

## КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.24—002.5—07

**Р.П. Гуслякова, Э.Р. Галиаскарова, А.В. Бондарев, В.И. Ильинский, М.В. Кореева, Н.С. Тютина (Казань). Выявление фтизиатрических больных в стационаре нетуберкулезного профиля**

За последние годы в контингенте стационаров общей лечебной сети отмечается повышение удельного веса выявляемых больных туберкулезом легких и других локализаций. По данным Республиканской клинической больницы (РКБ) МЗ РТ, в 1997 г. было зарегистрировано 23 случая туберкулеза легких, в 1998 г. — 19, в 1999 г. — 32. Приток больных туберкулезом в общесоматический стационар есть основания объяснять не только сходством клинико-рентгенологической картины туберкулеза и пневмонии, но и истинным увеличением числа больных с атипично протекающим туберкулезом.

В 1999 г. были выявлены также случаи внелегочного туберкулеза — туберкулеза кишечника, туберкуломы головного мозга, туберкулеза печени, брюшины, позвоночника, туберкулезного менингита, мочевого пузыря туберкулеза.

С 1999 г. в штат РКБ введена должность фтизиатра. Анализ вновь обнаруженных случаев активного туберкулеза с этого периода по сегодняшний день показал, что среди 41 вновь выявленного больного туберкулезом легких больше тех, у кого имеются осложнения и распространенные формы данного заболевания.

В клинической структуре преобладали инфильтративный туберкулез (у 29), в том числе казеозная пневмония (у 1), диссеминированный туберкулез (у 5), реже туберкулезный плеврит (у 4), очаговый туберкулез (у 3).

Из числа выявленных больных инфильтративным туберкулезом у 46% человек были фазы распада, у 17% — двустороннее поражение, у 83% — одностороннее, у 58% — верхнедолевая локализация, у 42% — нижнедолевая, у 12% — с обсеменением в язычковые сегменты, у 33% — правосторонняя, у 67% — левосторонняя, у 43% — с бацилловыделением, у 5% — с поражением бронха специфическим процессом. У 2 (5%) пациентов туберкулез был подтвержден результатами цитологического анализа, у 9% — гистологического исследования.

Среди больных туберкулезом было 54% женщин и 46% мужчин. Возраст 30% лиц не превышал 25 лет, 27% — варьировал от 25 до 40 лет, 38% — от 40 до 60 лет. 15% больных были старше 60 лет. Преобладала возрастная группа от 40 до 60 лет.

Среди впервые выявленных больных туберкулезом легких из группы риска было 26,8% человек. Сопутствующими заболеваниями были сахарный диабет (4,8%), болезни дыхательных путей — БЭБ, рецидивирующие пневмонии (9,7%). 4,8% лиц длительно получали гормонотерапию. 7% больных находились в заключении.

Профилактическая флюорография в течение года была проведена у 32% человек, год назад — у 30%, 2 года назад — у 17%, более 2 лет — у 21%.

При поступлении в РКБ у 51% больных было отмечено острое начало заболевания, у 36% — постепенное. Симптомы туберкулезной интоксикации в виде потливости, слабости, снижения аппетита, похудание имели место у 63% боль-

ных. Незаметное течение заболевания, выявленное после рентгенологического обследования, констатировано у 12% пациентов. Значительное ухудшение состояния в первый день болезни было у 15% больных, в течение 1—2 месяцев — у 37%, до 0,5 года — у 32%, в течение года — у 4%. При поступлении кашель был сухим у 34% больных, с выделением слизистой, желто-зеленой гнойной мокроты — у 36%, кровохарканье — у 7%. 39% пациентов жаловались на боль в грудной клетке, 26% — на одышку в покое и при ходьбе. При аускультации сухие и влажные хрипы определялись у 17% больных, хрипы в легких не прослушивались у 43%. У 97% больных был лейкоцитоз; у 12% лиц число лейкоцитов было в пределах  $10 \cdot 10^9/\text{л}$ , у 17% — превышало  $10 \cdot 10^9/\text{л}$ , у 2% —  $15 \cdot 10^9/\text{л}$ . СОЭ до 20 мм/ч было у 12% больных, до 40 мм/ч — у 31%, до 60 мм/ч — у 22%.

