

На ближайших сроках после выписки из клиники по поводу операции на желчных путях умерла больная Ю. от перитонита на почве абсцесса культи пузырного протока, вскрывшегося в брюшную полость.

ВЫВОДЫ:

1. При операциях на желчных путях следует применять местную анестезию по Вишневскому как наиболее щадящий метод обезболивания.

2. Она особенно показана при холециститах, осложненных обтурационной желтухой и холангитом.

3. Срок и способ операции при хирургическом лечении воспалительных процессов желчных путей обуславливается характером патологического процесса и его течением.

ЛИТЕРАТУРА

1. А. В. Вишневский. Врачебная газета, № 19, 1925.
2. Он же. Казанский медицинский журнал, № 1, 1932.
3. Он же. Местное обезболивание по методу тугих ползучих инфильтратов. Казань, 1933.
4. И. В. Домрачев. 18 лет местной анестезии. Казань, 1940. Рукопись.
5. А. М. Заблудовский. Хирургия, № 4, 1948.
6. А. В. Мартынов. БМЭ, том 10.
7. А. Я. Пытель. Труды 25-го съезда хирургов. М., 1946.
8. Б. А. Петров. Хирургия, № 10, 1950.
9. С. П. Протопопов. Хирургия, № 4, 1951.
10. Г. А. Рихтер. Хирургия, № 4, 1951.
11. Н. Н. Смирнов. Советская хирургия, № 5, 1936.
12. Н. В. Соколов. Казанский медицинский журнал, № 1, 1957.
13. М. А. Топчибашев. Хирургия, № 1, 1951.
14. С. П. Федоров. Желчнокаменная болезнь и хирургия желчных путей, Л., 1943.

Поступила 11 июня 1957 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОТЕНЦИРОВАННОГО НАРКОЗА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Асс. Н. А. КОЛСАНОВ

Из кафедры хирургии и онкологии (зав.—проф. Ю. А. Ратнер) Казанского института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

Проблема обезболивания, впервые получившая научное обоснование в трудах Н. И. Пирогова, в настоящее время выросла в отдельную отрасль науки — анестезиологию.

Современное обезболивание включает в себя целый ряд фармакологических, физиологических, клинических и хирургических вопросов. Понятие об обезболивании предполагает не только устранение чувства боли, но и целый ряд мероприятий по регулированию жизненных функций и уменьшению обменных нарушений, возникающих при каждом оперативном вмешательстве.

При больших хирургических вмешательствах в результате операционной травмы, особенно у ослабленных больных, иногда возникают острые, опасные для жизни больного изменения, в основном нервно-рефлекторные, ведущие к нарушению обменных функций и деятельности сердечно-сосудистой системы.

Решение этих вопросов идет по пути изучения и внедрения в практику современных методов обезболивания, в основе которых лежит предварительное снижение обменных процессов и общей реактивности организма путем фармакологического воздействия на различные звенья нейрогуморальной регуляции. Это достигается введением в организм

смеси нейроплегических веществ, которые обладают симпато-парасимпато-литическим, антигистаминным, ганглиоблокирующим действием и в известной мере угнетают центральную нервную систему. Согласно работ Лабори (Н. Laborit), Гюенара (Р. Huguenard), известно, что нейровегетативная блокада с помощью фармакологических средств вызывает стабилизацию функции вегетативной нервной системы, предупреждая ряд грозных осложнений, связанных с повышением функции адреналово-симпатической системы как защитной реакции организма.

В данном сообщении приводятся результаты наблюдений над 108 больными, оперированными в 1-й хирургической клинике Казанского ГИДУВа в 1956—57 гг. по поводу различных заболеваний, при которых был применен один из видов современного обезболивания — потенцированный наркоз. Виды оперативных вмешательств представлены в нижеследующей таблице:

Оперативное вмешательство	Число операций
Резекция легкого	6
Резекция пищевода трансторакальная . .	8
Торакотомия	9
Торакопластика	2
Удаление невриномы средостения	1
Резекция желудка по поводу язвы	12
Резекция желудка по поводу рака	7
Дегастроэнтероанастомоз с резекцией желудка	2
Гастрэктомия	6
Брюшнопромежностная ампутация прямой кишки по поводу рака	22
Спленэктомия	4
Операция Вертгейма	2
Лапаротомия	12
Мастэктомия	7
Прочие	8
В с е г о :	108

По возрасту больные распределялись следующим образом: до 10 лет — 1, от 11 до 20 лет — 1, от 21 до 30 — 21, от 31 до 40 — 16, от 41 до 50 — 37, от 51 до 60 — 29, старше 60 — 3.

