

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРОВ В ХИРУРГИИ

Доцент И. А. ПЕТУХОВ

Из клиники факультетской хирургии (заведующий — профессор Н. М. Янчур) Витебского медицинского института (ректор — профессор Г. А. Медведева)

Чувства напряжения, волнения, страха и тревоги больных перед операцией хорошо известны каждому хирургу. При некоторых заболеваниях (тиреотоксикозы и др.) чувство страха бывает настолько сильно, что оно может оказывать доминирующее влияние на исход оперативного вмешательства. Иногда, из-за страха, больные отказываются от операции под местным обезболиванием и просят их «усыпить» с тем, чтобы они ничего не видели и не слышали. С общечеловеческой точки зрения это требование больных вполне оправдано. Поэтому гуманной задачей врача является профилактика отрицательных эмоций у больных перед операцией. Для этих целей применяют средства снижающие возбудимость нервной системы (бромиды, препараты валерианы, гипнотические средства). Кроме того, используется скополамин (В. М. Минц, 1911; Киршнер, 1923; В. М. Захарин, 1937; В. М. Виноградов и М. И. Никифоров, 1956), который вызывает своеобразное ощущение одурманивания или «сумеречного» сна, характеризующегося притуплением сознания и болевой чувствительности с последующей ретроградной амнезией.

С открытием аминазина он стал широко применяться в анестезиологии с целью премедикации. В 1956 г. в Советском Союзе был синтезирован нейроплегик из группы алкил-пиперидиловых производных фенотиазина-мепазин (пакатал). Мепазин, так же как и аминазин, стабилизирует и успокаивает центральную и вегетативную нервную систему, усиливает действие наркотиков, снотворных, анальгетиков, но обладает большим транквилизирующим эффектом по сравнению с аминазином и способен подавлять чувство страха при сохраненном сознании. Хейуорд-Батт (1957) сообщил о применении мепазина в сочетании с дафтазолом и лидолом в хирургической практике для обеспечения обезболивания без применения наркотических средств. Этот метод назван атаралгезией, что значит отсутствие волнения и болевых ощущений. При этом больной находится в полном сознании, может разговаривать и поддерживать контакт с хирургом, но спокоен и не ощущает боли во время оперативного вмешательства при сохраненной тактильной чувствительности.

Известен ряд соединений, проявляющих своеобразное влияние на центральную нервную систему, сходных с эффектами мепазина, но не

относящихся к производным фенотиазинового ряда. Эти препараты, способные устранять у больных страх и беспокойство перед оперативным вмешательством, называются транквилизаторы (или как их иначе называют некоторые авторы «атарактические» средства). К ним относятся метилпентинол (обливон, сомнезин), франквел, мепробамат (экванил), андаксин (венгерский препарат), милтаун (отечественный препарат), мепротан и др. По данным отечественных (А. И. Брискин, 1959; М. Н. Молоденков, Н. А. Супер и М. Д. Кацман, 1961) и иностранных авторов (Мели, 1959; Боно и Газанига, 1959; Эгер и Каслинг, 1959) эти препараты, используемые для премедикации в сочетании с анальгетиками, подавляют страх, беспокойство и создают эмоциональный покой при сохранении сознания больного, а поэтому премедикация этими препаратами может оказаться очень перспективной, особенно при операциях под местной анестезией, а также у больных с чрезвычайно легко возбудимой и лабильной психикой. Метилпентинол пригоден и для амбулаторной практики, так как он лишен побочного действия, мало токсичен, не оказывает влияния на глубину и ритм дыхания, не снижает мышечного тонуса, не вызывает ретроградной амнезии и не нарушает рефлекторной деятельности и координации больных.

