

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-

вили 64 (16,6%) человека с симптомами перитонита неясной этиологии (подозрение на перфорацию полого органа, мезентериальный тромбоз, острая кишечная непроходимость). 3-я группа была представлена 48 (12,4%) лицами с травмами живота, у которых не исключалось повреждение внутренних органов. 4-я группа состояла из 30 (7,9%) больных с патологией гепатобилиарной зоны (острый панкреатит, острый холецистит, острый гепатоз). 136 (55,9%) больных 1-й группы поступили в стационар в первые сутки от начала заболевания, остальные 107 (54,1%) в связи с атипичным проявлением заболевания — на более поздних сроках. Хотя острый аппендицит относится к самому распространенному острому хирургическому заболеванию брюшной полости, значительное количество диагностических ошибок (от 20 до 40%) на всех этапах медицинской помощи допускается именно при этой патологии [9]. Активная хирургическая тактика при остром аппендиците, за исключением аппендикулярного инфильтрата, независимо от сроков, прошедших с момента заболевания, предопределяет использование и оптимальной диагностической программы. Как показали наши наблюдения, клиничко-лабораторные методы обследования, проведенные у 243 больных 1-й группы, в 69% случаев оказались неинформативными, что свидетельствует о необходимости применения более объективных методов диагностики данной патологии. Таким методом, позволяющим верифицировать диагноз, является лапароскопия. В нашей клинике лапароскопическое исследование у 88 (37%) больных 1-й группы было выполнено в первые часы от момента поступления в стационар, у 155 (63%) — через 2 часа динамического наблюдения. Верифицировать диагноз лапароскопически нам удалось у 226 (93,1%) больных. Однако острые воспалительные изменения в червеобразном отростке были обнаружены лишь у 64 (26%) больных, у 171 (71%) — диагностирована гинекологическая патология, у 8 (3%) — прочие заболевания.

Таким образом, применение лапароскопии у большинства больных 1-й группы позволило установить диагноз и определить лечебную тактику.

Во 2-й группе из 64 больных, которым выполнялась экстренная лапаро-

скопия в связи с наличием симптомов перитонита неясной этиологии, 38 (59%) человек поступили в стационар в течение первых суток от начала заболевания. Диагностические затруднения отмечались и у 26 (41%) пациентов, госпитализированных на более поздних сроках развития патологического процесса. Клиничко-лабораторные и специальные методы исследования, проведенные в стационаре, в 39% случаев оказались неинформативными. Диагностика в таких сложных случаях должна базироваться на применении инструментальных или аппаратных методов исследования, среди которых лапароскопии принадлежит ведущее место. Однако необходимо упорядочить последовательность их применения в зависимости от сложности решения поставленных диагностических задач. Так, после проведения всех необходимых диагностических мероприятий в этой группе в первые 2 часа от момента поступления в стационар показания к диагностической лапароскопии были определены у 34 (57%) больных. У 30 (43%) пациентов ввиду диагностических трудностей лапароскопическое исследование было выполнено через 2 часа динамического наблюдения. При этом верифицировать диагноз с помощью лапароскопии удалось у 62 (98,8%) больных.

В 3-й группе из 48 больных с подозрением на повреждение внутренних органов вследствие травмы живота 38 (79%) человек поступили в стационар в первые сутки от начала заболевания: 10 (20,8%) — со множественной и сочетанной патологией, 3 (13%) — в шоковом состоянии, 12 (25%) — в состоянии алкогольного опьянения. При данной патологии число диагностических ошибок достигает 30% [1, 2, 4]. В этой группе больных клиничко-лабораторные и дополнительные методы исследования (УЗИ, рентгенография) оказались информативными лишь в 44,5% случаев. Трудности в установлении диагноза у больных данной категории и малая информативность дополнительных методов исследования были связаны с особенностью патологического процесса, протекающего на фоне острой кровопотери, шока, алкогольного опьянения. Поэтому у 36 (75%) больных уже в первые 2 часа от момента поступления в стационар была выполнена лапароскопия. Верифицировать диагноз удалось лапаро-

скопически у 46 (95,8%) больных. Повреждение внутренних органов было выявлено у 23 (47%) больных в основном на основании наличия косвенных признаков (кровь, кишечное содержимое, желчь). Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение послужило показанием к выполнению срочной лапаротомии. Таким образом, 25 (53%) больным удалось избежать диагностических лапаротомий, которые могли привести к ухудшению их состояния.

