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-

варительно вводился контрикал (гордокс), затем производилась капельная инстилляция адекватного антибиотика и необходимых лечебных компонентов. В среднем проводилось 3-7 таких введений, которые не вызывали осложнений. Только в одном случае возник небольшой местный отек. В результате ускорялись нормализация температуры и детоксикация, подавлялся гнойный процесс в паренхиме легкого и бронхах. Отмечена быстрая положительная рентгенологическая и гематологическая динамка. В итоге во всех 32 случаях было достигнуто значительное улучшение состояния больных.

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

СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Гладилин Г.П., Ребров А.П., Бутунина Н.А.
Саратовский Государственный Медицинский Университет, Саратов

Важнейшую роль в патогенезе таких заболеваний, как ревматоидный артрит, хронический гломерулонефрит и системная красная волчанка, играет повреждение сосудистой стенки.

В настоящее время исследования сосудистого компонента гемостаза преимущественно базируются на определении времени кровотечения и резистентности капилляров. Однако данные методы не могут отразить в полной мере степень повреждения сосудистой стенки, а также связаны с некоторыми трудностями выполнения.

Целью нашего исследования явилась оценка информативности манжеточной пробы, позволяющей исследовать функциональную активность сосудистой стенки, а именно антиагрегационную, антикоагулянтную, фибринолитическую, и определение десквамированных эндотелиальных клеток, являющихся морфологическим маркером повреждения сосудистой стенки.

Обследованы больные с хроническим гломерулонефритом , ревматоидным артритом и системной красной волчанкой с разной активностью процесса (всего 300 человек).

Определялась степень агрегации, активность АТ III и фибринолитическая активность до и после наложения манжеты.

Метод определения десквамированных эндотелиоцитов основан на изоляции клеток эндотелия вместе с тромбоцитами в плазме больного с последующим осаждением тромбоцитов с помощью АДФ, а эндотелиоцитов – поэтапным центрифугированием.

В результате выявлено, что во всех группах больных снижение антиагрегационной , антикоагулянтной и фибринолитической активности коррелирует с циркулирующими эндотелиоцитами , и наиболее выражены у больных с активной формой заболевания.

Таким образом, можно утверждать, что данные методы являются достаточно объективными и информативными и могут быть использованы в качестве дополнительных критериев диагностики заболеваний с поражением сосудистой стенки иммунного характера.

НОВАЯ МЕТОДИКА ОРГАНОСОХРАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РТМ 1 СТ

Грицай А.Н.
Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН и Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, Москва, Ростов-на–Дону

Акад. Ю.С. Сидоренко разработана и внедрена в 1986г.оригинальная оперативная методика субтотальной экстирпации матки с сохранением тазового дна.

Показаниями к этой операции являются предопухолевые и доброкачественные процессы в области эндометрия и шейки матки. Кроме того, эту операцию целесообразно проводить при сочетании фибромиомы матки с различными предопухолевыми состояниями шейки матки (дисплазия, лейкоплакия, эритроплакия, рубцовая деформация, эрозия и т.д.). В последнее время с развитием органосберегающих принципов в онкологии при ранних стадиях опухолевого процесса, нами была использована денная методика у больных РТМ 1 стадии. В этих условиях, как известно, операцией выбора является тотальная экстирпация матки по общепринятой методике.

Предложенная нами методика субтотальной экстирпации с сохранением тазового дна представляется в данной ситуации более целесообразной, поскольку необходимый радикализм достигается на фоне меньшего объема оперативного вмешательства, меньшего операционного риска, и с меньшими последующими функционально-неврологическими расстройствами, имея в виду сохранение тазового дна. Этапы этой операции предусматривают первоначально типичную надвлагалищную ампутацию матки с придатками. Затем, на уровне внутреннего зева культи шейки матки, отсепаровывается брюшина заднего свода от шейки матки и прямой кишки на 5-6см. По цервикальному каналу сзади культя шейки матки рассекается до свода, и вся её ткань выворачивается, а затем слизистая цервикального канала и прилежащая 1/3-1/2 мышечного слоя циркулярно иссекаются вместе с шейкой матки. На оставшийся мышечный участок культи матки накладываются циркулярно в 2-3 яруса швы. После чего сформированная мышечная культя перитонизируется, как обычно, брюшиной мочевого пузыря. 25 больным РТМ 1 ст. была выполнена модифицированный вид субтотальной экстирпации матки. Больные подразделялись по возрастным подгруппам: 15 больных от35 до 45 лет поздний репродуктивный с сохранением не только сексуальной, но и гормональной функций(с оставлением яичников с двух сторон) и 10 больных с 46-49 лет - перименопаузальный возраст - с формированием искусственной культи из тканей шейки матки.