В настоящее время синтезированы и начинают находить клиническое применение группа транквилизаторов, относящихся к центральным М-холинolitikам, которые по химическому строению являются сложными эфирами диэтиламиноэтанола и бензиловой кислоты. К ним относятся амизил или диазил (бенактизин) и его производные (метамизил или метилдиазил или препарат ИЭМ-275). Работами отечественных (П. П. Денисенко, 1959, 1960, 1962; Р. Ю. Ильющенок, 1962 и др.) и зарубежных исследователей (Бергер, Хендлей и Лайнс, 1956; Химвич и Ринальди, 1957; Сильвестрини, 1958 и др.) установлено, что ведущим в действии центральных холинolitikов является выраженное влияние на высшую нервную деятельность: они угнетают скорость и силу условно-рефлекторных реакций. Транквилизаторы из группы центральных М-холинolitikов, блокируют преимущественно холинергические звенья восходящей ретикулярной системы, то есть те системы подкорковых мозговых центров, которые обеспечивают окраску эмоциональных переживаний. Исходя из тех данных, что амизил, метамизил и другие транквилизаторы угнетают ориентировочную реакцию, снимают напряжение и страх их стали применять для устранения страха, тревоги, волнений, напряжения и других реакций, связанных с ожиданием оперативного вмешательства.

П. П. Денисенко, М. С. Чернин и Я. А. Рудаев (1962) сообщают о 122 операциях у онкологических больных, при которых для премедикации использовались метамизил, метилдифацил. Авторы отметили, что применение этих препаратов в сочетании с нейроплегиками, или без них, давали выраженное потенцирование наркоза. Во время операций с применением метамизила наблюдалась стабильность гемодинамических показателей, снижение основного обмена, а также изменения внешнего и тканевого дыхания. Механизм потенцирования наркоза авторы объясняют блокированием холинреактивных элементов ретикулярной формации и снижением, вследствие этого, активирующих влияний на кору, частичным разобщением коры и подкорковых образований.

М. О. Стернин (1962) обобщает опыт 300 операций, при которых для премедикации использовался метамизил в дозах 2—5 мг подкожно, что создает хороший фон для операций под местной анестезией.

А. М. Бакман (1962) использовал метамизил для премедикации в виде подкожных и внутримышечных инъекций (10—20 мг) за 15—35 минут

до операции. Из 68 оперированных у 3 он отметил возбуждение, спастические сокращения мышц конечностей, аритмии, длительный посленаркозный сон, что автор объясняет передозировкой препарата (50 мг накануне операции) или повышенной индивидуальной чувствительностью. Э. Д. Костин (1962) применил метамизил в сочетании с местным обезболиванием, перидуральной анестезией, интубационным тиопентал-эфирным наркозом с миорелаксантами у 275 больных при различных операциях на органах грудной и брюшной полости. Автор отмечает, что сочетание метамизила и малых доз аминазина (10—20 мг) позволяло добиться угнетения как холинергических, так и адренергических элементов ретикулярной формации, что обеспечивало надежный противошоковый эффект, глубокую и длительную анальгезию, ретроградную амнезию, снижение обменных процессов.

Е. И. Вольперт и А. И. Селивра (1962) провели клиническое испытание метамизила в сочетании с пантопоном для премедикации перед операциями, в основном под местным обезболиванием. По их мнению, метамизил показан для премедикации операций, производимых под местным обезболиванием и интратрахеальным наркозом (эфиром и закисью азота).

Для премедикации операций, производимых под местной анестезией, метамизил необходимо вводить подкожно за 5—10 минут до операции в количестве 2,5—5,0 мг. При премедикации с метамизилом атропин из средств премедикации должен быть исключен или заменен метацином.

При применении метамизила отмечается кратковременное, но выраженное угнетение дыхания, возможна тахикардия и гипертензия, поэтому нельзя метамизил вводить одновременно с тиопенталом натрия, нужно применять с осторожностью у больных с гипертонической болезнью и с нарушением проводимости сердечной мышцы. У некоторых физически крепких мужчин, употреблявших спиртные напитки, введение метамизила в больших дозах вызывает резкое возбуждение, таким больным метамизил следует назначать вместе с аминазином.

Таким образом, транквилизаторы предупреждают отрицательные эмоции у больных, облегчают наступление наркоза, сокращают расход наркотиков, снижают возможности развития шока. Наиболее эффективным транквилизатором является метамизил. Совместное применение метамизила и производных фенотиазина (аминазин, мепазин) резко усиливает транквилизирующий эффект. Аминазин блокирует адренореактивные и холиноореактивные системы ретикулярной формации. В результате этого получается полная блокада («фармакологическая перерезка») в области восходящей, активирующей системы ретикулярной формации, что ведет к деафферентации коры и глубокому ее торможению. Однако, это не препятствует действию противошоковых, вазопрессорных и антигистаминных средств, а также адреналина, эфедрина, фенамина.
