

5. Чечкова О.Б. Самсыгина Г.А. Матернали Всероссийской научно-практической конференции "Актуальные проблемы перинатологии". — Чебоксары, 1994. — С. 278—279.
6. Энциклопедия клинических лабораторных тестов. /Под ред. И.У. Тица. — М., 1997.
7. Bertrand L., Arnefaux J. // Ann. med. intern. — 1973. — Vol. 3. — P. 172.
8. Fung KP, Lau SP. // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. — 1985. — Vol. 4. — P. 208.
9. Richterich R., Cantx B. // Enzyme. — 1972. — Vol. 13. — P. 257.
10. Yeung C.Y. // Pediatrics. — 1972. — Vol. 50. — P. 812.

Поступила 12.07.01.

ACTIVITY OF GAMMA-GLUTAMYL-TRANSPEPTIDASE AND 5'-NUCLEOTIDASE IN NEWBORNS WITH JAUNDICE SYNDROME

U.P. Bulatov, S.I. Daminova, I.Sh. Trofimova, A.L. Storozhev

Summary

Activity of gammaglutamyltranspeptidase and 5'-nucleotidase is studied in blood serum of 84 newborns. In 20 newborns enzymes are studied in umbilical blood serum, in 64 children aged 5 to 28 days - in peripheral blood serum. The lowest level of enzymes is found in umbilical blood serum and in children without jaundice in neonatal period. The development of conjugational jaundice in neonatal period can be predicted by activity of gamma-glutamyltranspeptidase in umbilical blood.

616.24—002.583.—072.7—073.75

АМБУЛАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ

А.А.Визель, С.Ю.Ахунова, Л.В.Исламова, Е.Г.Дмитриев, Н.Б.Амиров,
Г.Р.Насретдинова, О.Г.Катаев, М.Э.Гурылева, И.М.Казаков

Кафедра фтизиопульмонологии (зав. — проф. А.А.Визель) Казанского государственного медицинского университета, Межрегиональный клиничко-диагностический центр (ген. директор — Р.И.Тушев) МЗ РТ, г. Казань, Городской противотуберкулезный диспансер (главрач — И.М.Казаков) УЗ, г. Казань

Саркоидоз — мультисистемный бесказеозный эпителиоидноклеточный гранулематоз преимущественно внутригрудной локализации. Этиология заболевания неизвестна, однако его патогенез, клиническая картина и методы диагностики постоянно совершенствуются. Традиционно в России саркоидозом занимались фтизиатры (VIII группа учета по туберкулезу), госпитализируя пациентов на то или иное время в противотуберкулезные учреждения. В порядке эксперимента кафедра фтизиопульмонологии Казанского медицинского университета Минздрава РФ выступила с инициативой амбулаторного наблюдения за больными этой группы при согласии администрации городского противотуберкулезного диспансера г.Казани и активном участии сотрудников Межрегионального клиничко-диагностического центра, располагающего современным диагностическим оборудованием. За основу ведения этих пациентов было взято международное соглашение по саркоидозу, принятое в 1999 г. Проект исследования в 2001 г. был одобрен секцией "Пульмонология" ученого совета Минздрава РФ.

Целью данного этапа работы были оценка функционального состояния аппарата дыхания и сопоставление выяв-

ленных нарушений с клиническими, лабораторными и рентгенологическими изменениями у больных саркоидозом в момент их взятия на учет. Оценку функции внешнего дыхания проводили на аппаратах Vmax 20 и Vmax 229 фирмы "Sensor Medics" на основании анализа кривых поток—объем форсированного выдоха и расчета диффузионной способности легких (DLco) по методу "single breath".

Были обследованы 84 человека, больных саркоидозом (26 женщин и 58 мужчин), в возрасте от 20 до 72 лет (в среднем 39,7 ± 1,2 года). Рентгенологические стадии, в соответствии с международной классификацией (от 0 до IV), распределились следующим образом: I — у 22 (26,2%) больных, II — у 55 (65,5%), III — у 5 (6%) и IV — у 2 (2,4%). В 32 случаях была проведена гистологическая верификация диагноза (в 6 — трансбронхиальная биопсия, в 23 — видеоторакоскопическая биопсия, в 3 — открытая биопсия легких). 67 (79,8%) больных были обследованы во время наблюдения без лечения, 17 (20,2%) — на фоне начатого лечения. 58,3% больных были выявлены впервые, у 28,6% отмечалось хроническое течение саркоидоза, у 7,1% — состояние ремиссии и у 6% — обострение или рецидив. Только у

16 (19%) больных на момент исследований имела узловая эритема, которая чаще всего была локализована на передних поверхностях голени.

