

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. Зедгенидзе 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, наркотная 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.

Троакары 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-

новение гильзы его, а форсированное продвижение инструмента может привести к повреждению внутренних органов концом стилета.

Мы пользовались лапароскопом Ленинградского завода «Красногвардеец». Нужно отметить, что конец лапароскопа «Красногвардеец» несколько неудобен для манипуляций в брюшной полости. Острый конец оставляет осадения на печени при осмотре малой кривизны желудка, поэтому кончик инструмента нам пришлось закруглить. Цветное фотографирование проводили при импульсной вспышке зеркальным фотоаппаратом «Нарцисс». По фотолароскопии пользовались негативной пленкой высокой чувствительности. Выдержка от $1/30$ до 5 сек., в зависимости от чувствительности пленки. Накал лампы эндоскопа во время съемки максимально увеличивался, напряжение доводили до 6 в.

Лапароскопию заканчивали введением в брюшную полость антибиотиков после удаления воздуха. Всем больным назначали постельный режим, холод на живот, наркотики 2 раза в сутки.

После лапароскопического исследования у 5 больных наблюдалась небольшая подкожная эмфизема, у 1 — отек мошонки, у нескольких были быстро проходящие боли в плечевом поясе в результате раздражения диафрагмального нерва. Все эти осложнения проходили самостоятельно.

Оставшимся после лапароскопического исследования воздухом мы пользовались для получения обзорных рентгенограмм органов живота в условиях пневмоперитонеума. Отчетливо получались контуры печени, желудка, селезенки, диафрагмы, давая дополнительные сведения для диагноза.

Не удалось установить диагноз у 3 больных и ошибка в распознавании болезни была допущена у 2, что составляет 6,2% из всех наших исследований. Лапароскопическая достоверность диагноза составляет по нашим данным 93,8%.

Для иллюстрации ценности лапароскопической диагностики при раке желудка приводим выписку из истории болезни.

М., 52 лет, находилась на излечении в терапевтическом отделении с 22/IX по 3/XII 1969 г. с диагнозом: хронический анацидный гастрит, хронический холецистит. Жаловалась на постоянные ноющие боли в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи. Больная состоит на диспансерном учете в течение 3 лет по поводу хронического анацидного гастрита. Однако при длительном консервативном лечении боли в эпигастрии у больной не исчезали и не уменьшались в интенсивности. При рентгеноскопии 28/XI 1969 г. по большой кривизне желудка в антральном отделе его обнаружена зазубренность контуров тени желудка и отсутствие перистальтики в этой области. Рентгенологическое заключение: рак антрального отдела желудка.

После консультации с хирургом 4/XII 1969 г. проведено лапароскопическое исследование. Данных, подтверждающих наличие опухолевого образования желудка, не найдено. М. выписана 25/XII 1969 г. в хорошем состоянии. Через 2,5 месяца самочувствие хорошее, болей нет, при рентгеноскопии желудка опухолевой патологии не выявлено.

Внедрению лапароскопического исследования в центральных районных больницах до сих пор мешало недостаточное знакомство врачей с оправданностью его, страх перед возможными осложнениями, сложностью предлагавшихся методов наложения пневмоперитонеума, большей склонностью хирургов к производству лапаротомии.

Наш опыт лапароскопической диагностики рака желудка с последующим оперативным лечением при выезде в больницы соседних районов подтверждает доступность и ценность этого метода в условиях любой центральной районной больницы.

УДК 616.33—002.44

ДВИГАТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Канд. мед. наук В. Т. Мизин

*Кафедра факультетской терапии (зав.— проф. С. В. Базанова) Башкирского
медицинского института*

Целью настоящей работы было изучение двигательной функции желудка при язвенной болезни по результатам моторной электрогастрографии (ЭГГ). Под нашим наблюдением находилось 85 больных: 14 с язвенной болезнью желудка и 71 — двенадцатиперстной кишки (возраст 28—40 лет, длительность заболевания — от 4 до 18 лет). Все больные получали фубромеган внутримышечно по 1—2 мл 2% раствора 3—4 раза в сутки на протяжении 24—30 дней. Для уточнения характера