58% больных до поступления в РКБ лечились без эффекта в стационарах по месту жительства, 29% — в амбулаторных условиях. 12% лиц не лечились, причем каждый четвертый (24%) консультировался по месту жительства у фтизиатра, которым диагноз туберкулеза был отвергнут. 14,6% больных были обследованы онкологом.

Ошибочная диагностика в общей лечебной сети была обусловлена особенностями течения туберкулезного процесса у больных и неправильной интерпретацией имевшихся данных. У части больных она была связана с необычной клинико-рентгенологической картиной заболевания (нижнедолевая локализация процесса, острая клиника). В ряде случаев ошибочный диагноз был поставлен в связи с недостаточно полным обследованием больных в общей медицинской сети по месту жительства. Это касалось прежде всего бактериологического, рентгенологического методов исследования. Дифференциальная диагностика специфического процесса в легких у некоторых больных затруднялась при лечении предполагаемой пневмонии препаратами, действующими на микобактерии туберкулеза. Поэтому выявить у этих больных микобактерии туберкулеза путем прямой бактериоскопии не удавалось, посевы не проводились, что и приводило к ошибочному диагнозу.

После установления диагноза туберкулеза о всех больных подавали экстренные извещения в районы и перевозили их в специализированные стационары. 56% человек перевели в РКПД, 29% — в ГСМО «Фтизиатрия», 9% — в районные диспансеры. 2 человека умерли от туберкулеза в течение 24 часов пребывания в РКБ.

УДК 616.995.1—07—08

**М.Г. Тухбатуллин, Д.К. Баширова, Р.Ф. Раимова (Казань). Токсокароз печени**

Н., 18 лет, поступил в хирургическое отделение РКБ № 2 г. Казани с направительным диагнозом: «Киста правого надпочечника». При поступлении больной жаловался на умеренные боли в поясничной области, периодические головные боли. Болен 6 месяцев. В анамнезе — простудные заболевания, пневмония. Туберкулез и венерические заболевания отрицает. Аллергологический анамнез без особенностей. Гемотрансфузий не было.

При поступлении общее состояние больного удовлетворительное; кожа и видимые слизистые оболочки чистые; язык влажный. Аускультативно: в легких — дыхание везикулярное, хрипов нет, сердце — тоны приглушены, сердцебиение ритмичное. Частота пульса — 76 уд. в 1 мин. АД — 110/70 мм Нг. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Результаты анализа крови на ВИЧ и RW отрицательные. Общий анализ крови: л. —  $6,2 \cdot 10^9$ /л, эр. —  $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, Нб — 13,8 г/л, СОЭ — 4 мм/ч. Лейкоформула: лимф. — 23,4%, мон. — 4,3%, гранулоц. — 72,3%, из них палочкоядерные — 3%, эоз. — 3%, плазматические клетки — 1%.

Биохимические анализы крови: глюкоза — 4,01 ммоль/л, АлАТ — 19 U/L, АсАТ — 34 U/L (выше нормы), содержание общего билирубина — 20,5 мкмоль/л, прямого билирубина — 1,8 мкмоль/л, мочевины — 4,23 ммоль/л, креатинина — 90 мкмоль/л, амилазы — 40 U/L. Уровень фибриногена — 3,1 г/л, время рекальцификации плазмы — 1 мин 50 с, тромботест — V, протромбиновый индекс — 84, фибриноген B отрицательный.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, моча прозрачная, отн. пл. — 1,020, реакция слабощелочная.

Обзорная рентгенография легких: легочный рисунок диффузно усилен, без очаговых и инфильтративных изменений. Корни структурные, синусы свободные.

Сердце: границы в пределах нормы.

Проведено УЗИ органов брюшной полости. Печень: размеры правой доли — 120 мм, левой — 66 мм (переднезадние размеры), контуры неровные, структура неоднородная. В проекции VIII сегмента печени визуализируется полостное образование с четкими контурами, наличием капсулы (82S63 мм) с неоднородным содержимым и гиперэхогенными включениями до 7 мм. Желчный пузырь — 65S28 мм, деформирован, с перетяжками, содержимое гомогенное. Холедох — 5 мм. Поджелудочная железа: головка — 26 мм, тело — 21 мм, хвост — 14 мм, контуры ровные, паренхима изоэхогенная.

