

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

желудка и двенадцатиперстной кишки, у 40 — рак желудка, у 24 — геморрагический гастрит, у 2 — синдром Маллори — Вейсса, у 3 — варикозно расширенные вены пищевода и желудка. У 2 больных не удалось установить источник кровотечения.

Больные были в возрасте от 18 до 79 лет. Кровотечение I степени тяжести отмечено у 52 больных, II ст. — у 43 и III ст. — у 15. Степень тяжести кровотечения оценивалась согласно классификации В. И. Стручкова и Э. В. Луцевича, предложенной ими в 1961 г. В первые пять дней гастроскопически обследовано 72 больных (67,2%). У 40 больных были выявлены признаки продолжающегося кровотечения.

Безусловно, рентгенологическое исследование дает большую информацию о состоянии слизистой пищеварительного тракта. Нередко выявляется несколько поражений, которые могут быть причиной кровотечения (язва желудка и двенадцатиперстной кишки, дивертикул и язва, язва и варикозное расширение вен пищевода, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы и язва и т. д.). В то же время рентгенологически не удается выявить некоторые поражения желудка (синдром Маллори — Вейсса, болезнь Ослера, острая плоская язва, геморрагический гастрит), которые довольно часто являются причинами желудочных кровотечений.

С помощью гастроскопии диагностировать небольшие или поверхностные поражения слизистой намного легче, особенно при проведении исследования в ранние сроки от начала кровотечения. Особое значение имеет гастроскопия в тех случаях, когда удается видеть источник кровотечения.

Следует отметить, что у больных с острым желудочным кровотечением условия гастроскопического осмотра иные, чем при обычном исследовании. Слизистая желудка, еще содержащая кровь, сильнее поглощает свет, очень слабо отражает его, часто приходится значительно увеличивать яркость лампы, особенно в тех случаях, когда кровь как бы лаком покрывает слизистую. Иногда образуется малопрозрачный слой фибрина на слизистой, который маскирует ее изменения. В таких случаях мы применяли промывание холодной водой через биопсионный канал гастрофиброскопа, которое способствовало очищению поверхности слизистой и выявлению патологических изменений. Если слизистая не покрыта кровью, то она очень бледна, имеет матовый оттенок, иногда сглажена, как бы атонична. Гастроскопическое распознавание язв желудка, осложненных кровотечением, часто затруднено, так как иногда сама язва бывает покрыта кровью или же в области язвы может находиться сгусток крови. В таких случаях следует обратить внимание на косвенные признаки кровоточащего изъязвления: выделение крови с той или иной части сгустка, наличие конвергирующих к сгустку складок или воспалительной инфильтрации слизистой вокруг него. Сгусток может отторгнуться от дна язвы в силу своей тяжести или в результате перистальтики и находиться за пределами кровоточащей язвы. Поэтому надо быть осторожным, иначе можно принять место расположения отторгнувшегося сгустка за источник кровотечения. Нередко кровотечение происходит из слизистой вокруг язвы. У этих больных только гастроскопия точно распознает причину кровотечения. Кровотечение из слизистой вокруг язвы отмечено нами у 2 больных.

Язва желудка как причина кровотечения выявлена у 20 больных. Признаком кровотечения и локализации поражения в пилорическом канале и луковице двенадцатиперстной кишки является заброс крови через привратник в полость желудка, резкий отек, гиперемия и деформация стенок пилорического канала. Подобные изменения отмечены у 8 из 17 больных с язвой двенадцатиперстной кишки и пилорического канала, осложненной кровотечением. Но не всегда причиной заброса крови в желудок служит язва пилородуоденальной зоны. Следует помнить, что при

продолжающемся кровотечении из поражений верхнего отдела желудка и пищевода кровь может попасть в двенадцатиперстную кишку, а затем вновь забрасываться в полость желудка. Такое явление мы наблюдали у одного из наших больных. Поэтому для окончательного суждения о причине кровотечения необходимо проводить тщательное исследование всей полости желудка.

Гастроскопическая диагностика пептических язв является всегда трудной проблемой. В области культи язва выявлена нами у 2 больных. По данным литературы, пептические язвы часто локализуются в области анастомоза, причем 15% этих язв находится на желудочной стороне анастомоза, где их довольно легко обнаружить при гастроскопии. Намного сложнее выявить язву, когда она расположена на краю анастомоза, обращенного в сторону тощей кишки. Косвенным указанием на наличие таких язв может служить забрасывание свежей крови через отверстие анастомоза в культю желудка. При этом трудность состоит еще и в том, что слизистая анастомоза бывает рыхлой, гиперемированной и легко ранимой.

Гастроскопическая диагностика изъязвленных раковых поражений может быть затруднена из-за тех же причин, что и при кровоточащей язве. Определенную сложность представляет диагностика инфильтративных форм рака желудка, когда кровь равномерно покрывает поверхность слизистой. Здесь также возникает необходимость применения прицельного промывания. При инфильтративных формах рака желудка во время гастроскопического осмотра могут появляться геморрагические пятна, с которых кровь равномерно растекается по поверхности слизистой.

В диагностике полиповидной формы рака желудка мы не встречали особой трудности. При этой форме рака наблюдается немного геморрагической жидкости, и кровь как бы сочится из их поверхности, а слизистая, покрывающая полиповидные образования, имеет синюшно-багровый или грязно-серый цвет.

