

der Mundkrankheiten. Jena, 1920. — Genet, Traité d'ophtalmologie. Paris, 1939, цит. по Sargnon, E. Chauvire. — Magitot A., Ann. d'oculist, 1936, v. 173, p. 162. — Mangabeira-Albernaz P., Rev. laryng., 1939, v. 60, p. 228—244. — Mayoux R., Quelques notions nouvelles sur le vertige. Paris, 1953. — Pavlov I. P., Prelegeri despre activitatea emisferelor cerebrale. Bucuresti, 1951. — Pal., цит. по M. Lermoyez Presse méd., 1919, v. 27, p. 1—3; Ann. mal. de l'oreille, du larynx, 1929, p. 575—583. — Pandelescu, Tempea, Rev. oto-neuro-ophth., 1928, v. 6, p. 507. — Quix F. H., Arch. internat. laryng., 1929, v. 33, p. 133—209. — Sargnon et Chauvire E., Ann. otolaryng., 1939, p. 733—749. — Sargnon-Rollet, Pigache, цит. по Ann. oto-laryng., 1939, p. 746. — Сергневский Л. И. Сов. вести. офтальмол., 1934, № 3, стр. 193—199, реф. Zbl. Hals- u. Ohrenheilk., 1934, H. 23, S. 681. — Spiegel E. A., Sommer I., Ophthalmo-und Oto-Neurologie. Berlin, 1931. — Swann, цит. по G. Clavierie. — Tempea V., Rev. rom. de O. R. L., 1932, p. 62—63. — Tratat. Otorhinolaringologia, Editura de Stat R. P. R. 1951. — Wagenmann, цит. по M. Lermoyez, Presse méd., 1919, v. 27, p. 1—3, Ann. mal. de l'oreille, du larynx, 1929, p. 575—583.

ON DISEASES WHICH ARE OF INTEREST BOTH TO THE OCULIST AND OTORHINOLARYNGOLOGIST

V. Tempya (Bucharest)

Summary

The author underlines the importance of the joint study of diseases, involving two professions — ophthalmology and otorhinolaryngology, which are so closely connected with each other. It is pointed out that in many diseases of the eye and ear, nose and throat the placing of a diagnosis and the institution of proper treatment are impossible without co-operation of specialists of these two disciplines.

О МЕСТНОМ ПОТЕНЦИРОВАННОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Е. Н. Медведский

Из клиники болезней уха, носа и горла (зав.—проф. Б. А. Шварц)
Витебского медицинского института

В последние годы широкое применение получило потенцированное обезбоживание.

К. П. Дерепя (1959), сообщая об опыте применения местного потенцированного обезбоживания у 40 больных, подвергшихся общеполостной операции на ухе, считает, что этот вид анестезии более эффективен, чем обычная новокаиновая анестезия.

Начиная с 1958 г. нами применяется местное потенцированное обезбоживание при обширных длительных травматических операциях. Всего до настоящего времени выполнено 57 хирургических вмешательств; из них 23 по поводу злокачественных новообразований верхних дыхательных путей. При проведении местного потенцированного обезбоживания мы применяли следующую методику.

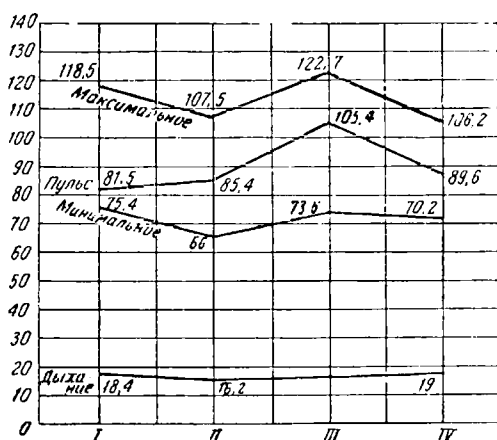
Накануне операции перед сном (в 22 часа) больным давали внутрь порошок люминала (0,1 г) или нембутала (0,12 г) и внутримышечно вводили 2 мл 2% раствора димедрола. При отсутствии стерильного раствора димедрола мы пользовались порошком димедрола внутрь в дозе 0,05 г. Это мероприятие, за очень небольшим исключением, обеспечивало больным спокойный глубокий сон на протяжении всей ночи. Наши наблюдения показывают, что больные, плохо спавшие после приема люминала