Методика обезболивания была следующей:

Накануне дня операции в 22 часа больным давали внутрь люминал 0,15 и внутримышечно вводили 2 мл 2% раствора димедрола. В день операции, в 7 часов больные получали повторно люминал 0,1. За час до интубации внутримышечно вводили 2 мл 2% раствора аминазина и 2 мл 2% раствора димедрола, а за 30 мин до интубации подкожно вводили по 1 мл 2% раствора пантопона и 0,1% атропина. После введения указанной смеси у больных наступает дремотное или сонное состояние, после чего начинали вводный наркоз. Для уменьшения расхода основного наркотического вещества при вводном наркозе нами применялся 5—10% раствор гексенала в количестве 3—8 мл внутривенно, затем внутривенно вводилось 2—2,5 мл 2% курацида, производилась интубация; после чего наркоз продолжался интубационным методом — эфиром в смеси с кислородом. Во время операции, в зависимости от показаний, вводились нейроплегические средства (аминазин), а для релаксации или выключения дыхания — мышечные релаксанты (дипляцин, дитимин, курацид).

Такое сочетание фармакологических веществ, не обладающих наркотическим действием, с наркотическими, позволяет сократить расход эфира до 30—80 мл на длительную и травматичную операцию. Применение мышечных релаксантов ведет к расслаблению мускулатуры без увеличения дозы наркотического вещества, а в случае необходимости позволяет осуществлять «управляемое» или «усиленное» дыхание. Постоянное подведение кислорода к бифуркации трахеи обеспечивает необходимый газообмен.

Нейроплегические вещества, усиливая наркоз, в то же время как бы смягчают его, делают ровным его течение; во время операции достигается стабилизация дыхания, пульса, артериального давления. Пульс, как правило, учащается до 90—110 ударов в минуту. Артериальное давление снижается на 20—40 мм ртутного столба, температура тела понижается на $\frac{1}{2}$ —2°. Важным в состоянии больного являются не частота пульса и величина артериального давления, а состояние дыхания и степень насыщения крови кислородом. Состояние гипотонии и гипотермии проходят постепенно. Через 6—12 часов восстанавливается кровяное давление и нормализуется температура. Посленаркозный сон удлиняется, послеоперационный период протекает в большинстве случаев гладко.

Применение потенцированного наркоза не исключает возможности операционного шока, поэтому целесообразно сочетание этого вида наркоза с блокадой новокаином рефлексогенных зон (средостение, солнечное сплетение, дугласово пространство). Такое комплексное обезболивание охраняет организм от пагубных рефлексов, прерывает их на периферии, обеспечивая покой центров коры головного мозга.

Комплексное обезболивание особенно важно при торакальных операциях, «во время которых даже при совершенных методах обезболивания те или иные нарушения деятельности сердца и газообмена наблюдаются во время каждой операции» [Е. Н. Мешалкин (5)].

Наш небольшой опыт торакальных операций подтверждает преимущество интратрахеального наркоза в сочетании с блокадой рефлексогенных зон и введением нейроплегических средств.

В последние годы в ряде хирургических клиник нашей страны и при операциях на органах брюшной полости получает всё больше признание интратрахеальный метод газового или эфирного наркоза.

Так, А. В. Мельников [4] указывает: «Если до войны 1941—45 гг. многие хирурги подчеркивали необходимость применения при резекции желудка местного обезболивания, то в настоящее время произошли значительные изменения, и методом выбора является общее обезболивание. Наилучшим приемом следует считать интратрахеальный наркоз, особенно в сочетании с введением ганглиоблокирующих веществ, а также гипотермию. Введение в практику гипотермии — технически сложного наркоза, заставляет высказаться за более простой по использованию потенцированный наркоз, пользование которым снижает летальность при крупных оперативных вмешательствах».

