные наблюдения над дизентерийными больными, леченными бактериофагом рег. ос. Авт. В. А. Крестовникова. Е. С. Добкина, Л. К. Касьянова, Г. А. Смирнова и И. Б. Сапир. Тр. Моск. Обл. ин-та инфекц. болезней им. И. И. Мечникова 1939. с. 152—65.
41. Левин, Ю. Е. Влияние рентгеновских лучей на динамику роста бактерий и фагообразования. Сб. II ЛМИ Бактериофаг. Л. 1939. с. 88—95. Библиогр., 36 назв.

42. Летние детские поносы и борьба с ними. Мат-лы конф-ции по борьбе с летними детскими поносами 12/V—1938 г. Под ред. проф. С. П. Борисова, проф. И. Д. Ионина и д-ра Вальперта, И. Я. Сталино. 1939. с. 122.

43. Лурье, М. И. Опыт лечения бактериофагом дизентерии и гемоколитов у детей и взрослых на материале г. Баку. Тезисы докладов Всес. конф-ции микр. эпид. и инфек-стов. М. 1939. с. 50.

44. Марьяина, Ю. И. О некоторых свойствах чумных бактериофагов, выделенных из организма животных и чистых культур. Тр. Рост н/Д. гос. н.-и. противочумного ин-та, т. 1 1939 с. 68—77.

45. Мачабели, С. К вопросу о терапевтическом значении бактериофага при дизентерии у детей раннего возраста. Вopr. мат. и млад. 1839 № 12, с. 17—8.

46. Мирская, М. М. Лечение прогрессирующего паралича и нервного сифилиса бактериофагом. Опыт терапии нерв. и душевных заболеваний. Л. 1939 с. 15—8.

47. Можайский, В. М. Лечение шизофрении бактериофагом. Опыт терапии нерв. и душевных заболеваний. Л. 1939. с. 25—8.

48. Мулярчик, Е. Г. Выделение дизентерийного фага нефагированными больными. Сб. II ЛМИ Бактериофаг. Л. 1939. с. 136—43.

49. Мулярчик, Е. Г. и Попова, Т. Н. Методика качественного исследования дизентерийного бактериофага. Сб. II ЛМИ Бактериофаг. Л. 1939. с. 155—67.

50. Мулярчик, Е. Г. и Попова, Т. Н. Фаговыделение дизентерийными больными (Исследов. фагов по отношению к стандарт. культурам Шига и Гисса). Ж. микр., эпид. и иммун. 1939, вып. 5, с. 125—9.

51. Никифоров, А. И. и др. Широкий опыт фагопрофилактики дизентерии. Тезисы докладов Всес. конф-ции микр. эпид. и инфек-стов. М. 1939 с. 44—5.

52. Попов, А. К диагностике дизентерии посредством поливалентного бактериофага. Ж. микр., эпид. и иммун. 1939. вып. 5. с. 130—5.

53. Приселков, М. М. Свойства дизентерийного бактериофага в связи с количеством культуры, взятой при его приготовлении. Ж. микр., эпид. и иммун.

1939 вып. 11—12 с. 136—42. Библиогр. 10 назв.

54. Ротенбург, С. С. Пигментообразование у *B. typhi abdominalis* под действием бактериофага. Ж. микр. эпид. и иммун. 1939, вып. 5. с. 61—5. Библиогр. 13 назв.

55. Рощупкина, К. Н. и Крамарова, Л. Я. Лечение дизентерии бактериофагом. (Лит-ра 14 назв.) Тр. Кубан. гос. мед. ин-та им. Красной Армии. 1939 вып. VII (XX) с. 169—73.

56. Руднев, Г. П. Клиника чумы. Изд. 2-ое Медгиз. М. Л. 1940 с. 275. (Бактериофаготерапия с. 173—184).