и димедрола, хуже поддаются потенцированному обезболиванию при обычной дозировке литической смеси. Это бывает у алкоголиков и у больных с повышенной нервной возбудимостью. По усмотрению врача таким больным дополнительно назначали 1 или 2 мл 2% раствора промедола подкожно. В день операции, за 1—2 часа до нее, внутримышечно вводили 6 мл литической смеси, состоящей из равных количеств (по 2 мл) 2,5% раствора аминазина, 2% раствора димедрола и 2% раствора промедола. Поскольку внутримышечные инъекции аминазина болезненны, мы к этой смеси добавляли 2 мл 0,25% раствора новокаина. Помимо этого, за 30—60 минут до операции подкожно вводили 1 мл 2% раствора пантопона и 1 мл 0,05% раствора скополамина. Последний может быть заменен 0,1% раствором атропина в количестве 1 мл. После этого больного в положении лежа на спине доставляли на каталке в операционную, где под местной инфильтрационной и регионарной анестезией 0,25—0,5% раствором новокаина производили хирургическое вмешательство.

Местное потенцированное обезболивание применялось нами при следующих хирургических вмешательствах: удалении опухоли из решетчатого лабиринта и лобной пазухи с экзентерацией орбиты — у одного больного; экстирпации гортани — у 6 больных; экстирпации гортани с подъязычной костью и частью корня языка — у 7 больных; фаринготомии по поводу рецидива опухоли — у одного больного; фаринготомии с удалением надгортанника — у 2 больных; удалении метастазов опухоли в регионарные шейные лимфатические узлы (по Крайлю) — у 3 больных; удалении опухоли щитовидной железы с поперечной резекцией 4 верхних колец трахеи — у одного больного; перевязки и перерезки наружных сонных артерий при опухолях верхней челюсти — у 2 больных.

Среди оперированных было мужчин 21 и женщин 2; возраст больных колебался от 20 до 69 лет.

Учитывая, что по выраженности функциональных расстройств сердечно-сосудистой системы можно до некоторой степени судить о болезненности того или иного хирургического вмешательства, мы у всех больных вели наблюдения за артериальным давлением, пульсом и дыханием до операции, во время нее и в ближайшие часы после операции. Исходные данные мы учитывали на основании двух измерений до введения литической смеси. После введения литической смеси и до начала операции измерения производили через каждые 30 минут (2—3 измерения), во время операции — через каждые 30 минут и независимо от этого по этапам хирургического вмешательства: разрез кожи, рассечение трахеи, разрез глотки, удаление гортани и т. д. В течение ближайших 3 часов после операции измерения производили через каждые 30 минут, а затем через 1 час до возвращения гемодинамических показателей к исходным цифрам. Все показатели артериального давления, пульса и дыхания мы заносили на специальную карту. Результаты наблюдений приведены на рисунке.



Среднеарифметические показатели артериального давления, пульса и дыхания при операциях по поводу злокачественных новообразований верхних дыхательных путей. I — исходные данные; II — после введения смеси; III — во время операции; IV — после операции.

Исходные цифры максимального артериального давления у наблюдавшихся нами больных колебались в пределах от 90 до 165 мм ртутного столба, среднеарифметические — 118,5. После введения литической смеси отмечалось снижение максимального артериального давления у большинства больных (у 20 из 23) в пределах от 3 до 21,7 мм ртутного столба, в среднем на 11 мм ртутного столба. Во время операции отмечались колебания максимального артериального давления в ту или другую сторону, связанные с определенными этапами. В среднем максимальное артериальное давление во время операции поднималось до 122,7 мм ртутного столба, превышая исходные цифры всего на 4,2 мм. По окончании операции и на протяжении ближайших часов после нее максимальное артериальное давление снижалось и достигало цифр, более низких, чем до операции, в среднем 106,2 мм ртутного столба. Минимальное артериальное давление подвергалось таким же изменениям, но в меньших пределах.

Данные литературы о влиянии обычной местной новокаиновой анестезии на артериальное давление (Л. А. Андреев, Б. М. Лифшиц, К. П. Дерепя и др.) свидетельствуют о том, что уже за час до операции максимальное артериальное давление начинает повышаться и перед самой операцией (на операционном столе) увеличивается на 20—50 мм ртутного столба против исходных цифр. Эта фаза названа Л. А. Андреевым «психической фазой», так как подъем артериального давления обусловлен волнением и страхом больного перед операцией. При местном потенцированном обезболивании за час до операции у больных наблюдалось понижение артериального давления под действием литической смеси. На операционном столе и во время анестезии артериальное давление несколько повышалось, что можно объяснить транспортировкой больного, укладыванием его на операционный стол, действием адреналина. Таким образом, введение литической смеси предупреждает психическую травму больного до операции вследствие угнетения рефлекторной проводимости и ответных реакций организма на внешние раздражители. Значительное снижение артериального давления после операции можно объяснить не только действием литической смеси, но также тяжестью и длительностью хирургического вмешательства. Средняя продолжительность наших операций составляла 2 часа 40 минут.

