

ПОТЕНЦИРОВАННАЯ МЕСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ КРУПНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЯХ И УХЕ

Ассистент Е. Н. МЕДВЕДСКИЙ

Из кафедры болезней уха, носа и горла (заведующий — профессор С. Г. Чебанов) Витебского медицинского института (ректор — профессор Г. А. Медведева)

При операциях на лице и шее по поводу злокачественных новообразований верхних дыхательных путей, отличающихся большой продолжительностью, травматичностью и инвалидизацией больных (тотальная ларингэктомия), основными задачами, которые ставятся перед обезболиванием, являются полная безболезненность на всех этапах хирургического вмешательства, максимальное щажение психики больных и предупреждение операционного шока.

При операциях на придаточных пазухах носа, глотке и гортани при бронхоэзофагоскопии особое значение приобретает уменьшение секреции слизистых и слюнных желез.

При операциях на среднем ухе (тимпанопластика, фенестрация лабиринта, мобилизация стремена) перед обезболиванием встают дополнительные требования, которые сводятся к устранению или ослаблению вредных вестибулярных реакций (головокружение, рвота), могущих возникнуть в процессе хирургического вмешательства, к обескровливанию, ишемии операционного поля, к сохранению возможности контакта с больными. Последний необходим для исследования слуха аудиометром или шепотной речью, и контроля за функционированием лицевого нерва. При бронхоэзофагоскопии как с диагностической, так и с лечебной целями, желательно предупреждение спазма гортани и глотки и расслабление мускулатуры бронхов и пищевода.

Различные виды наркоза и местного обезболивания при всех своих положительных качествах оказались не в состоянии обеспечить выполнение перечисленных требований.

Эта задача была положительно решена в связи с внедрением в практику обезболивания нейролитических смесей, содержащих нейроплегические, ганглиоблокирующие, курареподобные, противогистаминные, болеутоляющие, снотворные и успокаивающие средства. Введение этих смесей в организм человека создает картину нейровегетативной и нейроэндокринной блокады.

Сочетание нейровегетативной блокады с одним из основных видов обезболивания (местным или общим) получило название потенцированного обезболивания. В оториноларингологической практике применяются как потенцированный интратрахеальный наркоз, так и потенцированная местная анестезия.

Под местной потенцированной анестезией мы понимаем такой вид самостоятельного комбинированного обезболивания, при котором инфильтрационная и регионарная анестезия новокаином сочетается с нейровегетативной блокадой. Потенцированная местная анестезия применяется нами в ЛОР-клинике Витебского медицинского института с октября 1958 г. Всего под местной потенцированной анестезией нами проведено около 250 крупных хирургических вмешательств, в предлагаемом сообщении мы касаемся только 210. Мужчин было 147, женщин — 63. Возраст: 14—69 лет.

Методика проведения нейровегетативной блокады мало чем отлича-

лась от методик, применяемых в других ЛОР-клиниках. Медикаментозная подготовка больных начиналась нами с вечерней премедикации накануне операции. Перед отходом ко сну, приблизительно в 22 часа, больному дается внутрь снотворное длительного или короткого действия (люминал, мединал, нембутал, барбитал). Мы отдавали предпочтение люминалу как препарату, обладающему более длительным снотворным действием.

Кроме дачи снотворных *per os* мы внутримышечно вводили противогистаминный препарат (2 мл 2-проц. раствора димедрола или 1 мл 2-проц. раствора супрастина). Больным с повышенной нервной возбудимостью, длительное время употреблявшим алкоголь или препараты морфина, дополнительно вводили внутримышечно (вместе с димедролом) или подкожно (без димедрола) 1—2 мл 2-проц. раствора промедола. Вечерняя премедикация в таком виде была проведена у 198 больных, 12 больным она по различным причинам не проводилась.

Результаты вечерней премедикации, по нашим данным, вполне удовлетворительные. Из 198 больных 175 (88,4 проц.) хорошо спали ночью перед операцией. Они просыпались утром отдохнувшими, бодрыми, спокойными. К 23 (11,6 проц.) плохо спавшим пациентам мы относили тех, которые долго не могли уснуть с вечера, или просыпались рано утром, или ночной сон был с перерывами. Беспокойный сон на протяжении всей ночи наблюдался только у 8 из них. Из 12 же больных, не подвергавшихся медикаментозной подготовке, только 3 провели спокойную ночь перед операцией.

