

нение все же некоторым образом осложняет подготовку больного к операции, а нужной ширины зрачка не всегда удается достигнуть. Повидимому, радужная оболочка в пожилом возрасте не так быстро поддается действию скополамина. Наконец, применение скополамина у пожилых людей представляется все же в известной мере рискованным. Попутно необходимо отметить еще одну отрицательную черту дикаина: его способность расширять сосуды, что отмечают все авторы. Нередко во время операции кровоизлияние наступает в тканях даже от легкого прикосновения к ним пинцетом. Возможно, что именно поэтому у некоторых больных применяемый дополнительно скополамин не расширяет зрачка, так как быстро всасывается в общий кровяной ток и не успевает оказать достаточного местного влияния. Учитывая этот момент, мы у части таких больных в целях сужения сосудов и усиления местного действия скополамина инстиллируем в конъюнктивальную полость несколько капель раствора адреналина 1:1000.

Герасименко на серии опытов отметил высушивающее действие дикаина на роговую оболочку, что противоречит данным Промтова и Хлусера. При раскрытых веках в случаях Герасименко высыхание роговицы наступало одновременно в глазах, анестезируемых дикаином, и в глазах, где анестезия проводилась кокаином. Мы подтверждаем эти наблюдения Герасименко, так как на своем оперативном материале нередко отмечали сухость эпителия—явление, требующее иногда многократного увлажнения роговой оболочки в течение операции.

Отмеченные нами отрицательные черты дикаина ни в коей мере не снижают его большой ценности, как анестезирующего препарата при большинстве операций и особенно в амбулаторной практике. Выявленные негативные свойства все же не могут быть игнорированы и должны служить стимулом для дальнейших исканий еще более совершенного обезболивающего средства.

Г. Сталино (Донбасс), Пушкинская ул., д. 133, кв. 13.

А. Т. БОБРИК

Опыт применения дикаина при оториноларингологических операциях

Из клиники болезней уха, горла и носа Молотовского мединститута (директор проф. Б. Н. Лебедевский)

Дикаин — аналог пантокаина, приготовлен научно-исследовательским химико-фармацевтическим институтом НКЗ СССР. Дикаин представляет собой белый кристаллический порошок, горьковатого вкуса, без запаха, хорошо растворимый в воде при комнатной температуре. При кипячении и длительном хранении растворы его не теряют анестезирующих свойств. По химической структуре дикаин представляет собой новокаин, в котором диэтиловая группа заменена диметиловой и в амино-группе в пара положении один атом водорода заменен бутильным остатком. Дикаин выпадает из растворов в присутствии

щелочей, иодистого и бромистого калия, салицилового цинка, ртутных препаратов.

Токсичность дикаина в два раза выше токсичности кокаина. Смертельная доза для белых мышей в 16—18 г равна 0,001—0,015 г. Смерть наступает от паралича дыхательного центра. Но вследствие того, что анестезирующие свойства дикаина хорошо проявляются в растворах довольно слабой концентрации—относительная токсичность его меньше токсичности кокаина в обычно применяемых растворах (данные фармаколог. отд. НИХФИ).

Дикаин обладает большой способностью проникать через поверхностный эпителий различных покровов, даже через неповрежденную кожу. Например, однократное смазывание кожистой части нижней губы 2% раствором дикаина вызывает через 7—10 м. анестезию, длящуюся около 30 мин. Бибикова, Колмовский и др. в своей совместной работе указывают на анестезию барабанной перепонки и кожи локтевого сгиба при обработке 8% водным раствором дикаина, тогда как известно, что кокаин даже в более сильных концентрациях не обладает способностью проникать через неповрежденную кожу.

