

## ВОПРОСЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ НА 2-й ВСЕСОЮЗНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ХИРУРГОВ, ТРАВМАТОЛОГОВ и АНЕСТЕЗИОЛОГОВ

(20—25/XII 1961 г., Баку)

По вопросу о наркозе в стадии аналгезии программный доклад был сделан проф. П. А. Куприяновым с сотрудниками (Ленинград).

Сущность аналгезического наркоза в том, что введением небольших количеств наркотика достигается полный обезболивающий (аналгезический) эффект при сохранении или частичном выключении сознания больного. Эта стадия в классической схеме глубины наркоза находится в конце I и в начале II стадий. Артузио различает 3 уровня аналгезии, а Шейнер (1960) — 5, но наиболее физиологичным считается третий уровень по Артузио.

Методика — следующая. Премедикация обычная, включающая препараты холинолитического, спазмолитического и аналгетического действия. Вводный наркоз по схеме Артузио осуществляется эфиром, а по данным советских анестезиологов — препаратами барбитуровой кислоты или закисью азота в сочетании с мышечными релаксантами. Основной наркоз по Артузио проводится эфиром, в смеси с кислородом до III 1-2 стадии, после чего производится интубация, а затем дыхательный мешок и система наркозного аппарата 3—4 раза продуваются чистым кислородом; подачу анестетика производят с таким расчетом, чтобы получить различные уровни аналгезии (В. Л. Лукич, Москва). В последнее время, особенно в СССР, наркоз с самого начала проводится в стадии аналгезии путем подачи закиси азота, циклопропана, трилена в смеси с кислородом.

Глубину наркоза ввиду комбинированного применения наркотиков, аналгетиков, миорелаксанта или ганглиоблокаторов трудно определить по схеме Гведеля — И. С. Жорова, так как отдельные признаки наркоза (глазные, частота пульса и величина АД, характер дыхания) теряют диагностическое значение. Она может быть определена по данным ЭЭГ или путем исследования концентрации наркотиков в циркулирующей крови (Б. В. Петровский и С. Н. Ефун, В. Л. Лукич, С. М. Зольников и др.).

Преимуществом наркоза в стадии аналгезии являются: достижение хорошего обезболивающего эффекта при минимальной концентрации наркотика в крови, сохранение рефлекторной саморегуляции важнейших систем организма, снятие эмоционального напряжения и болевых рефлексов, стимуляция дыхания и гемодинамики и др. Нарушения гемодинамики, газообмена и другие расстройства, которые могут возникнуть при любом виде обезболивания, менее выражены при наркозе в стадии аналгезии, чем при глубоком наркозе.

Ввиду того, что аналгезический наркоз создает охранительное торможение в центральной нервной системе, он показан не только в операционном, но и в послеоперационном периоде. Проф. Б. В. Петровский и С. Н. Ефун сделали специальное сообщение о применении наркоза в стадии аналгезии, названного авторами «лечебный наркоз», в послеоперационном периоде до 4 суток, при лечении больных со стенокардией, инфарктом миокарда и энтертериозом, а также в практике работы скорой помощи.

Аналгезический наркоз широко применяется при операциях на сердце, магистральных сосудах и легких (Б. В. Петровский, П. А. Куприянов, А. В. Вишневский, П. Н. Напалков, В. И. Колесов, И. С. Жоров, Г. П. Зайцев и др.). Он также показан при гипотермии (Г. И. Дабриян) и в поликлинической хирургии (С. Я. Хаскелевич и И. М. Оснос).

Ценность и преимущества аналгезического наркоза проверены как экспериментально, так и клинически при большом числе хирургических вмешательств. При этом виде обезболивания устраняется токсическое воздействие наркотика на сердечную мускулатуру, сохраняется равновесие между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы, сохраняются рефлекторная активность и компенсаторные реакции сердечно-сосудистой системы в период операции и после нее, причем аналгезический эффект держится 30—50 мин после хирургического вмешательства (В. Л. Лукич, О. Д. Колюцкая, Робинер и др.).

В выступлениях проф. П. А. Куприянова, Б. В. Петровского, А. В. Вишневого, П. Н. Напалкова, О. Д. Колюцкой, О. А. Долиной и др., В. А. Гологорского, Ф. Н. Казанцева, С. М. Зольникова и др. указывалось на необходимость сочетания аналгезического наркоза с миорелаксантами, местной анестезией рефлексогенных зон, аналгетиками (промедол) и даже с препаратами фенотиазинового ряда. Однако последнее не нашло единодушного признания, так как нейроплегия резко тормозит компенсаторные механизмы больного организма, что установлено еще на симпозиуме АМН СССР в октябре 1960 г. (Г. П. Зайцев и др.).