У 56% пациентов одышки не было, тогда как у остальных 44% преобладал инспираторный тип одышки (78,8%). Суставной синдром был выражен у 44% больных. 58,4% пациентов чувствовали утомляемость и слабость. У 31% больных имелись нарушения сна различной выраженности, у 19,1% — трудности с утренним подъемом, тогда как чувство подавленности, склонность к депрессивным состояниям присутствовали лишь у 16,7% обследованных. 39,3% пациентов ощущали головную боль (у 4 она сочеталась с системной артериальной гипертензией).

При клиническом лабораторном исследовании периферической крови СОЭ составляла в среднем 16,6 $\pm$ 1,4 мм/ч (в 40% случаев она была выше 15 мм/ч), среднее количество лейкоцитов в периферической крови — $6,18 \pm 0,51 \cdot 10^9/\text{л}$ (лейкоцитоз выше $9 \cdot 10^9/\text{л}$ был только у 4 пациентов). Лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы — 1,63 $\pm$ 0,20%, с. — 59,7 $\pm$ 1,0%, эоз. — 2,42 $\pm$ 0,21%, лимф. — 30,7 $\pm$ 0,9%, мон. — 6,0 $\pm$ 0,3%. Палочкоядерный сдвиг ($>6\%$) был отмечен только в одном случае, эозинофилия ($>5\%$) — у 6, лимфопения ($<19\%$) — у 10, моноцитоз ($>11\%$) — у 4, сочетание лимфопении с моноцитозом — только у одного.

У 48 больных была проведена оценка активности АлАТ и АсАТ периферической крови. Значения АлАТ варьировали от 9 до 145 МЕ/л (в среднем 32,5 $\pm$ 3,6 МЕ/л), более 40 МЕ/л отмечалось у 9 (18,7%) больных. Среди них снижение диффузионной способности легких было в 5 случаях (у 55,6% лиц с повышенной активностью АлАТ). Интересно, что 8 (88,9%) из них ощущали усталость.

У 7 пациентов активность АсАТ была выше 40 МЕ/л, среди них усталость чувствовали 5 (71,4%).

Средние значения систолического АД составляли 123,1 $\pm$ 2,6 мм Hg (85—210), диастолического — 80,8 $\pm$ 1,6 мм Hg (60—130), частота сердечных сокращений — 78,1 $\pm$ 1,2 в 1 мин (от 56 до 105).

Системная артериальная гипертензия имела у 5 пациентов, системная артериальная гипотензия — у одного. Тахикардия отмечалась у 7 больных, брадикардия — у

одного. У всех больных была проведена ЭКГ в покое, а у 55 — суточный ЭКГ-мониторинг по Холтеру. Нарушения внутрисердечной проводимости были выявлены у 27,4% больных, нарушения ритма — у 14,3% (экстрасистолия). В 2 случаях результаты ЭКГ-мониторинга стали причиной начала гормональной терапии ввиду высокой вероятности саркоидоза миокарда (биопсия миокарда не проводилась). В обоих случаях на фоне лечения глюкокортикоидами прослежена положительная динамика на ЭКГ.

У 6 больных была выполнена только рентгенография в двух проекциях. У 18 больных эти исследования были дополнены продольной томографией, а у 60 — спиральной компьютерной томографией высокого разрешения. При рентгенологическом обследовании у 75 (89,3%) больных было выявлено увеличение внутригрудных лимфатических узлов, у 61 (72,6%) — изменения в легких, у 23,8% — признаки фиброза, вовлечение же в процесс плевры — только у 7,1%.

Средние параметры, характеризовавшие состояние аппарата дыхания, были следующими: ЖЕЛ — 100,1 $\pm$ 1,7%, ОФВ₁ — 99,2 $\pm$ 2,1%, ПСВ — 107,4 $\pm$ 2,6%, МОС₂₅ — 103,9 $\pm$ 2,9%, МОС₅₀ — 85,4 $\pm$ 3,5%, МОС₇₅ — 70,8 $\pm$ 4,2%, СОС₂₅₋₇₅ — 85,7 $\pm$ 3,7% от должных величин, ИТ — 81,3 $\pm$ 1,1%, DLco — 85,4 $\pm$ 2,3% от должной.

ЖЕЛ ниже 80% от должной была только у 9 пациентов, ОФВ₁ ниже 80% от должного — у 12, ПСВ ниже 80% от должных — у 10, МОС₂₅ ниже 60% от должного — у 5, тогда как МОС₅₀ ниже 60% от должного — у 18 (21,4%), МОС₇₅ ниже 60% от должного — у 40 (47,6%), DLco ниже 80% от должной — у 33 (39,2%).