57. Сапир, И. Б. Наблюдения и замечания по поводу лечения бациллярной дизентерии бактериофагом. Тр. Моск. обл. ин-та инфекц. болезней им. И. И. Мечникова 1939 с. 135—51.

58. Сапир, И. Б. Наблюдения и замечания по поводу лечения брюшного тифа бактериофагом. Тр. Моск. обл. ин-та инфекц. болезней, им. И. И. Мечникова, 1939. с. 68—80.

59. Сапир, И. Б. Наблюдения над бактериофаготерапией дизентерийных заболеваний в раннем детском возрасте. Тезисы докладов Всес. конф-ции микр., эпид. и инфек-стов. М. 1939 с. 50—51.

60. Серебрякова, Е. К. Дизентерийный бактериофаг при детских поносах. Изв. Рост. обл. н.-и. ин-та микр. и эпид., вып. 17. 1939 с. 130—3.

61. Серебрякова, Е. К. Об адсорбции дизентерийного фага убитыми культурами с целью повышения высеваемости дизентерийных микробов. Изв. Рост. обл. н.-и. ин-та микр. и эпид., вып. 17. 1939 с. 124—9. Библиогр. 12 назв.

62. Сокгобензон, Е. Е. и Яхнина, Н. А. Фаготерапия гнойных процессов эксперим. исследование. Мед. жур. СССР, 1939, № 12, с. 30—8. Библиогр. 17 назв.

63. Соловьева, Ю. В. и Бородай, В. М. Очистка оспенного детрита стафилококковым бактериофагом и сохранение вирулентности детрита. Ж. микр., эпид. и иммун., 1939. вып. 11—12, с. 48—51.

64. Сукнев, В. В. Тимаков В. Д. и Трескунова, Б. П. Применение бактериофага для профилактики летних детских поносов. Ж. микр., эпид. и иммун. 1939. вып. 5, с. 136—42. Библиогр. 10 назв.

65. Сухарева, М. Е. и Бройдо, Б. О. К вопросу о диагностическом и прогностическом значении бактерио-

фага в клинике дизентерии у детей. „Педиатрия“ 1939. № 2—3 с. 40—5.

66. Тимаков, В. Д. и Трескунова Б. П. Применение бактериофага для профилактики летних детских поносов. Тезисы докладов Всес. конф-ции микр., эпид. и инфек-стов М. 1939 с. 46—7.

67. Трескунова, Б. П. Фагопрофилактика летних поносов в яслях и детских садах. В. мат. и млад. 1939. № 12. с. 18—25.

68. Трухина, О. А. и Лившиц, А. И. Опыт купирования бактериофагом вспышки дизентерии в эндемичном очаге. Ж. микр., эпид. и иммун. 1939. вып. 5, с. 148—51.

69. Феликс, Р. И., Успенский, Б. В. и Номофилова, А. В. Применение бактериофага для ликвидации вспышек дизентерии. В. микр., эпид. и паразитологии, т. XVII вып. 1—2 1939. с. 126—33.

70. Фишер М. Н. Бактериофаг. Современные представления о природе и механизме действия его. Сб. II ЛМИ Бактериофаг. Л. 1939. с. 5—75. Библиогр. 112 назв.

71. Фишер, М. Н. Бактериофаг в лечении и профилактике дизентерии. Сов. врач. ж., 1939. № 13 с. 687—92.

72. Фишер, М. Н. Бактериофаг и его применение для лечения и предупреждения дизентерии. В кн. Н. М. Кле-

венская „Дизентерия и меры борьбы с ней“. (Курск). Курское обл. изд-во 1939 г. стр. 27—32.

73. Фишер, М. Н. Дизентерийный бактериофаг, качественная и количественная характеристика его; применение его для профилактики и терапии дизентерии. Тезисы докладов Всес. конф-ции микр., эпид. и инфек-стов. М. 1939 г. с. 24—27.

