

5. В профилактике и терапии сердечно-сосудистых нарушений у больных разлитым перитонитом особое значение приобретает борьба с системной вазоконстрикцией. Оптимальный лечебный комплекс, наряду с другими мероприятиями, предполагает включение вазоактивных средств, селективно снижающих артериолярную резистентность и повышающих тонус венозных сосудов. Целесообразность и патогенетический смысл такой терапии заключаются в механической разгрузке левого желудочка при одновременном усилении венозного притока к сердцу и тканевой перфузии.

6. В стадии клинического выздоровления не происходит полной компенсации в деятельности аппарата кровообращения даже у больных локальным перитонитом. Период раннего клинического выздоровления от перитонита в гемодинамическом отношении — это качественно новое состояние, характеризующееся несовершенной реадaptацией.

7. Разделение перитонита на местный, диффузный и разлитой имеет в основе не только клиническое, морфологическое, но и гемодинамическое выражение. Такая классификация, с учетом этиологии заболевания, является научно-практически обоснованной и перспективной для профилактики и адекватной терапии гемодинамических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амосов Н. М., Чепкий Л. П., Цыганий А. А. Кардиология, 1969, 2.—
2. Весельников Л. В. Кардиология, 1962, 5; 1965, 5.—
3. Виницкая Р. С. Внешнее дыхание и газообмен при врожденных пороках сердца, Автореф. канд. дисс. М., 1966.—
4. Гафуров Х. Г. Разлитой гнойный перитонит. Ташкент, 1957.—
5. Доронина Н. К. Состояние гемодинамики, газообмена и дыхательной функции крови при заболевании острым гнойным перитонитом. Автореф. канд. дисс., Львов, 1962.—
6. Жоров И. С., Крохалев А. А., Стариков А. Е. Хирургия, 1967, 12.—
7. Касымходжаев Э. С. Нервы и сосуды брюшины при асцитах и перитонитах различной этиологии. Автореф. канд. дисс., Ташкент, 1965.—
8. Кerpель-Фронius Э. Патология и клиника водно-солевого обмена. Будапешт, 1964.—
9. Ковалев О. А., Канаева М. А., Монашкин Э. А. Кардиология, 1968, 2.—
10. Кузнецов В. А. В кн.: Актуальные вопросы диагностики пороков сердца. Новосибирск, 1969; В кн.: Материалы Всеросс. конф. хирургов. Казань, 1970.—
11. Савицкий Н. Н. Некоторые методы исследования и функциональной оценки системы кровообращения. Медгиз, Л., 1956.—
12. Соловьев Г. М., Радзивил Г. Г. Кардиология, 1968, 6.—
13. Сорокин С. С. Динамика изменений кровеносных сосудов желудочно-кишечного тракта при перитонитах. Автореф. канд. дисс., Тула, 1956.—
14. Стручков В. И., Виноградов А. В., Сахаров В. А., Панкратов В. М. Грудн. хир., 1960, 5.—
15. Токарь А. В. Кардиология, 1969, 2.—
16. Шалимов А. А., Шифрин Г. А., Трубецкой Б. Г. Там же, 1970, 6.—
17. Шмидт-Фойгт И. Там же, 1969, 8.—
18. Frank O. Zschr. Biol., 1930, 90, 405.—
19. Hegglin R. Die Klinik der energetisch-dynamischen Herzinsuffizienz. Basel, 1947.—
20. Hudspeth A. S., Cordell A. Ann. Surg., 1966, 164, 2, 183.—
21. Kaufmann G., Hegglin R. Cardiologia (Basel), 1956, 28, 207.—
22. Sarnoff S. J., Mitchell J. H. Handbook of physiology. Washington, 1962.—
23. Starr J. Circulation, 1954, 9, 664.—
24. Wood E. H. Circulation Res., 1962, 10, 531.

УДК 616.12—008.318

СОВРЕМЕННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЭКТОПИЧЕСКИХ АРИТМИЙ СЕРДЦА

Проф. С. Г. Моисеев, канд. мед. наук Е. З. Устинова

Первая терапевтическая клиника (зав.— проф. С. Г. Моисеев) Московского института скорой помощи им. Н. В. Склифосовского

Появление новых антиаритмических препаратов значительно расширило возможности борьбы с различными формами нарушения сердечного ритма.

Для купирования пароксизмов тахикардии мы применяли индерал у 44 больных с суправентрикулярной и желудочковой пароксизмальной тахикардией и пароксизмальной формой мерцания и трепетания предсердий (табл. 1). 37 больных препарат вводили внутривенно в дозах от 5 до 10 мг, 7 больных давали внутрь во время приступа тахикардии до 80—100 мг в течение 1—1,5 часов. При внутривенном введении индерала приступы были купированы в момент введения и через несколько минут у 29 больных, а при назначении внутрь — у 5. Иnderал — активное антиаритмическое средство, и применение его может быть ограничено лишь резко выраженными гипотонией или сердечной недостаточностью.