Среди 37 больных с жалобами на одышку диффузионная способность легких была снижена в 64,9% случаев, МОС₇₅ ниже 80% от должного — у 30 (81,1%), причем ниже 60% (56,8%) — у 21 из них, тогда как значения ЖЕЛ ниже нормы отмечались только в 24% случаев.

В числе 40 пациентов со снижением МОС₇₅ менее 60% от должных величин ограничение диффузионной способности легких имело место у 19 (47,5%), а одышка была у 21 (52,5%). В группе 33 больных со значениями DLco ниже 80% от должных величин МОС₇₅ оказалась

ниже 60% от должной у 19 (57,6%), а одышка была у 24 (72,7%). Среди 22 больных с I рентгенологической стадией саркоидоза только у 4 (18,2%) было снижение DL_{CO} ; MOC_{75} ниже 60% была у 8 (36,4%), а одышка — у 9 (40,9%). При II рентгенологической стадии саркоидоза (55 чел.) снижение только DL_{CO} зарегистрировано у 26 (47,2%), MOC_{75} ниже 60% была у 29 (52,7%), а одышка — у 25 (45,4%). Среди 5 больных с III рентгенологической стадией одышка была у одного, снижение MOC_{75} и диффузии — соответственно у одного и 2 больных. У 2 больных с IV рентгенологической стадией саркоидоза были одышка и MOC_{75} ниже 60%, но только у одного имелось снижение DL_{CO} .

При оценке состояния 10 больных с лимфопенией было установлено, что в 3 случаях у них была I рентгенологическая стадия и в 7 — II. Снижение MOC_{75} имело место у 3 больных, DL_{CO} — у 2, одышка — у 3, узловая эритема — у 3. Среди 16 больных с узловой эритемой снижение диффузионной способности легких встретилось в 56,3% случаев, обструкция на уровне мелких бронхов — в 37,5%, одышка — в 50%.

Полученные результаты согласуются с данными ранее проведенного функционального обследования больных внутригрудным саркоидозом, у которых наиболее характерным признаком было изолированное снижение DL_{CO} [7]. Согласно сведениям сотрудников НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М.Сеченова МЗ РФ, спирографические и бодиплетизмографические показатели при саркоидозе легких II степени характеризовались сочетанием умеренных рестриктивных нарушений с умеренными нарушениями бронхиальной проходимости преимущественно мелких, периферически расположенных бронхов. Они отметили, что у пациентов с саркоидозом легких II степени определяется снижение DL_{CO} в первую очередь за счет обструктивных изменений мелких бронхов [3]. Английские исследователи провели оценку взаимосвязи между обструктивными нарушениями и данными РКТ у 45 больных легочным саркоидозом. Данные РКТ были сопоставимы с нарушениями проходимости в дистальном отделе дыхательного дерева, особенно при достаточно выраженном саркоидозе с наличием большого количества очагов в легких [5]. Корреляция между рентгенологической стадией процесса и снижением диффузии имела место и в

нашем исследовании. В то же время патогенез обструкции дистальной части дыхательных путей при саркоидозе трактуется неоднозначно. Проведенные в Италии провокационные пробы с метахолином выявили у 20,6% пациентов с саркоидозом выраженную неспецифическую бронхиальную гиперреактивность [4]. В то же время развитие обструкции связывают с эндобронхиально расположенными гранулемами [4]. Заметим, что преобладание обструкции на дистальном участке бронхиального дерева среди больных в Республике Татарстан мы отмечали и в предшествовавших публикациях [1].

Нами были проведены пробы с бронхолитиками для оценки обратимости выявленных обструктивных нарушений с 200 мкг вентолина (с использованием спейсера Volumatic, Glaxo), с 40 мкг атровента (с использованием спейсера Boehringer Ingelheim) и с ингаляцией через небулайзер “Бореал” 1 мл раствора беродуала. Среди 45 пациентов, которым был ингалирован вентолин, средний прирост $ОФВ_1$ составил 4,8 1,7% от исходных, $ПОС$ — 8,1 2,5%, а MOC_{75} — 21,0 4,7%. У 46 больных после ингаляции атровента средний прирост $ОФВ_1$ составил 3,4 1,2% от исходных, $ПОС$ — 6,6 1,9%, а MOC_{75} — 9,7 3,3%. После небулизации беродуала 51 больному прирост показателей был равен соответственно 6,5 1,7%, 4,0 1,5% и 13,6 4,5%. Можно отметить, что во всех случаях обратимый компонент обструкции преобладал на дистальном участке бронхиального дерева, что свидетельствовало о явном наличии спастического компонента, уменьшавшегося в большей степени под влиянием β_2 -селективных адrenomиметиков. В то же время полной нормализации значений MOC_{75} не происходило, то есть вполне вероятно, что при саркоидозе легких присутствуют оба компонента — спастический обратимый и гранулематозный необратимый.

