

УДК 616.3—072.1

А. М. АМБАРЦУМЯН

О ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДИАЗЕПАМА ПРИ
ЭНДОСКОПИИ ВЕРХНЕГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-
КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Изучалась возможность использования диазепама в качестве субстрата для подготовки к фиброэндоскопическому исследованию верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Выявлены определенные преимущества внутривенного введения диазепама по сравнению со стандартным методом премедикации. Полученные данные позволяют рекомендовать диазепам к широкому применению в практике эндоскопии.

В настоящее время рекомендуется производить эндоскопическое исследование верхнего отдела желудочно-кишечного тракта после премедикации раствором промедола и атропина [7, 12]. О. Д. Берманденко и соавт. [5] производят премедикацию атропином в сочетании с димедролом или пипольфеном. О. Л. Акимова, В. Х. Василенко и соавт. [2, 6] отрицают необходимость применения обезболивающих и антиспастических препаратов перед эзофагогастродуоденоскопией. Исследование без премедикации современными фиброэндоскопами, разумеется, возможно, однако вряд ли целесообразно в повседневной практике. Применение же стандартного метода наряду с неоспоримыми преимуществами имеет и ряд недостатков. Определенные неудобства связаны уже с самим фактом применения наркотических препаратов, особенно в амбулаторных условиях, при проведении профилактических эндоскопических осмотров. Н. А. Осипова и соавт. [9] отмечают, что премедикация промедолом и атропином не устраняет клинических и электрофизиологических проявлений психоэмоционального возбуждения и сопряжена со значительными вегетативными реакциями на фоне повышенной экскреции катехоламинов. Wiendl [15] наблюдал остановку сердечных сокращений и дыхания у больной после премедикации наркотическими препаратами. Перечисленные факторы побудили некоторых исследователей изменять состав веществ, входящих в премедикаментозную подготовку больного.

Нами в качестве субстрата для подготовки больных к фиброэндоскопии использован диазепам (синонимы—валиум, седуксен). Диазепам, применяемый в медицинской практике с 1961 г., является транквилоседативным средством [13], проявляющим свое действие через лимбическую систему, оказывающим мышечно-релаксирующий эффект и спо-

способным подавлять чувство страха, тревоги [1, 8, 14]. В. А. Беляковым и соавт. [3] в эксперименте было установлено, что диазепам в определенных концентрациях блокирует аритмию, возникающую при стимуляции сенсомоторной зоны коры больших полушарий, устраняет нарушения ритма деятельности сердца при раздражении структур промежуточного мозга, резко угнетает реакцию повышения артериального давления при стимуляции соответствующих зон мозга. Проведенные в последующем клинические наблюдения подтвердили экспериментальные данные о том, что диазепам способен создать надежную нейровегетативную защиту организма. По данным В. Ю. Островского и соавт. [10], М. И. Руднева и соавт. [11], диазепам обладает также антигипоксическими свойствами. Весьма ценным является малая токсичность препарата [4]. Н. А. Осипова и соавт. [9] отмечают, что преднаркозная подготовка с использованием валиума имеет наибольшие преимущества у больных с исходной эмоциональной лабильностью, неврозами; она предотвращает клинические и электроэнцефалографические симптомы психоэмоционального возбуждения, избыточную реакцию симпатико-адреналовой системы, смягчает вегетативные проявления. Клинические наблюдения И. Мадьяр [8] с использованием диазепама при регулярном исследовании мочи, СОЭ, картины крови, печеночных функций, ЭКГ и пр. ни в одном случае не выявили патологических изменений.

Первоначально 19 больным было произведено внутримышечное введение диазепама. В дальнейшем, после установления большой эффективности внутривенного введения, премедикация проводилась по следующей схеме: за 40 мин до эндоскопии внутримышечно вводили 0,1%—1,0 атропина; непосредственно перед исследованием на операционном столе больному (в сидячем положении) производилась местная анестезия путем орошения зева 2% раствором дикаина; затем больной сразу же переводился в лежащее положение и немедленно производилась внутривенная инъекция диазепама. Всего исследовано 60 больных. Количество препарата составляло 1,0—1,5 мл. Исследование гемодинамических показателей производили до премедикации, спустя 30 мин после инъекции атропина, в течение внутривенного введения диазепама, спустя 10 мин после исследования.

Исследования показали, что выраженный эффект диазепама наступает уже в момент инъекции и длится несколько минут. Именно в это время производилось введение панэндоскопа в пищевод. Таким образом, время максимального седативного и мышечно-релаксирующего действия препарата совпадало с тем периодом эндоскопического исследования, который причиняет наибольший дискомфорт исследуемому. В последующие 15—20 мин действие диазепама снижалось, однако оно было вполне достаточным для продолжения и окончания исследования. После эндоскопии с применением валиума подавляющее большинство больных отмечало удовлетворительную переносимость в период исследования.