Изменения частоты пульса после введения литической смеси мы отмечали как в сторону учащения, так и в сторону урежения. У некоторых больных частота пульса оставалась без изменений. Исходные цифры частоты пульса колебались в пределах от 60 до 116 ударов в минуту, среднеарифметические — 81,5. После введения литической смеси, но до начала операции, частота пульса была в пределах от 60 до 140, среднеарифметические цифры равнялись 85,4 удара в минуту. Таким образом, можно отметить некоторое учащение пульса после введения литической смеси. Во время операции пульс учащался в среднем до 105,4 удара в минуту, причем подъем кривой пульса соответствовал подъему кривой артериального давления в этом периоде. По окончании операции и в ближайшие часы после нее пульс урежался, но был выше исходных цифр, равняясь в среднем 89,6 удара в минуту, что также соответствовало снижению артериального давления.

Частота дыхания изменялась во всех периодах незначительно. После введения литической смеси частота дыханий уменьшалась у большинства больных (у 20 из 23) в среднем на 2,2 дыхания в минуту. Во время операции дыхание учащалось незначительно, а в послеоперационном периоде быстро достигало исходных цифр.

Сравнивая полученные нами показатели гемодинамических сдвигов в организме при местном потенцированном обезболивании с таковыми при обычной новокаиновой анестезии, приводимыми в литературе, можно прийти к выводу, что со стороны артериального давления, пульса и

дыхания наблюдаются меньшие сдвиги при потенцированном обезболивании. Это указывает на большую эффективность потенцированной анестезии.

Наши наблюдения подтверждают приводимые в литературе (А. Н. Беркутов, А. А. Воликов, Л. А. Сметанин, В. Н. Шамов, П. А. Куприянов, М. С. Григорьев и др.) указания о том, что потенцированное обезбоживание резко повышает устойчивость организма к операционной травме и кровопотере, чем предупреждается возникновение шока. Из 23 больных, подвергшихся хирургическому вмешательству, только у одного возникла необходимость в переливании крови в связи со значительной кровопотерей. До применения потенцированного обезбоживания при аналогичных хирургических вмешательствах мы наблюдали одного больного, умершего от шока спустя 16 часов после операции.

Потенцированное обезбоживание позволяет производить травматичные хирургические вмешательства у больных, страдающих тяжелыми заболеваниями сердца.

Нами был оперирован больной Я., 43 лет, по поводу рака гортани. Больной жаловался на периодические колющие боли и иногда неприятные ощущения в области сердца.

Объективно: пульс аритмичный, удовлетворительного наполнения; при прослушивании сердца на фоне синусовой аритмии отмечались экстрасистолы. Наличие экстрасистол было подтверждено и электрокардиографическим методом. Инъекции атропина экстрасистолы не ликвидировали. На электрокардиограмме от 13/IV 1959 г. после приема хинина зарегистрированы редкие экстрасистолы, исходящие из коронарного синуса. После физической нагрузки в течение 3 минут отмечено учащение экстрасистол, затем они снова стали редкими. При отмеченных изменениях со стороны сердца терапевты сочли возможным дать разрешение на операцию с оговоркой о жизненных показаниях хирургического вмешательства.

18/IV под местным потенцированным обезбоживанием произведена экстирпация гортани с подъязычной костью. Операция прошла успешно, послеоперационное течение гладкое.

Из 23 больных 18 находились во время операции в состоянии глубокого сна, 4 — в полудремотном состоянии и один больной не спал, реагировал на боль. В послеоперационном периоде наблюдался вторичный сон продолжительностью от 4 до 10 часов.

Обладая рядом преимуществ перед обычной новокаиновой анестезией, этот метод также не лишен своих недостатков. И при потенцированном обезболивании возможны осложнения, которые могут встречаться как во время операции, так и в послеоперационном периоде. У 4 больных из 23 во время операции мы наблюдали остановку дыхания. Последняя наступала постепенно, ей предшествовало заметное урежение до 4—6 дыханий в минуту. Примером может служить следующее наше наблюдение.