В 4-й группе из 30 больных с патологией гепатобилиарной зоны 13 (43%) человек были госпитализированы в первые сутки от начала заболевания. При этом 49,6% больных составляли лица пожилого и старческого возраста [5]. Именно в этой группе больных приходилось сталкиваться с наибольшими диагностическими трудностями. В настоящее время в неотложной хирургии отсутствуют клинические и лабораторные тесты, позволяющие дифференцировать острую патологию гепатобилиарной зоны. Так, в 50% случаев эти методы исследования оказались неинформативными. При отсутствии показаний к экстренной операции в настоящее время предлагаются различные варианты тактических решений. Оптимальные сроки консервативной терапии также окончательно не установлены. Поздняя и чрезмерно ранняя диагностическая лапаротомия чревата опасными последствиями, особенно у лиц пожилого и старческого возраста [3, 5, 6]. Одни авторы рассматривают консервативное лечение лишь как терапию, корригирующую функционально-метаболические нарушения, и как этап предоперационной подготовки [5, 7, 10], другие - как попытку во что бы то ни стало разрешить острый приступ заболевания [3]. В данной группе лишь у 4 (13%) больных лапароскопию выполнили в первые 2 часа от момента поступления в стационар, в 87% случаев - в более поздние сроки. При этом у 28 (96%) больных удалось верифицировать диагноз, но патология гепатобилиарной зоны была диагностирована лишь у 60% больных.

Таким образом, на основании анализа эффективности лапароскопического метода исследования нами выявлена его высокая разрешающая способность, которая в зависимости от характера патологического процесса варьирует от

93,1 до 96,8%. Трудности, возникающие при лапароскопии, могут быть обусловлены как объективными, так и субъективными факторами. К объективным факторам мы относим спаечный процесс в брюшной полости, парез кишечника, ожирение 2—3-й степени, большие и гигантские послеоперационные вентральные грыжи. Субъективным фактором можно считать недостаточный опыт хирурга, выполняющего лапароскопическое исследование. В настоящее время в связи с использованием видеолапароскопии отмечается увеличение частоты верификации диагноза до 98% [9]. Тем не менее лапароскопический метод ввиду его инвазивности должен быть использован на завершающих этапах установления диагноза и быть строго обоснованным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов М.М., Владимирова Е.Е. // Хирургия. - 1991.
2. Василаев Р.Х. Комбинированная лапароскопия. - Ташкент, 1976.
3. Виноградов В.В. Холецистит и его хирургическое лечение. - М., 1976.
4. Закурдаев В.Е. Диагностика и лечение повреждений живота при множественной травме. - Л., 1976.
5. Кочнев О.С., Ким И.А. Диагностическая и лечебная лапароскопия в неотложной хирургии. - Казань, 1988.
6. Прудков И.Д. Хирургическая лапароскопия. - Свердловск, 1981.
7. Савельев В.С. // Анналы хир. гепатол. - 1996. - № 1. - С. 107.
8. Татти Я.Я., Фролова Т.А. // Вестн. хир. - 2001. - № 1. - С. 67—69.
9. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия. - М., 1998.
10. Шалимов А.А., Шалимов С.А. и др. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - Киев, 1993.

Поступила 09.04.01.

LAPAROSCOPY IN URGENT ABDOMINAL SURGERY

I.S. Malkov, M.I. Alukaev, I.M. Gabitov

S u m m a r y

As many as 385 case records of patients with abdominal cavity pathology admitted urgently are analyzed to improve the diagnostic tactics of acute surgical pathology of abdominal cavity organs using laparoscopy. The analysis of laparoscopic examination showed the high resolving capacity of 93,1—96,8% depending on nature of the disease.