За 1,5—2 часа до операции внутримышечно вводили больному нейролитическую смесь, состоящую из 2 мл 2,5-проц. раствора аминазина, 2 мл 2-проц. раствора димедрола, 2 мл 2-проц. раствора промедола и 2 мл 0,25-проц. раствора новокаина. Указанная смесь вводилась медленно, глубоко в мышцы. Это предупреждало болезненность и появление инфильтратов (В. И. Попов и П. К. Дьяченко),

За 30—60 минут до операции вводили вторую дозу смеси, состоящую из 1 мл 2-проц. раствора пантопона, 0,5 мл 0,05-проц. раствора скополамина. У 20 больных нами был применен атропин вместо скополамина. Как и другие авторы, мы пришли к выводу, что скополамин является более желательным препаратом по сравнению с атропином. При даче скополамина менее выражена тахикардия, он сильнее угнетает секрецию слизистых и слюнных желез, вызывает некоторую амнезию и обладает заметным снотворным действием.

Вторая доза смеси по различным причинам не была введена 9 больным. Через 30—60 минут после введения второй дозы смеси больные на каталке в положении лежа на спине доставлялись в операционную, где им производилось хирургическое вмешательство под инфильтрационной анестезией новокаином.

У 53 больных мы применили вместо обычной нейролитической смеси морфинно-скополамино-димедроловую смесь, по разработанной в клинике методике, а у 10 больных нейролитическую смесь, но без аминазина.

83 операции произведены по поводу злокачественных новообразований верхних дыхательных путей, 93 — на ухе и 34 — на придаточных пазухах носа. Из них: ларингэктомия у 25 больных, расширенная ларингэктомия — у 19, операция Крайля — у 10, резекция гортани — у 4, удаление рецидивной опухоли гортаноглотки — у 3, ларингофиссура — у 2, перевязка и перерезка наружных сонных артерий — у 11, резекция верхней челюсти — у 6, радикальная операция уха — у 34, тимпанопластика — у 56, радикальная операция верхнечелюстной пазухи — у 24,

лобно-решетчатая трепанация — у 9, прочие хирургические вмешательства — у 7.

Полученные нами данные позволили установить, что рефлекторные нейровегетативные сдвиги в организме были незначительными у большинства больных даже в самые болезненные моменты операции, это указывает на достаточную эффективность потенцированной местной анестезии.

Преимущество потенцированной местной анестезии перед обычным новокаиновым обезболиванием заключается не только в более эффективном обезболивании. Дремотное или сонное состояние больных ограждает их центральную нервную систему от потока как внешних (обстановка и разговоры в операционной), так и внутренних патологических раздражителей (болевые импульсы из операционной раны). Максимальное щажение психики особенно важно для лиц, боящихся операции, с лабильной нервной системой. Внутреннее охранительное торможение, которое достигается нейровегетативной блокадой, позволяет с меньшим риском оперировать людей пожилых, истощенных, ослабленных с сопутствующими заболеваниями сердца и легких. Гипотензивное действие аминазина как основного компонента нейролитической смеси расширяет показания для хирургических вмешательств у лиц с повышенным артериальным давлением. Наблюдающееся снижение артериального давления уменьшает кровоточивость, в результате чего такие операции, как тимпанопластика, производятся при более сухом операционном поле, что способствует лучшей обзорности и лучшему приживлению лоскута. Это обеспечивается также противоотечным действием аминазина и димедрола. После ларингэктомии и гайморотомии отеки на лице и шее наблюдались значительно реже и были менее выраженными, чем при обычной новокаиновой анестезии.

Выраженный противорвотный эффект и угнетение вестибулярных реакций благотворно сказывается на послеоперационном течении после восстановительных хирургических вмешательств на ухе.

Осложнения при местной потенцированной анестезии наблюдаются редко. Они проявляются в виде ортостатического коллапса или коллапсозных состояний, расстройстве дыхания.

Гипертермия, наблюдаемая в послеоперационном периоде, не является, по нашему мнению, следствием применения нейролитической смеси. Случаев желтухи мы не наблюдали.

Противопоказания к применению потенцированной местной анестезии весьма ограничены. Заболевания печени и почек с выраженной функциональной недостаточностью являются общепризнанным противопоказанием. В связи с опасностью ортостатического коллапса нейролитическая смесь противопоказана при операциях, производящихся в сидячем положении больного. Мы не применяли нейролитическую смесь у детей моложе 14 лет, исходя из тех соображений, что дети нарушают указания медицинского персонала о необходимости строго соблюдать горизонтальное положение. Гипотония, по нашим наблюдениям, не является противопоказанием. Не следует применять потенцированное обезбоживание при отсутствии у медицинского персонала необходимых знаний и навыков.