Наши данные убедительно показали, что изменения на слизистой при геморрагическом гастрите могут быть наиболее достоверно выявлены с помощью гастроскопии. При гастроскопии обнаруживаются эрозии от 0,2 до 0,3 см в диаметре с венчиком гиперемии вокруг. Дно их покрыто серым налетом, слизистая вокруг гиперемирована и отечна. Такие эрозии наблюдались у 11 больных. У 2 больных были эрозии в виде булавочного укола. Кровотечения из этих эрозий наиболее массивны. Еще у 1 больной на слизистой были петехии. У остальных больных диагностированы различные формы хронического гастрита: атрофического, поверхностного, гипертрофического. Как правило, отмечалась легкая ранимость слизистой и склонность ее к кровотечению. В некоторых случаях при эндоскопии может быть обнаружена нормальная слизистая или слегка застойные явления в ней. Лямблинг (1959) считает, что это бывает нередко, так как состояние слизистой при гастритах после кровотечения меняется довольно быстро. Иногда бывает кровотечение «сплошным слоем» (Пальмер, 1961).

Вообще диагностика эрозивных процессов затруднена как во время кровотечения, так и после него. В последнем случае эрозии, особенно точечные, с трудом выявляются на фоне бледной слизистой.

Гастроскопическая картина разрыва слизистой при синдроме Маллори — Вейсса представляется в виде прямой щели, параллельной основанию пищевода и иногда переходящей на стенку желудка. Разрыв не имеет определенного соотношения с рельефом складок слизистой. Длина разрыва бывает от 1 до 4 см. Важными признаками разрыва являются довольно массивные приподнятые края и широкое зияние щели, в центре которой находится сгусток. Выделение крови чаще происходит с краев разрыва.

Затруднена также диагностика варикозного расширения вен пищевода и желудка в период продолжающегося кровотечения. Если кровотечение остановилось, то расширенные вены выявляются относительно легко, особенно на фоне атрофического гастрита. У 2 наших больных после остановки кровотечения мы обнаружили, что место разрыва локализовалось на задней стенке в верхней трети тела желудка и было покрыто темным плотноватым сгустком. Если покрывающая вены слизистая резко гиперемирована, то это затрудняет их выявление.

Проведенное нами обследование 110 больных с гастродуоденальными кровотечениями с помощью гастродуоденоскопии показало, что применение их безопасно, относительно легко переносится больными и не вызывает никаких осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов В. И., Бова С. М., Меренов В. В. Врач. дело, 1957, 6.—
2. Зедгендизе Г. А. и Линденбратен Л. Д. Неотложная рентгенодиагностика. Медгиз, М., 1957.—
3. Луцевич Э. В., Соколов Л. К., Белов И. Н., Рыжиков В. Н. В кн.: Актуальные вопросы гастроэнтерологии. Медицина, М., 1969.—
4. Сальман М. М. Неотложное рентгенологическое исследование в клинике острых гастродуоденальных кровотечений. Медгиз, М., 1963.—
5. Стручков В. И., Луцевич Э. В. Хирургия, 1961, 10.

УДК 616.381—072.1

НАШ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО КАБИНЕТА В ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЕ

Г. Г. Исмаилов

*Нижекамская ЦРБ (главрач — Л. С. Матросов).
Научный руководитель — проф. И. Б. Розанов (ЦОЛИУВ)*

Лапароскопический кабинет в центральной районной больнице удобнее всего организовать в одной из имеющихся операционных или в отдельном помещении, расположенном вблизи операционного блока. Мы для этой цели выделили одну из операционных, это удобно еще тем, что дает возможность оказать квалифицированную хирургическую помощь в случае возникновения осложнений. Причем оснащение операционной облегчает задачу организации в ней эндоскопической комнаты. В этой же операционной проводят другие виды эндоскопического исследования — бронхоскопию и т. д.

Лапароскопическую оптическую систему мы стерилизуем в парах формалина, помещая ее накануне в камеру, приспособленную специально для этой цели. За час до исследования оптическую систему следует переложить на стерильную простыню для выветривания паров формалина во избежание раздражения глаз эндоскописта. Этот способ стерилизации надежный, смывы, взятые с инструмента, ни разу не дали микробного роста, и мы ни разу не наблюдали нагноения раны на месте прокола. За стерилизацией и подготовкой инструментария следит специально обученная медсестра. Лапароскопические исследования проводим в определенные дни, 1—2 раза в неделю.

В состав бригады по лапароскопии входят: врач-лапароскопист, анестезиолог, операционная сестра, наркозная сестра.

Больному накануне лапароскопии тщательно очищают желудочно-кишечный тракт. На ночь и утром дают люминал. Всем больным вводят атропин с промедолом, а пожилым — также кордиамин.

Если в плане лапароскопии намечается биопсия, больные за 2—3 дня до исследования получают внутривенные вливания раствора хлористого кальция и инъекции викасола.

При лапароскопии мы пользуемся интубационным эфирно-кислородным наркозом с применением миорелаксантов. Пневмоперитонеум накладываем воздухом в точке Калька в левой подвздошной области через инъекционную иглу. Мы провели 80 лапароскопических исследований, и ни разу не встретили осложнений.

Троакар вводим при тугом пневмоперитонеуме в несколько косом направлении, чтобы кондом не повредить внутренних органов. Кожный разрез должен быть достаточным, чтобы пропустить гильзу троакара — малый кожный разрез может служить причиной развития подкожной эмфиземы на месте введения троакара, затрудняет проник-