В недавней публикации сотрудников Центрального НИИ туберкулеза РАМН при инволюции диссеминированного процесса при саркоидозе были отмечены такие сканологические признаки обструкции, как краевая эмфизема, буллы, участки гиповентиляции легочной ткани. При рецидивирующем течении саркоидоза с преимущественно интерстициальными изменениями в легких достаточно быстро развивались нарушения гемодинамики и бронхиальная обструкция [2].

Таким образом, изменения функции дыхания у больных саркоидозом имели достаточно мозаичную и нетрадиционную для неспецифических заболеваний легких картину. Обструктивные нарушения вентиляции на дистальном участке бронхиального дерева сопровождались преимущественно инспираторной одышкой (для обструкции при бронхите и бронхиальной астме более характерна экспираторная одышка). Выявленная обструкция была частично обратима под влиянием вентолина и беродуала. Симптом одышки был связан чаще с обструкцией на уровне мелких бронхов, чем со снижением диффузионной способности легких. У больных с рентгенологическими признаками поражения легких одновременно с увеличением внутригрудных лимфатических узлов в 2 раза чаще была снижена диффузионная способность легких и МОС₇₅, чем у больных только с лимфаденопатией корней легких и средостения.

Результаты исследования показали необходимость комплексного дообследования в условиях современных диагностических центров при первичном взятии на учет больных саркоидозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Визель А.А., Яушев М.Ф., Гурьева М.Э. и др. // Казанский мед. ж. — 1993. — № 5. — С. 350—353.
2. Дмитриева Л.И., Сигасов А.Т., Романов Р.Г. // Пробл. туб. — 2001. — № 2. — С. 56—61.

УДК 617.55—072.1

ЛАПАРОСКОПИЯ В УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

И.С. Малков, М.И. Алукаев, И.М. Габитов

Кафедра общей и неотложной хирургии (зав. — доц. Р.Ш. Шаймарданов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Клинический опыт показывает, что из числа хирургических больных, поступающих в стационар, 25% составляют пациенты с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости [8]. Эта группа заболеваний включает в основном шесть нозологических единиц: острый аппендицит, острый панкреатит, прободную гастродуоденальную язву, острую кишечную непроходимость, ущемленные грыжи и травмы живота. Именно при этих видах острой хирургической патологии велик удельный вес диагностических ошибок не только на догоспитальном этапе, но и в стационарах, что приводит к запозда-

3. Евфимьевский В.П., Борисов С.Е., Богородская Е.М. Нарушения дыхательной функции при гранулематозах и распространенных поражениях иной природы. — М., 1998.

4. Demos T.C. // <http://www.meddean.luc.edu/lumen/MedEd/Radio/sarc/sarc3.htm> (28 Dec 1998).

5. Hansell D.M., Milne D.G. et al. // Radiology. — 1998. — Vol. 209. — P. 697—704.

6. Marcias S., Ledda M.A. et al. // Sarcoidosis. — 1994. — Vol. 11. — P. 118—122.

7. Shorr A.F., Torrington K.G., Parker J.M. // Respir. Med. — 1997. — Vol. 91. — P. 399—401.

Поступила 28.05.01.

AMBULATORY CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SARCOIDOSIS

A.A. Vigel, S.Yu. Akhunova, L.U. Islamova, E.G. Dmitriev, N.B. Amirov, G.R. Nasretdinova, O.G. Kataev, M.E. Guryleva, I.M. Kazakov

S u m m a r y

The results of complex examination of 84 patients with sarcoidosis aged 20 to 72 are presented. It is established that functional disorders (obstruction of small bronchi and reduction of diffusion capacity of lungs) were found more often in II roentgenologic stage of sarcoidosis than in I stage. Functional and radiation parallels are more expressed in using roentgen computer tomography of high permission. Dyspnea symptom in patients with sarcoidosis of I-II stage was to a greater extent connected with reduction of expiration rate at the level 75% of the forced vital capacity of lungs than with limitation of diffusion capacity of lungs. The necessity of complex examination of patients with sarcoidosis in current diagnostic centers is concluded.

лым вмешательствам, тяжелым осложнениям и летальности. Поэтому разработка новых и усовершенствование существующих методов диагностики является актуальной проблемой современной хирургии.

Нами проанализировано 385 историй болезней пациентов, госпитализированных в экстренном порядке в нашу клинику с 1999 по 2001 г., которым с целью уточнения диагноза была проведена диагностическая лапароскопия. Больных распределили по 4 группам. В 1-ю группу вошли 243 (63,1%) пациента, у которых нельзя было исключить диагноз острого аппендицита. 2-ю группу соста-