Прямокишечный эфирно-масляный полунаркоз.

В. С. Самборского (Уржум, Вятск. губ.).

Проблема безболезненного оперирования не является и в настоящее время разрешенной вполне, особенно в отношении полной безопасности, простоты техники и отсутствия помехи со стороны производящих обезболивание оперирующему. Естественно поэтому, что всякое новое предложение в области обезболивания возбуждает живой интерес у хирургов. Особенно чувствительны в этом отношении мы, хирурги глубокой провинции: недостаток соответственно квалифицированных помощников, неуверенность в безупречности anaesthetica, иногда прямо недостача их, более тесная связь местного хирурга с местными же больными—делают эту чувствительность вполне понятной. Понятен и тот интерес, который возбудило появившееся в 1913 году предложение Gwathmey'ем эфирно-масляного наркоза через прямую кишку. Интерес этот не ослабел и до последнего времени, чему доказательством служит появление в одной только XIX книге „Вестника Хирургии и Пограничных Областей" за 1926 год трех статей по этому вопросу. В одной из них, а именно, в статье А. Н. Хрусталева, освещена история развития этого метода, собрана казуистика, а также приведена русская и иностранная литература по данному вопросу. Щадя место в журнале и время читателя, я не буду касаться этой стороны дела, отсылая интересующихся к указанной статье, сам же буду говорить о собственном опыте и исканиях в данном вопросе.

Вскоре после появления в русской печати сообщения о способе Gwathmey'я (1913 г.) я стал применять его в заведуемом мною хирургическом отделении. С того времени прошло более 10 лет, миновала стадия первого моего ознакомления с ним, потом изучения его свойств, устранения более чувствительных в нашей обстановке недостатков, причем способ потерпел, пожалуй, даже принципиальное изменение, пока, наконец, обнаружив ценные качества, не занял соответствующее место в нашем хирургическом обиходе.

Вначале я применял дозу согласно прописи Gwathmey'я: 180,0 эфира плюс 60,0 оливкового масла. Наркоз конечно получался, но сразу же обнаружился главный в нашей обстановке недостаток: больной, несмотря на выпускание остатков смеси по окончании операции, долго, иногда часов 6, спал. Сон этот, особенно вначале, был глубок, даже глубже операционного, так как больного уже не будила операционная травма, и он требовал за собой продолжительного и компетентного наблюдения. Для устранения этого недостатка я вскоре вступил на путь уменьшения дозы и, постепенно спускаясь, остановился на 100,0 эфира для взрослого, при обязательном у взрослых предварительном впрыскивании морфия (0,01). Глубокий послеоперационный сон при этом исчез. Если больной иногда находился в дремоте после операции, то она была настолько поверхностна, что он выводился из нее уже легким окликом...

С уменьшением дозы стал чрезвычайно редким, почти совершенно исчез и период возбуждения. Но вот, следующее неудобство прямоки-

шечного наркоза, особенно чувствительное при большой хирургической работе, а именно, необходимость выжидания развития наркоза втечении минут 20 и более, при уменьшении дозы еще увеличилось, а часто больные при этой дозе и вовсе не засыпали. Одно это обстоятельство заставило-бы отказаться от способа, если-бы не обнаружилась резко выраженная здесь, как нигде в такой степени, давно уже известная раздельность усыпляющего свойства эфира от обезболивающего. У больного отяжелели веки, сделался сонным и бессмысленным взгляд, больной дремлет, но не спит: он ответит на оклик, исполнит приказание, даже сам перелезет с носилок на операционный стол; но приступаете к операции в богатой чувствительными нервами области и убеждаетесь, что боли нет! Помню старика с запущенным раком губы: нож перекраивал ему физиономию, иссекая опухоль и стремясь закрыть обширный дефект лоскутами на ножке, а старик в это время тихонько мурлыкал-себе под нос какую-то песенку...

Итак обезболивание, достаточное для оперирования, развивается при этом значительно раньше сна, самый сон при указанной дозе обычно не наступает,—больной находится только в дреме, полусне, при затуманенном сознании, что и дало мне основание применение подобного обезболивания назвать эфирным прямокишечным *полунаркозом*. Обезболивание же является здесь правилом и длится долгое время, вполне достаточное для нечрезмерно продолжительной операции. Это обезболивание, а не сон, и является моей целью при применении данного способа.