Почки: положение их обычное, контуры ровные, правая — 96S48 мм, паренхима до 17 мм, прилежит к кистозному образованию, однако анатомической связи не обнаружено. Левая почка — 98S48 мм, паренхима до 17 мм, кортико-медуллярная дифференциация определяется. ЧЛС уплотнена, не расширена. Селезенка — 123S68S 118 мм.

Заключение: эхографические признаки указывают на паразитарную кисту печени.

На основании данных УЗИ было рекомендовано провести рентгеновскую компьютерную томографию печени и правой почки.

Органы брюшной полости были исследованы по программе с контрастированием кишечника и контрастным усилением изображения (50 мл ультрависта 300). На полученных томограммах печень, поджелудочная железа, селезенка расположены обычно, размеры и структура их не изменены. В проекции правого надпочечника выявляется образование овальной формы (7,8S5,6 см), неоднородной структуры, средняя плотность 19,3 ед Н. В капсуле имеются кальцинаты. Образование плотно прилежит к верхнему полюсу пра-

вой почки и заднему контуру правой доли печени. Левая почка не изменена. При контрастном усилении изображение контраст не накапливает. Функция почек не нарушена. Данных за увеличение лимфоузлов забрюшинного пространства не выявлено.

Заключение: по данным РКТ — киста надпочечника (?). Нельзя исключить кисту печени.

После данных исследований были произведены пункция и дренирование кисты печени. Под местной анестезией 0,25% раствора новокаина (60 мл) была выполнена пункция кисты VIII сегмента печени, через восьмое межреберье справа по нижнеаксиллярной линии. Эвакуировано около 150 мл светложелтой, прозрачной жидкости без примеси и хлопьев. В полость кисты введен катетер d 7 Fr по жесткому проводнику. Полость трижды обработана 96° этиловым спиртом (всего 100 мл). Катетер фиксирован к коже. Наложена асептическая повязка.

Взятая во время пунктирования жидкость отправлена в бактериологическую лабораторию на предмет выявления антител к гельминтам, бактериологический посев и чувствительность к антибиотикам. При обследовании содержимого кисты печени на антитела к гельминтам получены следующие результаты: ИФА на антитела к описторхисам и трихинеллам отрицательные. ИФА на антитела к токсокарозу положительные в титре 1:400. Цитологическое исследование после центрифугирования — осадка нет; в наличии микроскопически единичные лейкоциты и обрывки бесструктурных масс.

Исследование сыворотки крови на антитела к гельминтам: ИФА на антитела к описторхисам, трихинеллам, эхинококкам отрицательные, на антитела к токсокарам — положительные в титре 1:200.

Микрофлора в содержимом кисты печени не обнаружена.

Из данных анамнеза установлено, что больной имеет постоянный контакт с домашними собакой и кошкой. Данные клиники, РКТ и ИФА на антитела к токсокарозу свидетельствуют о заболевании токсокарозом, осложненном кистой печени.

Послеоперационный период протекал благоприятно, без осложнений.

Таким образом, несмотря на то что токсокароз является инфекционным заболеванием, вызванным глистной инвазией, и характеризуется высокой степенью эозинофилии, в данном случае, исходя из лабораторных исследований, результатов общего и биохимических анализов крови, этих признаков токсокароза обнаружено не было. Чрескожное пунктирование печени под контролем УЗИ дало возможность добыть содержимое кисты и провести инстилляцию этилового спиртом для склерозирования капсулы кисты.

УДК 616.33/.34—002.2—07:612.361:[546.815/.819+546.43+546.76

**Р.А. Файзуллина, С.В. Мальцев (Казань).  
Особенности баланса тяжелых металлов у детей с хроническим гастродуоденитом**

В условиях клинического стационара обследованы 256 детей с хроническим гастродуоденитом (ХГД) в возрасте от 12 до 15 лет (мальчиков — 63, девочек — 193). Диагноз заболевания устанавливали после клинического обследования,