Мы применили потенцированный наркоз при 73 различных крупных оперативных вмешательствах на органах брюшной полости. В эту группу операций вошли тотальные и субтотальные, большей частью расширенные, резекции желудка по поводу рака и осложненных язв, резекции тонкого и толстого кишечника, дегастроэнтероанастомозы, брюшнопромежностные ампутации прямой кишки и др. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности широкого применения этого вида обезболивания при травматичных и длительных операциях на органах брюшной полости. Расслабление брюшной стенки, спадение кишечных петель при минимальной затрате основного наркотического вещества в сочетании с кислородом значительно облегчают оперативные вмешательства, особенно в верхнем и нижнем отделах брюшной полости, создавая благоприятные условия и для больного, и для хирурга (рис. 1, 2).



Рис 1.
График течения операции больной К., 49 лет.
Диагноз: Рак желудка.
Операция: субтотальная резекция желудка.



Рис 2.
График течения операции больной Л., 42 лет.
Диагноз: рак прямой кишки.
Операция: брюшнопромежностная ампутация прямой кишки.

Необходимо остановиться на применении потенцированного наркоза при брюшнопромежностных ампутациях прямой кишки по поводу рака. Эти операции, как известно, очень травматичны и длительны, так как производятся обычно одномоментно. Опыт нашей клиники (более 100

операций по поводу рака прямой кишки, произведенных под местным обезболиванием) показал большую целесообразность комплексного обезболивания: потенцированного наркоза в сочетании с новокаиновой инфильтрацией брыжейки сигмовидной кишки и пресакральной блокадой; новокаиновая инфильтрация, помимо блокирующего действия на нервные сплетения, помогает отслойке кишки (гидравлическая препаровка). Все операции протекали гладко, при хороших показателях дыхания, пульса, артериального давления. Выключение сознания больных во время такой калечащей операции благоприятно влияет не только на ход операции, но и на течение послеоперационного периода.

Осложнений, связанных с интубацией, мы не наблюдали. Двое больных в послеоперационном периоде перенесли пневмонию. У двух больных после резекции пищевода, спустя несколько часов после операции, развился шок, из которого вывести их не удалось.

Применение нейроплегических средств иногда чревато опасностями, в связи с плохой адаптацией больных к внезапно наступающим изменениям: острой кровопотере, нарушению дыхания. Мы наблюдали в одном случае катастрофическое падение артериального давления, наступившее при торакотомии, когда еще никаких вмешательств на органах грудной клетки не производилось. У другого больного резкое падение артериального давления наступило при начавшемся кровотечении из легочной артерии, несмотря на то, что сосуд тотчас же был зажат, и кровотечение не было значительным. Следует помнить о гипотонии при перемене положения больного на операционном столе. Так, в одном случае во время операции по поводу запущенного рака влагалища с прорастанием в прямую кишку, с метастазами в регионарные лимфоузлы, смерть больной наступила на операционном столе при переводе ее из положения Тренделенбурга в горизонтальное. Причиной смерти, видимо, явилась остро наступившая анемия головного мозга.

У пяти больных мы наблюдали гипертермический синдром, который купировался внутримышечным введением 5% раствора салицилового натрия.

По нашим наблюдениям, интратрахеальный наркоз на фоне комплекса нейроплегических средств в сочетании с курареподобными препаратами и седативными средствами (потенцированный наркоз) с дополнительной новокаиновой блокадой рефлексогенных зон является важным в профилактике операционного шока, уменьшает «операционный риск», расширяет оперативные возможности по возрастному признаку, не увеличивая число летальных исходов. Этот вид обезболивания показан при торакальных операциях, при длительных и травматичных операциях Крайля, Дюкена, удалении злокачественного зоба, мастэктомии, при которых, помимо указанных выше преимуществ, исключительно важным является абластичность, подобно асептике в хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. С. Я. Арбузов, П. К. Дьяченко, Ю. Н. Шанин. Вестник хирургии им. Грекова, № 7, 1955.
2. А. Н. Беркутов, А. А. Воликов, Л. А. Сметанин. Там же, № 9, 1956.
3. А. А. Воликов и В. И. Филин. Там же, № 8, 1956.
4. А. В. Мельников и А. В. Овчинников. Там же, № 12, 1956, стр. 17—26.
5. Е. Н. Мешалкин. Искусственный пневмоторакс в грудной хирургии. М., 1957, стр. 6—7.
6. М. А. Хелимский. Вестник хирургии им. Грекова, № 10, 1956.
7. А. Лабори и П. Гюгенар. Гибернотерапия (искусственная зимняя спячка) в медицинской практике. М., 1956.

Поступила 10 июня 1957 г.