При этом отпадает и мешкотное, неопределенное и томительное ожидание засыпания. Пока помощники готовят смену операции, а хирург и ассистенты моют руки, обезболивание успевает развиться в достаточной степени; вообще во всякой обстановке легко приспособиться, чтобы операции шли одна за другой без задержки со стороны наркоза.

Само собой разумеется, что этим я вовсе не хочу сказать, что при указанной одной для всех дозе получается всегда один и тот же эффект. Этого не бывает ни при каком наркозе, а тем более нет и здесь. Эфир с маслом не есть химическое соединение, а смесь,—правда, однородная, но не прочная,—эфир склонен испаряться. Особенно эта склонность должна обнаруживаться в сравнительно высокой для эфира температуре кишечника. При операциях в брюшной полости вы всегда видите ободочную кишку умеренно вздутой и холодноватой наощупь; вздутия выше баугиниевой заслонки я (и другие авторы) не замечал. Очевидно, эфир, медленно испаряясь, наполняет ободочную кишку и всасывается всей толстой кишкой, а не только прямой. Даже главное всасывание эфира происходит здесь в виде паров. Я из остатков масляной смеси, выведенных после операции из прямой кишки, кипячением удалил эфир и всегда убеждался, что в остатках пропорционально гораздо меньше эфира, чем в первоначальной и контрольной смеси.

Пары эфира,—это тонкое, всюду проникающее вещество, не вступающее в химическую связь с содержимым кишек,—распространяются по всей толстой кишке; отсюда ясно, что тщательность очистки кишечника вовсе не есть необходимое условие для развития обезболивания, хотя и всегда применяется в неэкстренных случаях. Испарение эфира из смеси не бывает бурным; отсюда нет опасности значительного вздутия кишечника и, с другой стороны, опасности обратного превращения паров в капельное состояние, что влекло-бы за собой раздражение кишечника.

Последнего, не говоря уже о серьезных анатомических повреждениях слизистых кишек, не наблюдается при данном способе даже в чувствительном кишечнике детей.

Способность более или менее быстрого всасывания толстой кишкой— различна и индивидуально, и случайно, т. е. в зависимости от состояния данного человека в данный момент: при выпускании остатков смеси иногда после краткой операции смесь оказывается всосавшейся без остатка; иногда же и после длительной операции выводится еще порядочное количество остатков. Принимая во внимание это обстоятельство, понятно, трудно ожидать однородности действия данного способа во всех случаях, тем более, что сюда нужно прибавить всем известную индивидуально различную чувствительность к эфиру. И вот, хотя в громадном большинстве случаев при данной дозировке получается желаемый эффект, но все-таки только что указанные обстоятельства в иных случаях будут требовать какого-то корректива.

Если вследствие плохого всасывания обезболивание развивается медленно,—если вследствие нечувствительности к эфиру оно недостаточно,— если больной усилием боязливой воли протестует против остатков сознания при операции,—если, наконец, по ходу операции или желанию хирурга нужен более глубокий, полный наркоз, то он легко достигается дачей большею частью ничтожного количества эфира по капельному способу.

Как известно, эфирный наркоз, будучи менее опасным, уступает хлороформному, так как невсегда, особенно по капельному способу, эфиром можно достигнуть усыпления; не то после эфирно-масляной клизмы: глубокий наркоз достигается здесь часто ничтожным количеством эфира, а это развязывает руки и делает прямокишечный наркоз пригодным для всех случаев.

У детей дозу эфира я уменьшаю по обычному для дозировки лекарств детям расчету, а так как морфий им не впрыскивается, то исходной дозой здесь я считаю не 100,0, а 120,0 эфира.

Эфир я применяю обыкновенно простой, без каких-либо осложнений.

Роль масла в данном способе—смягчать действие эфира на слизистую кишку, лишая его раздражающих свойств, и, как мы видели, только медленно отдавать часть его в виде паров, не расслаиваясь в самом растворе на две жидкости. Эта роль выполняется не только оливковым, но и всяким другим жирным маслом; я применяю обычно льняное или конопляное, но пользовался в случае нужды и коровьим, предварительно слегка его подогревая. Обычно на 100,0 эфира берется 50,0 масла, а часто и больше: поровну, а у детей даже вдвое против эфира. Масло, несомненно, тоже всасывается, но от этого, кроме поступления в организм некоторого количества калорий, чего-либо другого ожидать трудно.