74. Фишер, М. Н. и Ключарева, Г. Г. Характеристика дизентерийного бактериофага по величинам кинетики реакции бактериофага бактерии Нортроп-Крюгера. Сб. II ЛМИ Бактериофаг. Л. 1939. с. 76—87.

75. Шищенко, И. И. Применение бактериофага в детской хирургии. Сб. работ Бак. дет. б-цы № 1 1939. с. 61—8.

76. Штуцер, В. И., Файб, Р. Е. и др. Бактериофагия при дизентерии. Тезисы докладов Всес. конф-ции микр. эпид. и инфек-стов. М. 1939. с. 47—8.

77. Шулъц, С. В. Динамика изменения ионного состава среды в условиях старения бульонной культуры в связи со спонтанно возникающим в этих условиях бактериофагом. Сб. II ЛМИ. Бактериофаг. Л. 1939 с. 119—28.

78. Щеглов, Б. Н. Динамика выделения дизентерийного бактериофага при различных клинических формах бациллярной дизентерии. Сб. II ЛМИ Бактериофаг. Л. 1939 с. 144—54.

(Лит. за 1940 г.—в следующем номере).

Цена 4 руб.

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ

1. Статьи, присланные без предварительного согласования для помещения в „Казанском медицинском журнале“, не должны занимать больше 8 страниц, напечатанных на машинке через 2 интервала.

2. Статьи должны быть напечатаны на пишущей машинке на одной стороне листа (первый оттиск, а не копия) с двойным интервалом между строками и с полями (не менее 3 см) с левой стороны, на бумаге, допускающей правку чернилами (не папиросная и не цветная).

3. Переписанные на машинке рукописи должны быть самым тщательным образом выверены (особенно фамилии иностранных авторов) и исправлены вполне разборчиво чернилами (не красными).

4. Изложение должно быть ясным и кратким. Литературное введение и история вопроса должны быть изложены сжато. Протоколы историй болезни должны быть отредактированы возможно кратко. В конце статьи желательно дать краткое резюме или выводы.

5. Рисунки, диаграммы и таблицы (самые необходимые) должны быть выполнены так, чтобы допускали непосредственное воспроизведение (контрастные фотографии, рисунки тушью, рентгенограммы в виде схем и т. п.). Каждый рисунок должен быть наклеен на отдельный лист бумаги с оставлением широких полей, на котором пишутся название статьи, № рисунка и, если нужно, объяснения к рисунку. В статье место рисунка обозначается на полях.

6. Фамилии иностранных авторов, упоминаемые в статье, пишутся русским шрифтом. При сомнении в произношении иностранной фамилии она пишется рядом в скобках иностранными буквами. Анатомические и другие специальные термины надлежит писать в переводе на русский язык. Названия медикаментов писать по латыни только в прописях рецептов.

7. Сокращенные обозначения мер: сантиметр—см, кубический сантиметр—см³, миллиметр—мм, грамм—г, килограмм—кг, миллиграмм—мг; литр—л.

8. Библиографические данные—только самая необходимая журнальная и монографическая литература—должны быть написаны разборчиво (особенно иностранные источники) и помещены в конце статьи в алфавитном порядке (сначала на русском языке затем—на иностранных) с точным указанием журнала, года, тома, выпуска. При ссылках из книги необходимо дать полное название книги, год и место издания.

9. В конце статьи обязательно ставятся собственноручная подпись автора и его почтовый адрес. Статья должна иметь визу руководителя учреждения, откуда она исходит.

10. Авторам настоятельно рекомендуется оставлять у себя копии статей, посылаемых в редакцию. Редакция оставляет за собой право сокращать и исправлять рукописи; статьи не принятые к печати не возвращаются.

Отв. редактор Е. М. Лепский.

6 п. л. В п. л. 68100 зн. Тираж 5400. Автор л. 9. ПФ 1312 Заказ № 0494.
Подп. к печ. 11/III 41 г.

Татполиграф при НКМП Тат. АССР. Казань, ул. Миславского, 9. 1941 г.