Московский научно-исследов. хим. фарм. институт рекомендует применять в хирургической практике (для инфильтрационной анестезии) дикаин в физиологическом растворе. Мы пробовали применить для поверхностной анестезии 2,3 и 7% дикаин в физиологическом растворе хлористого натрия и получили выпадение осадка в виде игольчатых кристаллов через 15—20 мин. после приготовления растворов, причем своих анестезирующих свойств эти растворы не потеряли. 2% дикаин в физиологическом растворе дал осадок незначительный, заметны были небольшие плавающие кристаллы только при взбалтывании раствора и рассматривании его на свет. В 3% растворе дикаин дал небольшой осадок кристаллов на дне склянки. В 7% растворе был очень большой осадок на дне, причем игольчатые кристаллы достигали длины до 5 мм.

Эти растворы применены при 32 операциях, причем во всех случаях анестезия была очень хорошая. Сделаны следующие операции: пункция гаймор. полости—7, удаление полипов носа—4, резекция нижней раковины—1, гальванокаустика нижн. раковины—2, гальванокаустика миндалин—7, аденотомия—4, тонзиллотомия—1, удаление полипов гортани и биопсия гортани—3, эзофагоскопия—1, удаление полипов уха—2.

В дальнейшем нами употреблялись растворы дикаина, приготовленные на дистиллированной воде.

По литературным данным, дикаин не разлагает адреналина, по нашим же данным при хранении дикаина с адреналином на 5—6-й день получается пожелтение раствора.

Дикаин, применяемый без адреналина, сосудов не суживает, слизистой оболочки не сокращает. Эти свойства дикаина удобны для выполнения таких, например, операций, как резекция слизистой нижней раковины, т. к. сокращение слизистой оболочки под влиянием обезболивающего препарата иногда затрудняет выполнение такого типа операций. В тех же случаях, где по условиям операции необходимо было сократить слизистую оболочку, прибавление адреналина всегда давало нужный эффект. Все операции с дикаиновой анестезией (водный раствор) производились амбулаторно. Всего операций сделано 247: полипотомия носа—44, удаление хоанальных по-

липов — 8, резекция нижней раковины — 16, пункция гайморовых полостей — 33, гальванокаустика нижн. раков. — 11, аденотомия — 17, тонзиллотомия — 2, гальванокаустика миндалин — 62, удаление полипов гортани и биопсия — 6, эзофагоскопия — 11, удаление полипов уха — 37.

Для операций носа употреблялся 2% дикаин с адреналином или без него. Для гальванокаустики миндалин употреблялся 2% и 3% дикаин с адреналином и без него. Обычно производилось 3—4 смазывания и расходовалось 0,3—0,5 см³ раствора. Анестезия наступала через 5—7 минут и длилась около 30 мин. и почти во всех случаях была хорошей. Недостаточная анестезия отмечена в 4 случаях при применении дикаина с адреналином: удаление полипов носа 1, каустика раковин 1 и каустика миндалин 2.

Для операций гортани — удаление полипов гортани, биопсия — и при эзофагоскопии употреблялся 3% дикаин без адреналина. Рефлекс с гортани начинал угасать после первого смазывания, окончательно исчезал после 4 смазываний (2—2,5 см³ раствора). Глоточный рефлекс, при анестезии глубоких отделов глотки для эзофагоскопии, подавляется после 3—4 смазываний, окончательно исчезает после 5—6 смазываний (около 4 см³ раствора). Длительность анестезии в этих случаях 40—50 мин. Анестезия во всех случаях получалась хорошая.

При удалении полипов уха применялся 3% дикаин. Раствор наливался в ухо, после чего полип зондом несколько смещался, чтобы дать возможность раствору проникнуть к основанию полипа. Анестезия в большинстве случаев наступала через 20 мин. и была очень нестойкая. Однократное введение инструмента в ухо во многих случаях было безболезненно, вторичное введение инструмента было уже довольно болезненно.