Производство наркоза очень просто. Впрыскивается морфий. Больного в палате или в предоперационной кладут на левый бок (необязательно) и, предупредив о начальном кратковременном чувстве жжения и о необходимости удержать смесь, вводят ее. У детей, бессознательных или нервных больных полезно слегка сжимать первое время ягодицы. Вводить смесь резиновыми баллонами неудобно, тоже надо сказать и относительно обычных кружек Esmarch'a. Лучше всего пользоваться обыкновенной стеклянной воронкой граммов в 300 вместимостью, которая соединена резиновой трубкой в 50—80 сант. длиною со стеклянным клистирным наконечником; на трубке—обычный зажим.

Только при внутривенном гедокаловом наркозе я еще видел такое же, как при данном виде наркоза, подобие естественному засыпанию: постепенно, без возбуждения, больной погружается в дремоту или легкий сон. Об отвратительном для многих больных запахе эфира, конечно, нет и речи, чувстве удушения—тоже.

Оперировать здесь можно, когда все готово к операции: обезболивание бывает значительно даже и тогда, когда больной кажется еще бодрым. При особой нечувствительности можно дать немного эфира вдыханием. У особо чувствительных больных и при особенно быстром всасывании развивается даже при нашей дозировке полный или глубокий наркоз; если это нежелательно, или предстоит непродолжительная операция, то лучше тотчас выпустить смесь из кишки. В общем же угрожающе-глубокого сна при данной дозировке не развивается, и, например, мне более, чем за 10 лет работы с этим способом, ни разу не пришлось прибегать к вымыванию смеси высокими клизмами. Да и едва-ли на них можно очень надеяться,—поэтому-то и ценен рекомендуемый эфирный полунаркоз.

Кроме редких случаев, напр. при эклямпсии, когда бывает желательно, чтобы наркоз длился и в послеоперационном периоде, по окончании операции всегда остатки смеси выводятся зеркалом Субботина или просто влагалищным наконечником, введенным за сфинктер, при поглаживании области нисходящей кишки и S romani книзу.

Обычно глубокого послеоперационного сна при данном способе не наблюдается, рвота очень редка, и больной не требует усиленного надзора.

Выделяется эфир почками и легкими. И там, и здесь он не достигает высоких концентраций и потому не вызывает последующих заболеваний. Не бывает и пневмоний от присасывания крови и слизи, так как находящийся в полусне больной откашливает их,—особенно ценное свойство эфирного полунаркоза. Не бывает при нем и остановки дыхания, так как слишком глубокого наркоза я не допускаю, а рефлекторная остановка дыхания устраняется первоначально обезболивающим действием эфира и нежным развитием наркоза. Смело прибегаю я к этому способу и при болезнях сердца. Роль наркотизатора здесь минимальна, даже там, где ему приходится дать несколько граммов эфира на маске, потому что главное сделано через прямую кишку.

Конечно, я не хочу сказать, что все другие способы обезболивания должны быть отменены: хорош по своей силе ингаляционный хлороформный наркоз в опытных руках, хотя при нем всегда останется memento mori; хороша и местная анэстезия там, где техника ее нечерезчур сложна; ниже меча я оперирую под спинномозговой анэстезией; но вообще там, где показан общий наркоз, показан прямокишечный эфирно-масляный наркоз. При операциях же на голове, шее, груди, а особенно во рту, прямокишечный полунаркоз является методом выбора, так как здесь оперирующему не мешает ни маска, ни наркотизатор. Я не буду перечислять всех случаев, когда прямокишечный полунаркоз предпочтителен,—все это очевидно из вышеизложенного. Конечно, для очень коротких операций, каковы вскрытия нарывов и т. п., лучше оставить давно известный ингаляционный эфирный полунаркоз (Aetherrausch немецких авторов), но для операций длительных нельзя не пользоваться более приятным для больных и почти столь же безопасным эфирным полунаркозом через прямую кишку.