

в случае подтверждения диагноза (заполнение нестерильным контрастом полости кисты) необходимо оперативное лечение в течение 6 часов после проведения ЭРХПГ. За все время диагноз киста поджелудочной железы поставлен 2 больным. Во время проведения ЭРХПГ оценка состояния БДС проводится в более 99% случаев, контрастированные желчные протоки в 86-93% исследований.

Выводы

Таким образом, ЭРХПГ является ценным диагностическим методом позволяющим установить природу желтухи, причину холестаза. Успех проведения ЭРХПГ, ЭПСТ,

ВЛИЯНИЕ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО ЛАВАЖА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Цаберабий А.А., Ронина Н.Ю., Снежинский С.И.

Областной диагностический центр, Днепрпетровск, Украина

Введение

Несмотря на успехи антибактериальной терапии, в настоящее время все большее внимание уделяется вопросам бронхоальвеолярного лаважа с целью улучшения диагностики и лечения. Санационная бронхоскопия преследует следующие цели:

1. ликвидация микробного заражения бронхиального дерева и снижение степени антигенемии и интоксикации;
2. восстановление бронхиального дренажа, мукоцилиарного аппарата;
3. нормализация общего и местного иммунитета;
4. устранение обструкции бронхов;
5. коррекция антибактериальной терапии.

Материалы и методы

За период 2006-2008 нами обследовано 1527 пациентов. Хронический бронхит был диагностирован у 741 пациентов. Из них было выделено для анализа 200 человек в основную группу и 47 человек — контрольную группу, которым назначалась терапия без БАЛ.

Больные основной группы, в зависимости от выраженности воспалительных изменений в слизистой трахеи и бронхов, были разделены на три группы:

- I. 130 человек (52,5%) диагностирован атрофический эндобронхит (контрольная группа 15 чел.);
- II. 67 человек (27,5%) диагностирован гнойный эндобронхит (контрольная группа 30 чел.);
- III. 5 человек (2%) диагностированы бронхоэктазы (контрольная группа 3 чел.).

Результаты исследования

Бронхоальвеолярный лаваж при бронхоскопии расширяет возможности диагностики в иммунологических исследованиях (в частности определение секреторного иммуноглобулина (SigA), что характеризует состояние местного иммунитета, более полным цитологическом заключении при микроскопии центрифугированного осадка промывных вод бронхов. В случаях неспецифического воспаления бронхов различной степени, проводились лечебные бронхоскопии с учетом результатов посевов смывов бронхиального дерева, определения чувствительности патогенной флоры к антибиотикам. Отличный проти-

сутствие осложнений зависит от тщательного сбора анамнеза жизни, аллергологического анамнеза, проведения премедикации, квалификации врача, анатомических особенностей и технического обеспечения исследований.

Литература

1. Шалимов А.А. (1991) Медицинская техника в хирургии. (Киев). "Здоров'я". с. 18-35
2. Майстренко Н.А. (2000) Холедохолитиаз. (С-Пб.). "ЭЛБИ".
3. Нечитайло М.Е., Грубник В.В. (2005) Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков. (Киев). "Здоров'я".

вовоспалительный лечебный эффект при использовании суспензии аутологичных макрофагов. Поскольку в очаге гнойного затяжного воспаления количество альвеолярных макрофагов и их поглотительная бактерицидная активность, а также способность секретировать лизоцим значительно угнетены, то для коррекции фагоцитарных механизмов использовались более активные клетки здоровых участков неповрежденных сегментов.

При вирусной инфекции традиционная антибактериальная терапия не эффективна. В аспирате из бронхов микрофлора, как правило, отсутствует, а воспалительные изменения в бронхах сохраняются. В литературе имеются указания на наличие антигенов вирусов в аспирате и лаважной жидкости из бронхов, но в случае отсутствия цилиндрического эпителия в аспирате, проводится щеточная биопсия слизистой оболочки. Полученный с помощью браш-биопсии материал помещается в стерильный физиологический раствор, взбалтывается, центрифугируется и проводится иммунофлуоресцентное исследование и этим же материалом заражалась культура тканей.

Выводы

На основании полученных данных при ФБС была откорректирована комплексная противовоспалительная терапия. Эффективность лечения у больных основной группы с гнойным эндобронхитом была на 30% выше, чем у контрольной группы. У больных с бронхоэктазами — на 25% выше, чем в контрольной, а у больных с атрофическим эндобронхитом — на 15% выше, чем в сравняваемой контрольной группе. Полученные результаты позволяют заключить, что БАЛ является средством выбора для лечения больных с различными формами ХБ.

Литература

1. Луконский Г.И., Шулуток М.Л. и соавт. (2007) "Бронхопульмонология".
2. Авдеев С. (2006) Системные эффекты у больных ХОБЛ. Врач. 12
3. Дзюблик А.Я., Мухин А.А., Бялык Е.И. (2007) Хроническое obstructive заболевание легких: современная концепция патогенеза, подходы к терапии. Клінічна імунологія, алергологія, інфектологія. 1
4. Моголарова Н.Е., Ливневский Ю.В. (1994) Случай альвеолярного микролитиаза. Пульмонологический журнал.
5. Смирнов В., Сюсюкин А. (2004) Применение тимогена при бронхолегочной патологии. Doctor.

