больным рекомендовались противорецидивные курсы терапии, нормализация образа жизни, соблюдение диеты и режима питания, прием средств по урегулированию функции ЖКТ.

Работа представлена на научную V Общероссийскую конференцию «Гомеостаз и инфекционный процесс» (г. Кисловодск, 19-21 апреля, 2004 г.)

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Басиев З.Г., Басиева О.З., Абаев О.И., Цеова В.С.
Северо-Осетинская медицинская академия, Владикавказ

Бронхиальная астма (БА) в силу своей распространенности является частой причиной госпитализации в пульмонологические, общетерапевтические и реанимационные отделения. Обострения болезни требуют установления причинных факторов, уточнения диагноза, тяжести состояния, нередко проведения дифференциальной диагностики. Располагая достаточно большим опытом обследования и лечения больных БА, убедились в необходимости более широкого применения инструментальных методов исследования при этой патологии. Среди них наиболее часто использовали пневмотахометрию с уровневым определением скорости прохождения воздушного потока, фибробронхоскопию (ФБС). При проведении ФБС во всех случаях производился бронхиолоальвелярный лаваж (БАЛ) и микробиопсия для цитологического анализа. Во всех случаях больные подвергались рино- и ларингоскопии. Как правило, при поступлении выполнялись стандартные исследования (клинико-лабораторные, бактериологические, рентгенологические, проводились ЭКГ, ЭхоКГ, вентилометрия с бронхомоторным тестированием, факультативно – иммунологические и другие методы диагностики). После комплексной оценки этих показателей решался вопрос о других дополнительных инструментальных методах исследования. Ежегодно нами производится 300-350 ФБС, среди которых больные БА составляют в среднем 25-28%. Кроме визуальной оценки состояния бронхов производится малотравматичная биопсия слизистой для цитологического исследования, применяется БАЛ для цитологического и бактериологического исследования лаважной жидкости, определялись компоненты сурфактанта. При ФБС наиболее часто выявлялся гипертрофический бронхит с явлениями отека, гиперреактивностью и трахеобронхиальной дискинезией (32%), реже (18%) – атрофические процессы с вязким студнеобразным секретом, а также диффузные и частично диффузные катаральные эндобронхиты (38%) и их сочетания с гнойным бронхитом (12%). Во время ФБС одновременно выполнялись лечебные процедуры – аспирации, введение лекарственных и моющих средств, производились блокады с фармакологическими препаратами, а также лазерная обработка бронхов (длина волны 630 нм в постоянном режиме и мощностью 4-5мВт по 3 мин с каждой стороны). В динамике исследовалась функция внешнего дыхания и скоростные показатели (МОС 25, МОС 50, и МОС 75). Наряду с этими методами всем больным производилась УЗИ внутренних органов, а по показаниям зофагогастродуоденоскопия (болезни ЖКТ, гастроэзофагеальный рефлюкс и др.). Таким образом, инструментальные исследования являются существенными в уточнении диагноза, тяжести состояния больных, они определяют план и эффективность лечения.

Работа представлена на научную V Общероссийскую конференцию «Гомеостаз и инфекционный процесс» (г. Кисловодск, 19-21 апреля, 2004 г.)

ТРАНСЛИМФАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Басиев З.Г., Басиева О.З.
Северо-Осетинская медицинская академия, Владикавказ

В лечении болезней органов дыхания (БОД) традиционными являются энтеральный и парентеральный пути введения фармакологических средств, при которых оказывается системное воздействие на организм. В то же время при БОД наиболее часто требуется создание достаточно высокой терапевтической концентрации препаратов в бронхолегочном аппарате. Внутривенный, внутримышечный и подкожный способы введения нередко не обеспечивают в нем должного уровня и продолжительности воздействия препаратов. Работами Ю.М.Левина (1983,1999), Р.Т.Панченкова и соавт. (1984), Ю.И.Бородина и соавт. (1998) и др. установлена высокая эффективность метода транслимфальной терапии (ТЛТ), когда лекарственные средства вводятся эндолимфатическим путем или через коллекторы лимфатической системы – лимфоузлы. Известно, что лимфоузлы выполняют роль биологических фильтров и располагаясь на путях лимфотока осуществляют многофакторную функцию (очистительную, транспортную, иммунокорригирующую и др.). Для транслимфатического введения наиболее часто используется эндолимфатический метод с хирургической мобилизацией лимфатического сосуда и проведением катетера, что требует условий операционной, специального инструментария, хирургических навыков, персонального наблюдения больных и т.д. В настоящее время в центрах клинической лимфологии, лимфотерапии и эндоэкологии достаточно хорошо и подробно разработан метод нехирургического введения препаратов в зоне прилегающей к крупным лимфатическим узлам. Нами использована технология транслимфальной терапии с введением препаратов в клетчатку области паховых лимфоузлов. Метод ТЛТ нами был применен у 32 больных с различной бронхолегочной патологией и полирезистентностью микробной флоры при недостаточной эффективности предшествующего лечения. В половине случаев больные имели деструктивные процессы в легких (стафилококковая пневмония с распадом, абсцесс, гангрена и др.). Для улучшения проходимости пре- и постузловых коммуникаций предварительно с помощью специальных катетеров в зоне лимфоузлов пред-