Больной К., 69 лет, поступил в клинику 30/X 1958 г. по поводу рака гортани. Больной чрезвычайно истощен и ослаблен. Со стороны внутренних органов отмечалось наличие пневмосклероза, хронического бронхита, эмфиземы легких, кардиосклероза, легочной недостаточности. Нарушения кровообращения не было. 5/XI после предоперационной подготовки под местным потенцированным обезбоживанием произведена экстирпация гортани. Спустя 45 минут после начала операции у больного прекратилось дыхание, но пульс оставался почти без изменений. Принятые меры (подкожное введение лобелина, вдыхание кислорода, управляемое дыхание) дали возможность успешно закончить операцию. Активное дыхание отсутствовало на протяжении 15 минут. Больной выписан в удовлетворительном состоянии.

В послеоперационном периоде у 3 больных наблюдалось повышение температуры до 38—39°. В таких случаях рекомендуется внутривенное введение 5% раствора глюкозы в больших количествах — до 1500 мл.

Для иллюстрации приводим одно наблюдение.

Больной Ш., 32 лет, поступил в клинику 30/XII по поводу рака гортани с прорастанием в корень языка и с метастазами в шейные лимфатические узлы. 7/I 1959 г. под местным потенцированным обезбоживанием произведена экстирпация гортани с подъязычной костью и частью корня языка. Исходная температура (до введения литической смеси) 37,2°. Однако в ближайшие 5 часов после операции температура повысилась до

39,5°. Больному ввели глюкозу: вначале 10 мл 40% раствора внутривенно, а затем 300 мл 5% раствора капельным путем. Одновременно подкожно введено 5 единиц инсулина. Спустя 8 часов после введения глюкозы температура снизилась до 37,4°.

Как видно из приведенных наблюдений, осложнения, которые могут возникнуть при местном потенцированном обезболивании, легко устранимы, если медицинский персонал хорошо обучен и имеется необходимая аппаратура.

Клинические наблюдения над местным потенцированным обезболиванием позволяют нам отметить некоторые преимущества этого метода по сравнению с обычной новокаиновой анестезией.

1. Больные проводят спокойно ночь перед операцией.

2. Исключаются отрицательные эмоции, связанные с беспокойством больного перед операцией и особенно во время нее.

3. Достигается обезболивающий эффект у тех больных, у которых применение одной новокаиновой анестезии полностью его не дает.

4. Обеспечивается вторичный сон после операции на протяжении 4—10 часов.

5. При обширных травматичных операциях предупреждается развитие шока.

Эти преимущества местного потенцированного обезбоживания позволяют нам рекомендовать его для более широкого применения в оториноларингологии, особенно при операциях по поводу злокачественных новообразований верхних дыхательных путей.

ЛИТЕРАТУРА

Андреев Л. А. Вестн. хир., 1926, т. 5, кн. 15, стр. 102—109.— Беркутов А. Н. Воликов А. А., Сметанин Л. А. Вестн. хир., 1956, № 9, стр. 19—28.— Беркутов А. Н., Воликов А. А. Тезисы докл. Всесоюзной конференции хирургов, травматологов и анестезиологов. Казань, 1958, стр. 15.— Дерепя К. П. Вестн. оторинолар., 1959, № 1, стр. 92—97.— Куприянов П. А., Григорьев М. С. Вестн. хир., 1955, т. 75, № 6, стр. 104—108.— Лифшиц Б. М. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1930, № 10—12, стр. 592—597.— Сердобольская Р. Е. Болезни уха, горла и носа. М., 1951, стр. 409—413.— Талышинский А. М. Вопросы обезбоживания в отохирургии в анатомо-клиническом освещении. Дисс. М., 1954.— Топчибашев М. А. Хирургия, 1947, № 8, стр. 37—42.— Шамов В. Н. Воен. мед. журн., 1957, № 2, стр. 12—22.— Шапиро Д. Д. Вестн. оторинолар., 1951, № 3, стр. 24—26.— Лабори А., Гюгенар П. Гибернотерапия (искусственная зимняя спячка) в медицинской практике. М., 1956.— Gonzalo P. H. Arch. otolaryng., 1957, v. 65, p. 13—19.

LOCAL POTENTIATED ANESTHESIA IN OPERATIONS FOR MALIGNANT NEOPLASMS OF THE UPPER RESPIRATORY TRACT

E. N. Medvedsky (Vitebsk)

Summary

The article presents clinical observations on changes of the arterial pressure, pulse rate and respiration in 23 patients subjected to a surgical procedure under local potentiated anesthesia for malignant neoplasms of the upper respiratory tract. Potentiated anesthesia increases the body's resistance to the operative trauma, respiratory disorders and blood loss. In view of the above it is recommended for wide use in operations for malignant neoplasms of the upper respiratory tract.