

В. Т. БАБОВНИКОВА

ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДИСТОГО ТОНУСА ВО ВРЕМЯ АЛКОГОЛЬНОГО НАРКОЗА ПО ДАННЫМ РЕОВАЗОГРАФИИ

Влияние этилового алкоголя на тонус периферических сосудов при энтеральном применении нашло достаточно широкое освещение в литературе. Работы, посвященные изучению сосудистого тонуса при внутривенном введении алкоголя, немногочисленны и разноречивы.

При проведении внутривенного алкогольного наркоза у 230 больных мы нередко наблюдали клинические проявления повышения сосудистого тонуса.

Это побудило нас исследовать состояние тонуса периферических сосудов во время алкогольного наркоза, применив метод реовазографии, позволяющий получить надежные показатели состояния сосудистого тонуса и относительной интенсивности кровенаполнения в различных областях тела.

Проведено 320 исследований у 45 больных, из коих у 15 больных проводился алкоголь-барбитуровый наркоз, а у 30 больных он углублялся закистью азота с кислородом в соотношении 1:1 или 2:1. Для предупреждения ангиоспазматических рефлексов всем больным вводили в вену раствор новокаина перед вливанием алкогольной смеси.

Для сравнительной оценки реограмму записывали до операции, во время и после нее на одноканальном реографе типа РГ—1—01, подключенном к двухканальному электрокардиографу.

Изменения показателей реограммы в различные периоды наркоза были неодинаковыми. Так, после введения барбитурового наркоза, как правило, возрастала амплитуда волн, дикротический зубец смещался к основанию реографической волны, вершина приобретала более заостренную форму, что свидетельствовало о наступившей вазодилатации. В результате показатель кровотока возрастал на 15—20%, в основном за счет повышения амплитуды волн.

С началом введения алкоголь-барбитуровой смеси сосудистый тонус повышался. Постоянными признаками у всех больных были закругление вершины, снижение амплитуды волн и реографического индекса. Степень выраженности этих изменений была различной, вплоть до спазмов (у 5 из 15 больных). Основанием для такой оценки было удлинение анакротической фазы, резкое снижение амплитуды волн и реографического индекса, сглаженность дикротического зубца, круглая вершина, а у 2 больных—появление дополнительных зубцов на анакротической фазе кривой, что свидетельствует о чрезмерно резком повышении сосудистого тонуса. При этом показатель кровотока снижался в 2—2,5 раза по сравнению с исходным. В это время отмечалось похолодание конечностей, выраженная бледность кожных покровов, амплитуда пульсового давления уменьшалась до 15 и даже до 10 мм рт. ст., значительно уменьшалось наполнение пульса. Клинические и реографические признаки повышения сосудистого тонуса обычно удерживались на протяжении всей операции и нормализовались в течение первого часа послеоперационного периода.

Несколько иначе выглядели реограммы, записанные у 30 больных во время комбинированного внутривенного алкогольного наркоза с ингаляцией закиши азота и кислорода, сразу после прекращения вливания смеси.

Так же, как и при проведении алкогольно-барбитурового наркоза, у этих больных мы не выявили зависимости между характером изменений сосудистого тонуса и травматичностью оперативных вмешательств. Глубина наркоза по клиническим и электроэнцефалографическим данным была достаточной и соответствовала хирургической стадии. Поэтому мы не можем объяснить повышение сосудистого тонуса недостаточным обезболиванием. В то же время наши наблюдения совершенно отчетливо выявили прямую зависимость между скоростью вливания алкоголя и степенью выражения повышения сосудистого тонуса. Так, струйное введение алкогольной смеси всегда вызывало четкий спазм сосудов. Возможно, этим и объясняется более выраженное влияние на сосудистый тонус алкогольно-барбитурового наркоза, так как доза алкоголя при нем в 1,5 раза больше, а следовательно, больше и скорость его введения.

Таким образом, при внутривенном алкогольном наркозе наблюдается повышение сосудистого тонуса, которое можно объяснить непосредственным воздействием алкоголя на сосуды. Степень выраженности ангиоспастических реакций прямо зависит от скорости введения алкоголя. В меньшей степени повышение сосудистого тонуса выражено при сочетании внутривенного введения алкоголя с ингаляцией закиси азота и кислорода. Эти изменения кратковременны и ликвидируются сразу после прекращения введения алкогольной смеси.

Филиал Новосибирского НИИТО,
г. Прокопьевск
и ЦОЛИУВ, г. Москва

Поступило 12.VI 1970 г.

Վ. Տ. ԲԱՐՈՎՆԻԿՈՎԱ

ԱՆՈԹԱՅԻՆ ՏՈՆՈՒՄԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԱԼԿՈՀՈԼԱՅԻՆ ՆԱՐԿՈԶԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ԲՆՈԳՐԱՅԻՆՈՒՄԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐՈՎ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Բնովազդագրային մեթոդով ուսումնասիրվել է անոթային տոնուսը մինչև արկոհոլային նարկոզը, նարկոզի ժամանակ և նրանից հետո 45 հիվանդների մոտ:

15 հիվանդի մոտ անց է կացվել արկոհոլա-բարբիտուրային նարկոզը, իսկ 30 հիվանդների մոտ նա խորացվել է ազոտի ենթօքսիդով:

Նշված է, որ անոթային տոնուսի փոփոխությունները կարճատև են և իսկույն վերացվում են արկոհոլային խառնուրդի ներարկումը դադարեցնելուց հետո:

V. T. BABOVNIKOVA

CHANGES OF VASCULAR TONE IN PATIENTS UNDER ALCOHOLIC NARCOSIS ACCORDING TO THE DATA OF RHEOGRAPHY

S u m m a r y

Vascular tone has been studied with the method of rheovasography in 45 patients before, during, and after alcoholic narcosis. Alcoholic-barbiturate narcosis has been carried out in 15 patients, and in 30 patients alcoholic narcosis has been intensified by nitrogen monoxide.

It has been noted that changes in the vascular tone are of short duration and are eliminated soon after ceasing the infusion of the alcoholic mixture.