

# Спинномозговая анестезия в Уржумской больнице.

В. С. Самборского.

Русская медицинская литература за последние годы обогатилась прекрасной монографией С. С. Юдина, посвященной спинномозговой анестезии. Книга эта, при широком охвате вопроса и при громадном личном опыте автора, восполняет пробел по этому важному вопросу. Все же в виду огромного интереса, который не могут не возбуждать вопросы обезболивания, мне кажется небесполезным, хотя в кратких словах, очертить и наш опыт в этом отношении.

Спинномозговая анестезия применяется мною с 1910 г. Записи за 5 лет, с 1918 г. по 1922 г., утрачены; между тем именно в эти годы, вследствие разрыва с заграницей и зачаточности нашей промышленности, ощущался особый недостаток в эфире и хлороформе, и поневоле приходилось чаще прибегать к наиболее дешевому и требующему такого малого количества анестезирующего вещества спинномозговому обезболиванию. За остальные годы нами проведено 1244 анестезий. В первые годы мною применялся главным образом тропококайн—препарат стойкий при кипячении и смешаний с спинномозговой жидкостью. За израсходованием его пришлось перейти на новокаин, с которым и проведено большинство наших случаев. Препаратором этим я вполне доволен: он стоек, обладает значительной анестезирующей силой и не вызывает никаких, свойственных только ему, осложнений; во всяком случае он не хуже, если не лучше тропококайна.

Спинномозговой мешок, как известно, на всем своем протяжении не имеет полных перегородок, а потому распространение вспрыскиваемых в него растворов подчиняется физико-химическим законам. Практически это выражается в следующем: растворы более легкого удельного веса по сравнению со спинномозговой жидкостью имеют склонность распространяться кверху, более тяжелые—книзу (Gauss). Так как вверху находятся жизненные центры, паралич которых был бы опасен, то следует предпочитать тяжелые растворы, так как распространение их книзу будет безопасно. Я применял 5% новокаин в физиологическом растворе. Всякие повторные выкачивания и нагнетания с целью повышения уровня обезболивания, а равно немедленное опрокидывание больного головою книзу мною отвергались, как вызывающие не учитываемое, а может быть и опасное распространение действия кверху. Стрихнин, рекомендованный Jonnesco для предупреждения парализующего действия на жизненные центры продолговатого мозга, применялся мною в первые годы, и я приписывал ему многое, но, когда у нас не стало стрихнина, я стал анестезировать без него и никакого увеличения осложнений не видел; парезы же, напр., жома заднего прохода видел не реже и при стрихтине.

По наблюдениям Straub'a мозговое вещество имеет химическое средство, „жадность“ к соединению с алкалоидами. Это свойство, конечно,

ограничено. Связывание происходит в течение 4—5 минут (Gauss, Barker). Если доза несильно высока, то по истечении этого срока можно менять положение больного, не рискуя распространением алкалоида кверху. Это очень важно: при многих операциях требуется положение с повышенным тазом; через 5 минут после впрыскивания можно смело придавать больному такое положение. Это проверено мною на многих десятках случаев, и я ни разу не видел в связи с этим каких-либо осложнений.

В виду ограниченности способности мозговой ткани связывать алкалоиды, доза впрыскиваемого анестезирующего вещества должна быть по возможности ограничена. Я остановился на дозе в 0,04 новокаина для взрослого и нахожу ее вполне достаточной; можно оперировать и с 0,03, нынешняя же доза часто уже бывает несостоятельной.

Принимая во внимание сложность иннервации брюшных органов, т. е. участие в ней и блуждающего нерва, который уже никак не может подвергаться действию алкалоида, введенного в отдаленные отделы спинномозговой полости, я за последние годы при более сложных операциях на брюшных органах применял, перед спинномозговым обезболиванием, подкожные впрыскивания морфия и видел от этого несомненную пользу— тем более, что эти же впрыскивания действовали благотворно и на психику оперируемого.

Опираясь на это же свойство сродства, я принял указания Джонеса и стремился делать впрыскивание ближе к соответствующему сегменту спинного мозга, т. е. для операций ниже мечевидного отростка впрыскивал в 12-м (иногда 11-м) грудном промежутке, для операций на нижних конечностях—в 1-м поясничном, для операций на промежности—во 2-м или 3-м поясничном промежутке. Операций выше меча я делал мало: мне казалось, что близость продолговатого мозга, при отсутствии веры в противупарализующее действие стрихнина, делает применение здесь спинномозгового обезболивания неоправдываемо-рискованным.

Если входишь в спинномозговой канал, нужно быть уверенным в асептике... Кожа спины перед уколом обеззараживается обычным двукратным смазыванием иодной настойкой. Чтобы не внести с иглой инфекции из поверхностных слоев кожи, я делаю сначала маленький вкол ножом и через него уже провожу иглу. Раствор новокаина приготовляется тут же: в короткую пробирку высыпается 0,1 новокаина; это количество разводится 2 куб. см-ми физиологического раствора (5% раствор новокаина) и кипятится, после чего набирается в шприц и по охлаждении впрыскивается в количестве 0,8 кб. см., т. е. 0,04 новокаина. Игла после впрыскивания извлекается, и место вкола заклеивается коллом или липким пластырем.

Если возможно, впрыскивание производится в сидячем положении больного; после впрыскивания больной ложится с подушкой под головой.

Анестезия в наших случаях развивалась быстро, выжидания не требовалось: смажешь операционное поле иodom, отгородишь салфетками и приступаешь к операции. Как правило, обезболивание было полным; лишь у боязливых больных, где по условиям операции требуется полный покой кишечника, отсутствие всякого выпирания его, приходилось иногда переходить на ингаляционный наркоз.

Об отношении впрыскиваемого новокаина к мозговым центрам говорилось выше. Понятно, что вещество, впрыскиваемое в такой малой дозе,

не может действовать на сердце, легкие, печень, почки и т. п. В этом громадное преимущество спинномозгового обезболивания перед ингаляционным наркозом, а в ширине поля анестезии — преимущество перед местным инфильтрационным обезболиванием.

Самые частые осложнения спинномозговой анестезии — это головная боль и повышение температуры. Головные боли продолжались в наших случаях от одного до нескольких дней. Лечение их — обычное, симптоматическое. Боли эти не очень сильны и, кроме некоторой неприятности для больного, никаких серьезных последствий не имели; в дальнейшем они проходили без следа. Повышения температуры от нескольких десятых до  $2^{\circ}$  бывали у нас часто, причем появлялись на 1-й или 2-й день, держались от 1 до 3 дней, никаких мер не требовали и проходили бесследно... Однократная рвота при спинномозговом обезболивании бывала редко, повторная, подобная посленаркозной, — никогда.

Вообще по редкости серьезных осложнений, по независимости от искусства помощника-наркотизатора, по легкости наблюдения за состоянием больного во время операции, по легкости ухода в послеоперационном периоде, по дешевизне обезболивания, по верности действия и ширине поля обезболивания спинномозговая анестезия у взрослых является методом выбора для операций, производимых ниже мечевидного отростка.