

О ПРОЛОНГИРОВАНИИ ДЕЙСТВИЯ СУКЦИНИЛХОЛИНА НИБУФИНОМ¹

(Предварительное сообщение)

И. В. Заиконникова и Н. А. Колсанов

Кафедра фармакологии (зав.— доц. Т. В. Распопова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, кафедра хирургии и онкологии (зав.— проф. Ю. А. Ратнер) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В современной многокомпонентной анестезии большое значение придается мышечным релаксантам, позволяющим проводить наркоз на поверхностном уровне, с обеспечением адекватного газообмена. Однако релаксанты могут давать ряд серьезных осложнений при отклонениях от оптимальной дозы, определение которой представляет немалые трудности.

Широкое применение в анестезиологической практике нашел сукцинилхолин (дителин, листенон) — препарат деполаризующего типа действия. Сукцинилхолин быстро распадается в организме под действием псевдохолинэстеразы на холин и янтарную кислоту, вследствие чего эффект его кратковременен. Для поддержания релаксации препарат приходится вводить многократно, нередко в больших дозах.

В литературе имеются сообщения о возможности уменьшения количества вводимых релаксантов пролонгированием их действия антихолинэстеразными препаратами, в частности прозеринном (А. Ф. Данилов, С. М. Зольников, Н. Ф. Мистакопуло).

Мы провели изучение возможности продления и усиления действия сукцинилхолина нибуфином², обладающим выраженными антихолинэстеразными свойствами (И. В. Заиконникова).

Нибуфин выпускается в ампулах по 5 мл водного раствора 1:3000 для внутримышечного введения (согласно разрешению Фармакологического комитета Министерства здравоохранения СССР от 1/VI 1963 г.).

11 кроликам после первого введения дитилина в дозе 0,15—0,2 мг/кг через 30—35 мин. вводился внутривенно нибуфин (раствор 1:3000) — 0,15 мл/кг, а через 15 мин. — повторно дитилин в той же дозировке. Если после первого введения дитилина релаксация наблюдалась только у 2 животных, то после введения его на фоне действия нибуфина она наступила у всех 11 и продолжалась от 2 до 7,5 мин.

В следующих опытах животным вначале вводился нибуфин (раствор 1:3000) — 0,15 мл/кг, а через 15 мин. — дитилин в дозе 0,15 мг/кг. Наступало поникание головы продолжительностью от 4 до 9,5 мин.

Получив в эксперименте данные об усилении действия дитилина нибуфином, мы применили его и в клинике.

После медикаментозной подготовки по принятой в клинике схеме (фенобарбитал, андаксин, пипольфен, промедол, атропин в обычной дозировке) за 15—20 мин. до вводного наркоза 2% раствором гексенала больным внутримышечно инъекцировали 3 мл раствора нибуфина (1:3000). Интубировали после введения листенона в дозе 1,5 мг/кг. Наркоз поддерживался на поверхностном уровне (1-й уровень 3-й стадии) эфиром в смеси с кислородом.

Нибуфин применен у 30 больных в возрасте от 25 до 66 лет (22 мужчин и 8 женщин) со следующими заболеваниями: язва желудка и двенадцатиперстной кишки (14), рак желудка (11), рак прямой кишки (2), опухоль поджелудочной железы — инсулома (1), свищ поджелудочной железы (1), калькулезный холецистит (1).

Гастрэктомий было 2, резекций желудка — 18, лапаротомий — 7, спленпанкреатэктомий — 1, иссечений панкреатического свища — 1, холецистэктомий — 1.

Как известно, при обычной медикаментозной подготовке релаксация после внутривенного введения листенона в дозе 1—1,5 мг/кг длится 5—6 мин. В наших же наблюдениях с предварительным введением нибуфина апноэ, вызванное первым введением листенона в той же дозе, продолжалось у 3 больных 10 мин., у 8 — 15 мин., у 10 — 20 мин., у 4 — 25 мин., у 2 — 30 мин., у 3 — 35 мин.

Последующие введения (у 10 больных) действовали менее продолжительно (от 10 до 20 мин.). У 2 больных интервалы при повторных введениях листенона составляли 5—7 мин., что, возможно, объясняется изменением характера нервно-мышечного блока. Согласно литературным данным (Черчилль-Девидсон), продолжительное введение деполаризующих релаксантов приводит к развитию недеполаризующего блока.

Общий расход листенона на операцию продолжительностью до 3 час. при сочетании его с нибуфином составляет от 400 до 800 мг, в то время как без нибуфина — от 700 до 1200 мг.

¹ Доложено на конференции по вопросам лекарственной терапии в онкологической клинике (Институт онкологии АМН СССР, 1—4/XII 1964 г., Ленинград).