При анестезии дикаином нами наблюдались вегетативные явления в виде побледнения лица, обильного пота, головокружения в 14 случаях, в том числе 1 случай тяжелого токсикоза. Последний отмечен у больной, перенесшей удаление полипов носа с применением 3% дикаина с адреналином. В 5 случаях употреблялся 2% дикаин с адреналином (удаление полипов носа, резекция слизистой нижних раковин, пункция гайморовых полостей), в 2 случаях 2% дикаин без адреналина (гальванокаустика нижних раковин, резекция нижних раковин) и в 6 случаях 3% дикаин без адреналина (удаление полипов уха). Кроме того, в 2 случаях при смазывании 2% дикаином с адреналином у больных отмечены клонические судороги, полуобморочное состояние, падение пульса. В одном случае при анестезии 3% дикаином без адреналина по поводу удаления полипов уха у больного была однократная рвота. Все эти явления продолжались очень недолго, от 1 до 5 мин. Иногда они возникали до начала операции, иногда во время операции, в некоторых случаях непосредственно после операции. Во всех указанных случаях больные в госпитализации не нуждались.

В русской литературе имеются указания на вегетативные явления и токсикоз от применения дикаина. Так, в работе Бибиковой, Колмовского, Рудицкого и Тимофеевой указаны 3 случая токсикоза при применении 3% дикаина на 303 операции (полип носа, полип гортани, смазывания глотки). Токсикоз был выражен судорогами, рвотой, замедлением пульса, похолоданием конечностей, полуобморочным состоянием.

Винодаров в своей работе тоже отмечает, что он наблюдал вегетативные явления при дикаиновой анестезии в 6 случаях на 281 операцию. В двух случаях применялся 2% дикаин (резекция носовой перегородки, удаление полипов носа) и в 4 случаях — 3% дикаин (биопсия гортани, бронхоскопия, резекция носовой перегородки, удаление хоанального полипа).

Литературные указания на то, что, применяя дикаин с адреналином, мы якобы удлиняем его анестезирующее действие и уменьшаем его токсические свойства замедлением всасывания вследствие сокращения сосудов, на нашем материале не подтвердилось. Большинство вегетативных явлений и токсикоз падает на те случаи, где применялся дикаин с адреналином. Увеличение длительности анестезии при пользовании дикаином с адреналином нами тоже не наблюдалось.

По поводу послеоперационных кровотечений нами было госпитализировано 8 человек: после резекций слизистой нижн. раковины 5 человек из 16 оперированных, после удаления хоанального полипа 1 чел. из 8 и после удаления полипов носа 2 чел. из 44 оперированных. При анестезии кокаином на 32 операции резекции слизистой нижней раковины госпитализировано по поводу кровотечений 3 больных. По остальным видам амбулаторных операций при кокаиновой анестезии госпитализации не было (данные взяты за 6 месяцев 1939 г.)

Сравнивая данные о госпитализации больных, можно заключить, что послеоперационные кровотечения при дикаине происходят чаще, чем при кокаине. Однако, нам кажется, что такой вывод не совсем правилен. Дикаин не обладает сосудосуживающими свойствами, и поэтому кровотечения из носа наблюдаются непосредственно после операции. Больной же, оперированный с кокаином, уходит из амбулатории без кровотечения, но оно происходит через какой то более или менее длительный промежуток времени после операции вне лечебного учреждения. Более частая госпитализация больных, оперированных с дикаином, объясняется возможно и большим вниманием к этим больным со стороны врача, применившего новый, не освоенный еще анестезирующий препарат. Кроме того среди госпитализированных большая часть больных — приезжие из районов.

Выводы

Дикаин вполне заменяет кокаин при поверхностной анестезии в оториноларингологической практике.

Дикаин следует применять с осторожностью, т. к. наблюдаются случаи токсических явлений.

г. Молотов (обл.), уг. Советской и Ирбитской, 108, клиника бол. уха, горла и носа.

Доцент П. Д. БУЕВ

Лечение хронических гнойных отитов

Из клиники болезней носа, горла и ушей Государственного института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани. (Зав. кафедрой проф. Н. Н. Лозанов)

Участковым врачам периферии приходится сплошь и рядом нести функции врача отиатра. Между тем сведения по отиатрии, полученные врачом в стенах мединститута, довольно ограничены. Этими соображениями и оправдывается настоящее сообщение.