КОЛОНОСКОПИИ И ГАСТРОСКОПИИ ПОД ОБЩИМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ

Целикова В.В., Бубинов С.Н., Поливанов А.К., Губанов Д.С.*

Донецкий областной противоопухолевый центр, Украина

УНЛК "Университетская клиника", Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина*

Введение

В нашей стране эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) и колоноскопии (КС) в основном выполняются без общего обезболивания [1-5]. Наиболее часто используется местная анестезия раствором лидокаина (ЭГДС), применяются внутримышечные инъекции спазмолитических, обезболивающих, седативных препаратов накануне исследования, что облегчает проведение исследования, но не во всех случаях и не в полной мере. В педиатрической практике большинство исследований проводится под общим обезболиванием, в то время как у взрослых пациентов общая анестезия при эндоскопических исследованиях применяется достаточно редко. Существует мнение, что при методическом правильном проведении исследования боль не возникает [3-5]. Однако эндоскопическое исследование всегда вызывает в той или иной мере неприятные ощущения, кроме того, у определенного контингента пациентов боль и негативное восприятие процедуры возникает даже при безукоризненной технике врача-эндоскописта.

КС у больных с острым воспалительным процессом в брюшной полости, заболеваниями анальной зоны, сопровождающимися болевым синдромом, в случаях, когда исследование не может быть отсрочено, у пациентов с синдромом раздраженной кишки, спячной болезнью может быть безболезненно выполнена под общим обезболиванием. ЭГДС у пациентов с большими диафрагмальными грыжами, воспалительными процессами в ротовой полости и глотке менее травматична в условиях медикаментозного сна. Психо-эмоциональное состояние больных, часто связанное с предшествующим негативным опытом, сопутствующей патологией, в значительной степени затрудняют исследование, неоправданно продлевают его время, снижают качество. Общая анестезия снижает эмоциональную нагрузку на пациента, кроме того, на врача, выполняющего исследование [7-9]. В условиях медикаментозного сна улучшается визуализация, облегчаются манипуляции и операции, сокращается время исследования, снижается риск осложнений эндоскопического исследования (естественно, при соблюдении правил выполнения ЭГДС и КС), так как отсутствуют вторичный рефлекс, двигательное беспокойство, мышечное напряжение, эмоциональный фактор. В Америке и Европе применение общей анестезии обеспечивает комфорт эндоскопических исследований в 95-99% случаев [7,8]. В украинских и российских журналах незначительное количество публикаций по данной

теме. Современные средства для общей анестезии эффективны и безопасны, при правильном проведении наркоза не оказывают отрицательного влияния на организм. В связи с быстрым началом и прекращением действия пропофол, по мнению многих авторов, является препаратом выбора [1,8,10]. Сохранение спонтанного дыхания и кашлевого рефлекса является важным аспектом в профилактике возможной аспирации.

Материалы и методы

ЭГДС и КС под общим обезболиванием мы выполняем на протяжении 10 лет, последние годы в связи с появлением пропофола количество исследований увеличилось. За период с 2007 по 2010 в ДОПЦ выполнено под общим обезболиванием 1880 КС и 460 ЭГДС. Необходимость анестезии была обусловлена психоэмоциональным состоянием пациентов, воспалительным и спаянным процессом в брюшной полости, заболеваниями анальной области, ранним послеоперационным периодом. Подготовка к колоноскопии проводилась в подавляющем большинстве случаев с применением препарата "Фортранс". КС и ЭГДС проводились видеоэндоскопиями и фиброскопиями Olympus, Fujinon, Karl Storz. КС выполнялись в положении больного на спине с использованием методики присоборования и ротации, постоянной аспирации содержимого, соблюдением правил выполнения колоноскопии. ЭГДС проводились в положении больного на левом боку. Обезболивание проводил врач анестезиолог, в основном применял внутривенное болюсное введение дипрофола, доза подбиралась индивидуально из расчета 1,5-2,5 мг/кг. Скорость введения корригировали в соответствии с необходимой глубиной седативного эффекта, в пределах 0,3-4,0 мг/кг/ч. Поддержание уровня седации обеспечивалось повторным введением до достижения клинического ответа. Суммарная доза составляла 100-200 мг в зависимости от длительности исследования и реакции пациента. Подавляющее большинство исследований проводились в состоянии медикаментозного сна, с последующим наблюдением на протяжении 10-20 минут после окончания исследования. В ряде случаев (подозрение на перфорацию гастродуоденальной язвы, профузное кровотечение) ЭГДС проводились под эндотрахеальным наркозом в условиях операционной. Интраоперационные КС и ЭГДС выполнялись для установления диагноза, уточнения локализации и протяженности патологического процесса, удаления полипов, инородных тел, проведения зондов и стентов.