² Синтез нибуфина осуществлен А. И. Разумовым и О. А. Мухачевой в Казанском химико-технологическом институте (1954).

Приведенные экспериментальные и клинические данные свидетельствуют о некотором пролонгирующем и усиливающем влиянии нибуфина на миорелаксанты деполяризующего действия (дитилин, листенон).

При применении нибуфина операции и послеоперационный период протекали гладко; не было послеоперационных парезов кишечника, задержек мочи, что обусловливается стимулирующим влиянием нибуфина на моторику желудочно-кишечного тракта, желчевыводящей и мочевыводящей систем.

Нибуфин выгодно отличается по своему действию от прозерина: он не противопоказан при атеросклерозе, поражении сосудов сердца и головного мозга, практически не токсичен, хорошо переносится больными.

Таким образом, нибуфин может найти применение в анестезиологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов А. Ф. Фарм. и токс., 1953, 6. — 2. Заиконникова И. В. Казанский мед. ж., 1961, 2. — 3. Зольников С. М., Мистакопуло Н. Ф. Хирургия, 1960, 7. — 4. Ковалев В. А. и Хмелевский Я. М. Вестн. АМН СССР, 1962, 8. — 5. Михельсон В. А., Сипайлов Ю. А. Хирургия, 1963, 3. — 6. Разумов А. И., Мухачева О. А., Заиконникова И. В. Журнал общей химии, 1957, т. XXVII.

УДК 616. 35

О СОСТОЯНИИ И ПЕРСПЕКТИВАХ РАЗВИТИЯ ПРОКТОЛОГИИ

А. М. Аминев

Зав. кафедрой госпитальной хирургии Куйбышевского медицинского института

За последние годы в нашей стране проведено немало мероприятий по развитию проктологии, этой сравнительно новой и перспективной отрасли хирургии. Следует отметить, что в некоторых странах (США, Англия, Франция, Дания) проктология уже существует как отдельная специальность. В США издается два журнала, посвященных заболеваниям прямой кишки: «The American Journal of Proctology» и «Diseases of the Colon and Rectum». Каждые три года созываются международные конгрессы проктологов.

В нашей стране изучение анатомии, физиологии и заболеваний прямой кишки началось еще в прошлом столетии. Было издано несколько монографий. Так, в 1863 г. вышла книга Г. О. Петрова о трещинах заднего прохода. В 1870 г. опубликовано первое в нашей стране «Руководство к изучению и лечению болезней прямой кишки и заднего прохода» И. Карпинского. Затем появились монографии по отдельным узким вопросам проктологии — В. Коломинина (1881), М. А. Знаменского (1884), И. С. Субботина (1898), А. А. Воробьева (1901), А. Я. Суетинова (1901), Н. С. Ждан-Пушкина (1902), А. В. Вишневого (1903), П. М. Жданова (1905), Д. И. Татарина (1905), Н. И. Напалкова (1907). В 1910 г. вышла солидная монография В. Р. Брайцева о раке прямой кишки; в 1912 г. — двухтомное руководство А. В. Старкова об анатомии прямой кишки и мышц, имеющих к ней отношение.

После Октябрьской революции изучение заболеваний прямой кишки продолжалось отдельными авторами. Лишь за последние два десятилетия появились учреждения с группами специалистов-проктологов, систематически и комплексно изучающих заболевания прямой кишки (Москва — проф. А. Н. Рыжих; Куйбышев — проф. А. М. Аминев). За это же время в нашей стране вышло около 20 монографий по отдельным вопросам проктологии и четыре книги широкого профиля, включающие все основные вопросы проктологии: «Заболевания прямой кишки» (В. Р. Брайцев, 1952); «Хирургия прямой кишки» (А. Н. Рыжих, 1956); «Атлас операций на толстой и прямой кишке» (1960); «Руководство по проктологии» (А. М. Аминев, 1965, первый том четырехтомного руководства). К настоящему времени в нашей стране защищено более 50 кандидатских и докторских диссертаций по вопросам проктологии.

За последние годы проведены значительные организационные мероприятия для создания проктологической лечебной сети. Решением коллегии Министерства здравоохранения и приказом № 371 Министра здравоохранения СССР от 25/VII 1962 г. утверждена организация 15 специализированных проктологических отделений на 40—60 коек каждое: в Ленинграде, Казани, Свердловске, Ростове-на-Дону, Новосибирске, Хабаровске, Киеве, Харькове, Львове, в Белорусской, Узбекской, Казахской, Литовской, Грузинской союзных республиках. Два существовавших к тому времени проктологических отделения (в Москве и Куйбышеве) утверждены как базы для специализированной помощи населению и для подготовки специалистов-проктологов.

Московская и куйбышевская группы проктологов идут самостоятельными путями. Есть точки соприкосновения, но есть и расхождения. Одним из вопросов, по которым