

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 фагоцитирующая 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 обструктивное 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 проводилось 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.

Результаты

В 74% случаев была осмотрена вся толстая кишка и терминальный отдел подвздошной кишки. Причиной неполного осмотра у 26% пациентов являлись опухоли, обтурирующие просвет и спаечная болезнь. Помимо диагностических исследований выполнялись биопсии 890, полиэктомии 89, бужирование стенозов 18. Длительность диагностических КС составляла 5–20 минут, в случаях выполнения различных манипуляций и операций — в пределах 30 минут. Длительность ЭГДС с полиэктомией не превышала 20 минут. Тяжелых осложнений эндоскопического исследования и анестезии не наблюдалось. Кратковременное угнетение дыхания отмечалось у 4 пациентов пожилого возраста с сопутствующей патологией.

В 1 случае у пациента на фоне рака поперечно-ободочной кишки с прорастанием тонкой кишки на уровне связки Трейца и формированием толсто-тонкокишечного свища во время КС возникла обильная рвота кишечным содержимым. Аспирации не произошло, т.к. исследование проводилось при спонтанном дыхании и сохраненном кашлевом рефлексе. У 4 пациентов с полипами кардального отдела желудка на фоне диафрагмальной грыжи полипэктомия была успешно выполнена без осложнений за короткий период времени.

Выводы

ЭГДС и КС под общим обезболиванием улучшает качество исследования и облегчает его проведение для пациента и врача. При соблюдении всех правил выполнения эндоскопического исследования и проведения общей анестезии риск осложнений минимален. Целесообразно широкое применение общей анестезии для ЭГДС и КС.

копического исследования и проведения общей анестезии риск осложнений минимален. Целесообразно широкое применение общей анестезии для ЭГДС и КС.

Литература

1. Кондратенко П.Г., Стукало А.А., Раденко Е.Е. (2007) Гастроинтестинальная эндоскопия. Практическое руководство. (Донецк). 374 с.
2. Ниязалина С.А., Одинов С.В., Гурьев П.В. (2000) Возможности гастроинтестинальной эндоскопии в диагностике рака желудка и толстой кишки в условиях активной диспансеризации. Кремельская медицина. 1: 57–60
3. Савельев В.С., Исаков Ю.Ф., Лопаткина Н.А. (1985) Пособие по эндоскопии. (Москва). "Медицина". 544 с.
4. Сотников В.Н., Разживина А.А., Веселов В.В. и соавт. (2006) Колоноскопия в диагностике заболеваний толстой кишки. (Москва). "Экстрапринт". 280 с.
5. Черненко В.В. (2002) Синдром раздраженного кишечника: современные аспекты диагностики, клиники и лечения. *Docstg*. 2: 15–19
6. Шевелюк С.Б., Орлов О.Л., Криворук О.М. (2010) Аспекты виконання діагностично-лікувальної колоноскопії. Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. 14; 3: 50–51
7. Barklay L. (2002) Patient-controlled sedation for colonoscopy safe. *Effective Gastrointest. Endosc.* 56: 629–632
8. Cohen L.B., Dobovskiy A.N., Aisenberg J., Miller K.M. (2003) Propofol for endoscopic sedation: a protocol for safe and effective administration by the gastroenterologist. *Gastrointest. Endosc.* 57: AB103
9. Mamula P., Markowitz J.E., Neiswender K. et al. (2003) Conscious sedation with midazolam and fentanyl for pediatric endoscopy. *Gastrointest. Endosc.* 57: AB121
10. Sebel P.S. (1989) Propofol: a new intravenous anesthetic. *Anesthesiology*. 71: 260–277

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Щудро С.А., Дегтярь В.А., Садовенко Е.Г., Барсуک А.М., Валов В.Г.

Днепропетровская государственная медицинская академия, Украина

Цель

Изучить особенности применения эзогастроудоденоскопии (ЭГДС) в ургентной детской хирургии.

Материал и методы

За последние два года в кабинете эндоскопической диагностики осмотрено 1450 детей от двух недель до 18 лет. ЭГДС у детей младшего возраста, с лабильной психикой или по настоянию родителей, исследование выполняется в состоянии медикаментозного сна.

Результаты

За последние годы отмечается значительный рост общего количества детей, страдающих болезнями органов пищеварения. Потребность в широком использовании ЭГДС желудочно-кишечного тракта была вызвана большой распространенностью и возрастной частотой тяжелых по течению заболеваний органов пищеварения у детей. ЭГДС может применяться как для диагностики, так и для лечения. Она может быть плановой или экстренной, в зависимости от того, насколько срочно должны быть получены данные.