Таблица 1

Эффективность применения индерала при острых нарушениях сердечного ритма

Вид аритмии	Число больных	Положительный результат	Отсутствие результата
Приступы суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии . . .	23	19	4
Приступы желудочковой пароксизмальной тахикардии	6	4	2
Приступы мерцания предсердий	12	9	3
Приступы трепетания предсердий	3	2	1
Общее количество больных	44	34	10

62 больным с различными видами экстрасистолической аритмии, мерцательной тахикардии и синусовой тахикардии мы назначали внутрь доцитон (препарат, выпускаемый в ФРГ, идентичен индералу), индерал и отечественный препарат анаприлин, блокирующие адренергические бета-рецепторы (табл. 2). Экстрасистолическая аритмия обычно

Таблица 2

Эффективность применения доцитона, индерала и анаприлина при аритмиях сердца

Вид аритмии	Доцитон, индерал			Анаприлин		
	число больных	положительный результат	отсутствие результата	число больных	положительный результат	отсутствие результата
Экстрасистолическая аритмия	17	13	2	9	7	2
Мерцательная тахикардия постоянная	6	6		4	4	
Синусовая тахикардия	18	18		8	6	2
Всего	41	37	2	21	17	4

исчезала на 3—4-й день от начала лечения, лишь у 4 больных из 26 стойкой бигеминией эффекта не было. Иnderал и доцитон, так же как и анаприлин, назначали по 40—80 мг в день. У больных с мерцательной тахикардией (10 чел.) мы получили стойкое урежение ритма при лечении этими препаратами в сочетании с глюкозидами. При синусовой тахикардии у больных с тиреотоксикозом и вегетативной дистонией бета-блокирующие препараты в подавляющем большинстве наблюдений урежали сердечный ритм. Частота сердечных сокращений нормализовалась у 24 из 26 больных с синусовой тахикардией.

Высокой активностью обладает антиаритмический препарат гилуритмал (синонимы — аймалин, аритмал), представляющий собой алкалоид.

выделенный из корней раувольфии змеиной. Мы применили гилуритмал (препарат, выпускаемый в ФРГ) у 52 больных с различными видами аритмии сердца (табл. 3). При острых нарушениях ритма гилуритмал

Таблица 3

Эффективность применения гилуритмала при аритмиях сердца

Вид аритмии	Число больных	Положительный результат	Отсутствие результата
Приступы суправентрикулярной пароксизмальной тахикардии . . .	16	13	3
Приступы мерцательной аритмии . . .	18	16	2
Приступы желудочковой пароксизмальной тахикардии	3	2	1
Экстрасистолическая аритмия . . .	12	10	2
Мерцательная тахикардия постоянная	4	4	
Всего . . .	53	45	8

вводили внутривенно по 50 мг в 10 мл раствора и внутримышечно по 50 мг в 2 мл раствора. Из 37 больных у 31 приступы пароксизмальной тахикардии были купированы во время введения гилуритмала или спустя 15—20 мин. Гилуритмал хорошо переносится, не вызывает побочных явлений и не снижает значительно АД. При экстрасистолической аритмии на почве атеросклеротического и миокардитического кардиосклероза, легких форм тиреотоксикоза и вегетативной дистонии гилуритмал был назначен 16 больным в дозах от 150 до 300 мг в день в виде драже и внутримышечно по 50 мг 2—3 раза в день. Из 12 больных у 10 экстрасистолия на период лечения прекратилась или экстрасистолы стали редкими; у 2 эффекта не было. 4 больным гилуритмал давали в сочетании с глюкозидами при постоянной форме мерцательной тахикардии. У всех наблюдалось урежение сердечных сокращений.

У больных с частыми приступами пароксизмальной тахикардии необходима профилактика приступов. Для этого мы применяли индерал, доцитон и анаприлин. Препараты назначали на продолжительное время, дробными дозами — по 10—20 мг 3—4 раза в день (в зависимости от частоты пульса и уровня АД). Из 90 больных, получавших бета-блокирующие препараты в течение длительного времени (от 1,5 месяцев до 2 лет), у 79 приступы тахикардии стали появляться значительно реже и были менее продолжительными или совсем прекратились на период лечения.

Таким образом, длительное профилактическое лечение адренергическими бета-блокаторами целесообразно у больных с частыми приступами пароксизмальной тахикардии.

УДК 616.33—005.1—616.33—072.1

СОСТОЯНИЕ СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ПО ДАННЫМ ГАСТРОСКОПИИ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

В. Н. Рыжиков

Всесоюзный НИИ гастроэнтерологии МЗ СССР. Директор — академик АМН СССР проф. В. Х. Василенко

С помощью современных моделей гастрофиброскопов и рентгенологически обследовано 110 больных с гастродуоденальными кровотечениями различной этиологии. У 39 больных причиной кровотечения была язва