Аналгезический наркоз более удобно и легко получить при применении закиси азота, трилена и эфира, чем флюотана и циклопропана (И. С. Робинер, В. А. Михельсон и др.).

Аналгезический наркоз может быть осуществлен с помощью простых наркозных систем, снабженных дозиметром с точной подачей наркотической смеси (Б. В. Петровский и С. Н. Ефун, С. Я. Хаскелевич и И. М. Оснос).

Специальному обсуждению были посвящены вопросы обезболивания при заболеваниях печени и желчных путей (проф. П. Л. Сельцовский с сотр., В. И. Кочишвили и Н. В. Прахов, Москва).

Когда резко снижается обезвреживающая роль печени, уменьшается концентрация псевдохолинэстеразы в крови, даже обычные дозы наркотиков и анальгетиков могут оказаться токсическими, а действие деполаризирующих релаксантов (дитилин, сукцинилхолин, листенон и др.) более длительно, чем при нормальной функции печени. Поэтому предлагаются диагностическая пункция печени и стероидная терапия в предоперационном периоде.

В докладах проф. П. Н. Напалкова с сотр. и П. П. Денисенко (Ленинград) была дана клиническая оценка действию новых центральных холинолитиков (метамизил, скополамин, амизил, пентафен и др.), которые имеют транквилизирующие свойства, угнетают ориентировочную реакцию и подавляют отрицательные эмоции, а также усиливают эффект наркотиков, анальгетиков, фенотиазиновых производных и не изменяют функции паренхиматозных органов.

Наряду с положительными сторонами аналгезического наркоза, наблюдаются нежелательные явления при проведении операций под этим видом обезболивания, проявляющиеся в виде бронхоспазмов, гипертензии, двигательной реакции больного во время хирургического вмешательства, мучительных послеоперационных болей, сохранения сознания с ретроградной амнезией и т. д. (С. А. Богомолов и Л. И. Меркулов, Москва). Эти явления могут быть сняты введением анальгетиков, ганглиоблокаторов, новокаина (проф. П. А. Куприянов с сотр., Б. В. Петровский с сотр., С. М. Зольников и др., В. А. Гологорский и др., О. Д. Колюцкая и др.).

По вопросу о дальнейшем развитии местной анестезии в докладах проф. А. В. Вишневого с сотр. и В. И. Стручкова отмечена перспективность сочетанного применения при ней миорелаксантов, ингаляций кислорода, препаратов фенотиазинового ряда и ганглиоблокирующих средств.

Проф. М. А. Топчибаев с сотр. (Баку) сообщил о спинномозговой анестезии на фоне аналгезии, достигаемой путем инъекций эфирно-масляного раствора (аналгезина) в подкожную клетчатку.

В прениях освещались клиническая ценность как аналгезического наркоза, так и местной анестезии, возможности их комбинированного применения, допустимость сочетания спинномозговой анестезии с аналгезическим наркозом, а также миорелаксантов и ганглиоблокаторов во время общего и местного обезболивания.

В заключительном слове председателя проф. Г. П. Зайцева было отмечено, что аналгезический наркоз является крупным достижением современной анестезиологии, дающим возможность оперировать больных без нарушения рефлекторной саморегуляции важнейших функций организма.

Конференция в резолюции отметила, что настало время для организации Общества анестезиологов, укомплектования лечебных учреждений кадрами анестезиологов и издания необходимой литературы по вопросам обезболивания.

Для делегатов были показаны новые аппараты и инструментарий, применяемые в анестезиологии. Новинкой для участников конференции был наркозный аппарат НАПИ-60, предназначенный для аналгезического наркоза, особенно для лечебного наркоза по Б. В. Петровскому и С. Н. Ефун, позволяющий проводить наркоз с точной дозировкой смеси (эфир, закись азота и трилен) и имеющий автоматический выключатель аппарата в момент наступления аналгезии и амнезии.

Ф. Н. Казанцев  
(Казань)

## МЕЛКООЧАГОВЫЕ ИНФАРКТЫ МИОКАРДА И ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ НА РАСШИРЕННОМ ПЛЕНУМЕ ПРАВЛЕНИЯ ВСЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

(21—22/1-62 г., Москва)

В программном докладе «О промежуточных формах между стенокардией и инфарктом миокарда» проф. А. Л. Мясников подчеркнул, что эти формы утверждены самой жизнью.

Острая коронарная недостаточность проявляется в трех формах: грудная жаба, инфаркт миокарда и промежуточная форма. Кроме «болевого коронарного недостаточ-