Следует отметить, что проведение фиброскопии в спокойной обстановке заметно сказывалось и на качестве исследования. Выявление действия диазепама на гемодинамические показатели производили на фоне предварительно введенного атропина. У исследованных больных после введения алкалоида наблюдалось учащение пульса на 9,22 уд./мин и повышение как максимального (на 11,1 мм рт. ст.), так и минимального артериального давления (на 8,93 мм рт. ст.; $P < 0,05$). По характеру клинических реакций на введение диазепама выделили 3 группы больных: I (10% больных)—без существенных изменений вегетативных проявлений; II (30%)—с понижением артериального давления (максимального с $120,0 \pm 4,23$ до $110,0 \pm 4,28$, минимального с $82,6 \pm 2,81$ до $77,3 \pm 2,2$ мм рт. ст) и урежением пульса (с $99,0 \pm 5,17$ до $90,1 \pm 4,62$ уд./мин); III группа (60%)—с повышением артериального давления (соответственно с $112,69 \pm 3,49$ до $123,4 \pm 3,6$ и $73,87 \pm 2,21$ — $83,26 \pm 2,29$ мм рт. ст.) и учащением пульса ($77,41 \pm 3,37$ — $95,5 \pm 3,48$ уд./мин). Данные статистически достоверны ($P < 0,05$). Во всех случаях к концу исследования наблюдалась стабилизация показателей. Согласно литературным данным, парентеральное введение диазепама сопровождается понижением артериального давления [1, 3]. В наших наблюдениях, по всей видимости, имело место или превалирование гипотензивного действия диазепама, или гипертензии, вызванной как атропином, так и самой процедурой эндоскопии. Электрокардиографические исследования ни в одном случае не выявили существенных изменений при использовании диазепама, что согласуется с литературными данными [4, 8]. Побочных явлений, осложнений не наблюдалось.

Оценивая предварительные данные проведенных исследований и клинические наблюдения, учитывая данные литературы, считаем, что при соответствующей методике премедикация с применением диазепама может с успехом применяться при эндоскопии верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. Эффективность, быстрота действия, создание надежной нейровегетативной защиты организма, малая токсичность, отсутствие побочных реакций, подавление чувства страха, отказ от применения наркотиков и пр. позволяют рекомендовать диазепам для применения в практике эндоскопии.

Научно-исследовательский институт
рентгенологии и онкологии им. В. А. Фанарджяна

Поступила 25/XII 1978 г.

Ա. Մ. ՀԱՄԱՐԱՆՈՒՄՅԱՆ

ՄԱՐՍՈՂԱԿԱՆ ՈՒՂՈՒ ՎԵՐԻՆ ՀԱՏՎԱԾԻ ԷՆԴՈՍԿՈՊԻԱՅԻ ԺԱՄԱՆԱԿ
ԴԻԱԶԵՊԱՄԻ ՕԴՏԱԳՈՐԾՄԱՆ ՀԱՐԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

60 հիվանդների մարսողական ուղու վերին հատվածների ֆիբրոէնդոսկոպիկ հետազոտության նախապատրաստման նպատակով օգտագործվել է դիազեպամ: Բուժական նախապատրաստման գոյություն ունեցող ստանդարտ

հղանակի համեմատությամբ այս նյութի կիրառման դեպքում մեր կողմից
բացահայտված են մի շարք առավելություններ:

Ստացված տվյալների հիման վրա եզրակացնում ենք, որ էնդոսկոպիկ
ուսումնասիրությունների ժամանակ դիագնոստիկ կարող է լայն կիրառում
գտնել:

A. M. HAMBARTSOUMIAN

ON THE POSSIBILITY OF THE ELIMINATION OF DIASEPAM IN ENDOSCOPY OF THE UPPER SECTION OF THE GASTROENTERIC TRACT

In 60 patients it has been studied the possibility of the elimination of diasepam as a substrate for preparation of the upper section of the gastroenteric tract to fibroendoscopic study. There are revealed definite advantages of intravenous administration of the preparation in comparison with standard methods of premedication. The data obtained allow to recommend diasepam for wide elimination in endoscopy.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Авруцкий Г. Я. (под. ред.) Психотропные средства в медицинской практике. М., 1971.
2. Акимов А. О. Л., Сотников О. Л., Яхонтова Л. В. Тер. архив, 1976, 48, 10, стр. 108.
3. Беляков В. А., Синицын Л. Н., Корягина И. А., Орлов Н. А. Вестн. хир., 1973, 7, стр. 106.
4. Беляков В. А., Белякова Т. А. Анест. и реаниматол., 1977, 6, стр. 19.
5. Бермаденко О. Д., Гусев А. С. Хирургия, 1977, 1, стр. 111.
6. Василенко В. Х., Васильев Ю. В., Маркелова Н. Н. Клин. мед., 1972, 2, стр. 6.
7. Василенко В. Х., Сальман М. М., Рапопорт С. И., Соколов Л. К., Цодиков Г. В. Рак желудка и его ранняя диагностика. М., 1977.
8. Мадьяр И. Венгерская медицина, 1968, 28, стр. 57.
9. Осипова Н. А., Большакова Т. Д., Селезнева А. И., Винницкая Э. Б. Сов. мед., 1976, 12, стр. 101.
10. Островский В. Ю. Тезисы докладов I Всесоюзного съезда анестезиологов и реаниматологов. Свердловск, 1974, стр. 62.
11. Руднев М. И., Дектярь В. Н. Фармакол. и токсикол., 1974, 37, 5, стр. 552.
12. Савельев В. С., Буянов В. М., Балалыкин А. С. Эндоскопия: органов брюшной полости. М., 1977.
13. Himwich J. J. Neuropsychiatr., 3, 1962, 15.
14. Vilkin J. Neuropsychiatr., 3, 1962, 139.
15. Wiendl H. J. Münch med. Wschr, 1962, Bd. III, 2302.