

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ХОЛИНОМИМЕТИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

Канд. мед. наук Г. Я. Базаревич, М. А. Айдаров, Г. М. Белокопытова,
Ю. А. Уханова

Казанский городской онкологический диспансер (главврач — И. Б. Нагимов)

Несмотря на достижения современной анестезиологии, проведение обезболивания у тяжелых онкологических больных раком желудка, а также коррекция важнейших соматических функций в наркозном и послеоперационном периодах до настоящего времени являются трудными задачами.

Ряд авторов [2, 3, 4 и др.] указывает, что рак желудка сопровождается угнетением холинергических процессов в организме, которое в свою очередь приводит к изменению функционального состояния дыхательного центра, нарушениям в механизмах нервной регуляции дыхания, ухудшению дыхательной функции [3].

Введение холиномиметических препаратов (ацетилхолин, карбохолин) животным с нарушенным ацетилхолинообразовательным процессом, стимулируя угнетенную холинергическую систему, устраняет нарушение физиологических функций, в том числе и дыхательной [3, 5, 9, 10, 14].

В современной анестезиологии наибольшее применение нашли мышечные релаксанты деполаризующего действия, длительность эффекта которых зависит от активности сывороточной холинэстеразы [7, 11, 12, 13, 18].

Мы изучали состояние системы ацетилхолин — холинэстераза и функцию внешнего дыхания у больных раком желудка и влияние на эти системы подготовки больных холиномиметическими препаратами перед оперативным вмешательством, проводимым обычно под наркозом.

Ацетилхолин в крови у больных раком желудка определяли по М. Корстену (1941) в модификации Х. С. Хамитова (1959), активность сывороточной холинэстеразы — методом С. Хестрина (1949). Внешнее дыхание исследовали на отечественном спирографе закрытого типа конструкции Казанского СКТБ — МФП-АООЗ-М в условиях основного обмена. Определяли частоту дыхания (ЧД), объем дыхания (ОД), минутный объем дыхания (МОД), поглощение кислорода (ПО), коэффициент использования кислорода (КИО). Полученные величины выражали в процентах к должным, для чего пользовались таблицами Ю. Я. Агапова (1963).

С 1965 по 1969 гг. мы обследовали 50 больных раком желудка с доказанным морфологически диагнозом.

16 больных за неделю перед оперативным вмешательством получали карбохолин по 1 мл 0,01% раствора 2 раза в день.

Контролем служили показатели холинергической реакции крови и функции внешнего дыхания у 8 практически здоровых лиц.

У практически здоровых лиц ацетилхолин в крови не определялся или содержался в ничтожно малом количестве ($2 \cdot 10^{-14}$ — $2 \cdot 10^{-16}$), активность сывороточной холинэстеразы составила $26,22 \pm 0,516$ мг/мл/час ($M \pm m$), показатели внешнего дыхания существенно не отличались от должных величин: ЧД было равно 98,2%, ОД — 96,3%, МОД — 97,5%, ПО — 94,6%, КИО — 95,2%.

У больных раком желудка холинергическая реакция крови резко угнетена. Ацетилхолин в периферической крови у них не определялся, а активность сывороточной холинэстеразы была низкой — $15,76 \pm$

$\pm 0,794$ мг/мл/час ($P < 0,001$). Показатели внешнего дыхания при этом составляли: ЧД — 96,2%, ОД — 71,3%, МОД — 70,4%, ПО — 70,2%, КИО — 74,6%.

Следовательно, у больных раком желудка существенно нарушены холинергические процессы и угнетена дыхательная функция.

По мнению ряда авторов [8, 16 и др.], при проведении наркоза с деполяризующими релаксантами низкий исходный уровень сывороточной холинэстеразы может явиться причиной так называемого двойного длительного нервно-мышечного блока, ведущего к отсутствию спонтанного дыхания после окончания операции.

У больных раком желудка, которые в период подготовки к операции наряду с другими корригирующими терапевтическими мероприятиями получали карбохолин, ацетилхолин в периферической крови не определялся, а активность сывороточной холинэстеразы повысилась до $24,82 \pm 0,764$ мг/мл/час ($P > 0,05$). Показатели внешнего дыхания при этом существенно не отличались от должных: ЧД составляла в среднем 98,3%, ОД — 89,5%, МОД — 88,7%, ПО — 92,4%, КИО — 95,1%.

Таким образом, применение карбохолина в комплексной предоперационной подготовке у больных раком желудка устраняло угнетение холинергической реакции крови и нормализовало показатели внешнего дыхания. Двойного длительного нервно-мышечного блока при этом мы не наблюдали.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агапов Ю. Я. Сборник таблиц по газообмену. Медгиз, М., 1963.— 2. Альперн Д. Е. В кн.: Холинергические процессы в патологии. Медгиз, М., 1963.— 3. Базаревич Г. Я. Нарушение нервной регуляции дыхания при частичной делянкреатизации и экспериментальном перитоните. Автореф. канд. дисс., Казань, 1969.— 4. Билич И. Л. Материалы II Поволжской конф. физиол. и фармак. с участием морф. и клиницистов. Казань, 1961.— 5. Волкова И. Н., Кочнев О. С. Бюлл. eksper. биол. и мед., 1960, 4.— 6. Дембо А. Г. Тр. XV Всесоюзн. съезда терапевтов. Медицина, М., 1964.— 7. Жоров И. С. Общее обезболивание в хирургии. Медгиз, М., 1959.— 8. Казанцев Ф. Н. Тр. Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина. 1969, т. XXVI.— 9. Кочнев О. С. О состоянии вегетативной нервной системы при экспериментальных перитонитах. Автореф. канд. дисс., Казань, 1962.— 10. Малкина Д. И., Хамитов Х. С. Физиол. журн. СССР, 1960, 5.— 11. Мешалкин В. Н., Смольников В. П. Современный ингаляционный наркоз. М., 1959.— 12. Михельсон В. А. В кн.: Дитилин. Ереван, 1957.— 13. Смольников В. П. В кн.: Актуальные вопросы обезболивания. Медгиз, М., 1957.— 14. Хамитов Х. С. В сб.: О физиологической роли медиаторов. Казань, 1959.— 15. Bush G. H. Brit. J. Anaesth., 1961, 33, 454.— 16. Churchill-Davidson H. C. Anaesthesiology, 1959, 20, 535.— 17. Corsten M. Pfl. Arch., 1941, 244, 2, 281—291.— 18. Foldes F. F. Ibid., 1955, 16, 11.— 19. Hestrin S. J. biol. Chem., 1949, 180, 249—261.

УДК 616.33—616—089

ПОСЛОЙНАЯ ХИРУРГИЯ ЖЕЛУДКА

Канд. мед. наук А. А. Агафонов

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.—проф. В. Х. Фраучи) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и кафедра хирургии № 2 (зав.—проф. М. З. Сигал) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Стойкое снижение желудочной секреции может быть достигнуто удалением слизистой желудка с сохранением органа, его многочисленных и чрезвычайно важных функций.

Методика мукоэктомии, функциональная и морфологическая характеристика регенерата слизистой описаны нами ранее (А. А. Агафонов, 1968, 1969; М. З. Сигал и А. А. Агафонов, 1968; А. А. Агафонов и С. Г. Вайнштейн, 1970). Убедившись, что обширные резекции слизистой приводят к стойкому гипацидному состоянию (сроки наблюдения — более 3 лет), мы столкнулись с необходимостью вмешательства и на