Произведен анализ эффективности применения методов диагностической и лечебной эндоскопии при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости у

детей. За последние два года в кабинете эндоскопии клиники детской хирургии осмотрено всего 1450 детей. Из них 723 ребенка (49%) с острой хирургической патологией, 622 больных (86%) осматривались впервые, 102 (14%) — находились на диспансерном учете у гастроэнтеролога. Применение эндоскопических исследований и манипуляций в ургентной хирургии детского возраста позволяет разрешить диагностические сомнения в трудных случаях, а также выполнить малоинвазивные лечебные мероприятия, что улучшает диагностику и результаты лечения детей. Наиболее часто диагностировались эзофагиты, эрозивные эзофагиты 145 детей (10%), поверхностные гастриты — 346 (24%), хронический гастрит — 140 (9%), бульбиты — 272 (19%) и эрозивные — 47 (3%), дуодениты 263 (18%), дуодено-гастральный рефлюкс — 93 (6%). Другая патология диагностировалась у 144 детей, что составило 11%. Значительно изменяется структура заболеваемости в сторону увеличения количества детей с язвенно-эрозивными заболеваниями органов пищеварения. При ЭГДС для проведения морфологических исследований, берется материал при помощи цитологической щетки, что снижает травматичность и риск заражения ребенка при взятии биопсии.

Выводы

Широкое применение методов диагностической и лечебной эндоскопии в клинике детской хирургии позволяет улучшить диагностику воспалительных заболеваний пищеварительного тракта у детей.

СЛОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛИМФОМ ЖЕЛУДКА

Тофан А.В., Бойко Г.С., Бобокал В.Н., Каминская З.И., Баранников К.В., Синица В.А., Разумейко И.В.

Национальный институт рака, Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, Украина

Введение

На основании только одной эндоскопической семиотики установить диагноз злокачественной лимфомы желудка (ЗЛЖ) в большинстве случаев представляет значительные сложности. Это связано с отсутствием патогномических эндоскопических признаков указанной патологии. В структуре всех злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта лимфомы гастроинтестинального тракта охватывают от 14% до 27% всех экстранодальных поражений и составляют от 1% до 15%. Чаще всего поражается желудок (50–75%), сравнительно реже тонкая кишка (20–35%). Лимфомы толстой кишки наблюдаются в 5–10% случаев. Самыми редкими признаны первичные неходжкинские лимфомы пищевода [1].

Лимфому желудка следует заподозрить в тех случаях, когда при рентгенографии или гастроскопии выявлена гипертрофия слизистой желудка с неравномерным утолщением складок, полип или изъязвленный узел. Проводят биопсию опухоли, ее пункцию или шеточный соскоб. Для определения стадии применяют КТ живота и грудной клетки, эндоскопическое УЗИ, стерильную пункцию и трепанобиопсию костного мозга [2].

Материалы и методы

В отделении эндоскопической диагностики Национального института рака МОЗ Украины, которое является базой кафедры онкологии НМАПО им. П.Л. Шупика, злокачественная лимфома желудка обнаружена у 267 больных. Среди заболевших было выявлено 145 мужчин и 122 женщины. Возраст колебался от 14 до 87 лет.

Исходя полученный материал, нами установлено, что язвенная форма ЗЛЖ установлена у 54% больных, экзоститная форма — у 5,2%, инфильтративная форма — у 13,8% и смешанная форма ЗЛЖ диагностирована у 27% обследованных больных.

Результаты и обсуждение

В связи с отсутствием патогномических эндоскопических признаков злокачественной лимфомы желудка (ЗЛЖ) диагностика этой патологии только на основании эндоскопической семиотики в большинстве случаев невозможна. В некоторой степени, навести на мысль о наличии злокачественной лимфомы в конкретном случае, могут: мультицен-

тричность очагов поражения в одном или нескольких отделах желудка, сохраненная эластичность опухолевого инфильтрата при инструментальной пальпации и взятии биопсии, а также относительно молодой возраст больных.

Анализ исследований показал, что на основании эндоскопической семиотики правильный диагноз ЗЛЖ установлен только в 34,8% наблюдений; в 41,8% диагноз был ошибочным (ставился диагноз рак желудка) и у 23,4% больных диагноз был сомнительным (рак? лимфома?). Следует отметить, что ни в одном случае не выставлялось заключение о доброкачественности выявленного поражения слизистой оболочки желудка. Ведущим в установлении заключительного диагноза является морфологическое исследование биопсийного материала. Правильность его забора, тщательность выполнения методики биопсии значительно облегчает патогистологам проводить морфологические исследования, что существенно влияет на постановку патоморфологического диагноза.

У всех обследованных больных диагноз ЗЛЖ гистологически верифицирован на основании изучения биопсийного материала. Однако только в 25% наблюдений морфологическая верификация была получена при изучении биопсийного материала, взятого при первом эндоскопическом исследовании. У 75% больных ЗЛЖ была подтверждена морфологически на основании изучения биопсийного материала, полученного при повторных, во многих случаях многократных эндоскопиях.

Выводы

Морфологический диагноз опухоли лимфоидной ткани в онкологическом аспекте должен основываться на гистологическом и иммуногистохимическом исследовании биоптата, полученного при эксцизионной или инцизионной биопсии, что в свою очередь подразумевает наличие специальных навыков у врача-эндоскописта. Таким образом, морфологическое исследование является ведущим в установлении заключительного диагноза и назначения адекватного лечения.

Литература

1. Давыдов М. И., Аксель Е. М. (2007) Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2005 г. *Вестник РОНЦ им. Н. Н. Блохина*. 18; 2 (1): 156
2. Cavalli F., Stein H., Zucca E. (2008) Extranodal lymphomas: pathology and management. *Informa Healthcare*. p. 344