

Доц. Е. Д. Полумордвинова, асс. М. П. Седловец и врач-лаборант Т. М. Гусева (Москва). Клиническая оценка определения эфирорастворимого билирубина при дифференциальном диагнозе желтух различной этиологии¹

Определение эфирорастворимого билирубина вошло в практику в качестве лабораторного метода, позволяющего диагностировать рак головки поджелудочной железы и фатерова сосочка.

В оценке дифференциально-диагностического значения определения эфирорастворимого билирубина нет единства взглядов. Это объясняется, по-видимому, тем, что причины появления эфирорастворимого билирубина в крови недостаточно изучены.

Всякий новый метод исследования получает правильное клиническое толкование после накопления и анализа достаточного фактического материала, что и побудило нас подвести итог собственным наблюдениям.

Определение эфирорастворимого билирубина по методике, описанной Н. Д. Михайловой, произведено нами (однократно и в динамике) у 88 больных с механической желтухой различного происхождения и у 109 больных всеми формами болезни Боткина, включая дистрофию и цирроз печени.

Из 88 больных с механической желтухой локализация опухоли была в головке поджелудочной железы у 40, в области фатерова соска — у 9, в желчных путях — у 10; первичный рак печени был у 5, метастазы рака в печени — у 8, желчнокаменная болезнь — у 7, холецистит — у 8, эхинококк печени — у одной.

В работе проанализированы истории болезни только таких больных, у которых диагноз подтвержден хирургическим вмешательством или патологоанатомическим вскрытием.

В соответствии с общеустановленным положением распределение больных по полу свидетельствовало о большей поражаемости мужчин злокачественным новообразованием с локализацией в холедохо-панкреатической зоне (их было 34, женщин 15). При других клинических формах, кроме желчнокаменной болезни, также преобладали мужчины.

Возраст больных у 79 из 88 был выше 50 лет.

Эфирорастворимый билирубин с различной частотой был обнаружен как при злокачественных опухолях, так и при желчнокаменной болезни, холецистите и эхинококке печени. Наибольшее количество положительных результатов получено при раке поджелудочной железы и фатерова сосочка, при раке желчного пузыря, метастазах рака в печени и желчнокаменной болезни. Одно это обстоятельство подрывает представление о патогномоничности обнаружения эфирорастворимого билирубина для локализации опухоли в области головки поджелудочной железы и фатерова сосочка. Об этом же свидетельствует тот факт, что почти у трети (у 14 из 49) больных с такой локализацией опухоли реакция на эфирорастворимый билирубин была отрицательной.

Исследование эфирорастворимого билирубина в значительном числе случаев не помогает раннему и даже своевременному диагнозу опухоли в холедохо-панкреатической зоне.

В механизме появления эфирорастворимого билирубина, по нашему мнению, ведущая роль принадлежит затруднению оттока желчи, и эта фракция пигмента появляется при уже высоких степенях такого затруднения. Это предположение подтверждается и теми наблюдениями, что при опухоли головки поджелудочной железы эфирорастворимый билирубин, появившись в крови, уже не исчезает вплоть до летального исхода; количество его, несколько колеблясь, все же имеет тенденцию к нарастанию.

По предположению Н. Д. Михайловой, обязательным условием для появления в крови эфирорастворимого билирубина является одновременное затруднение оттока желчи и панкреатического сока.

Из 47 наших больных с положительной реакцией на эфирорастворимый билирубин одновременное затруднение оттока желчи и панкреатического сока было у 25, только затруднение оттока желчи — у 22. Изолированного затруднения оттока секрета поджелудочной железы не было обнаружено.

Из 22 больных, в крови которых отсутствовала эфирная фракция билирубина, одновременное затруднение оттока желчи и панкреатического сока было у 11, только затруднение оттока желчи — у 10 и затруднение оттока секрета панкреаса — у одного. Таким образом, одновременное затруднение оттока желчи и секрета поджелудочной железы — необязательное условие для появления в крови эфирорастворимого билирубина. Большое значение, по-видимому, имеют значительно выраженные явления холостазы. Об этом же свидетельствует сопоставление результатов исследования эфирорастворимого билирубина с уровнем общего билирубина крови при механической желтухе различной этиологии. При уровне билирубина до 3 мг% эфирная фракция билирубина не была обнаружена ни при одном анализе. Эфирорастворимый билирубин начал определяться лишь при содержании билирубина от 3 до 6 мг%. Количество положительных находок возрастало вместе с повышением общего билирубина крови. При уровне билирубина выше 15 мг% реакция на эфирорастворимый билирубин, за редким исключением, оказывалась положительной.

¹ Доложено на клинической секции Московского отделения Всесоюзного общества микробиологов, эпидемиологов и инфекционистов 27/I-1961 г.

Сопоставление количества эфирорастворимого билирубина с уровнем общего билирубина крови при механической желтухе показало прямую пропорциональную зависимость.

Динамические исследования эфирорастворимого билирубина у 109 больных различными формами болезни Боткина показали, что эта фракция пигмента возможна при всех ее формах. Частота положительных реакций возрастает по мере усиления тяжести заболевания. Строгой зависимости появления эфирорастворимой фракции билирубина от уровня общего билирубина крови при болезни Боткина отметить не удалось.

Положительная реакция на эфирорастворимый билирубин найдена почти у половины больных с затяжным течением болезни Боткина, дистрофией и циррозом печени.

При острой форме болезни Боткина эфирорастворимый билирубин появлялся в ранние сроки желтушного периода и быстро исчезал из крови больных. Не было параллелизма между появлением эфирорастворимого билирубина, патологическими показателями функциональных проб печени и признаками поражения поджелудочной железы.

Д. С. Муругов (Йошкар-Ола). Кишечная непроходимость по данным Марийской республиканской больницы за 5 лет

В хирургическое отделение Республиканской больницы в период с 1955 г. по 1959 г. поступило 172 больных с диагнозом «непроходимость кишечника».

До 16 лет было 18 больных, от 17 до 30 — 34, от 31 до 50 — 44 и старше — 38. Мужчин было 89, женщин 83. Жителей сельской местности — 46. У 38 больных диагноз не подтвердился.

Диагностированы следующие виды непроходимости: спаечная кишечная непроходимость — у 73, странгуляционная — у 24, обтурационная — у 5, инвагинация — у 8, прочие виды кишечной непроходимости — у 23, дивертикул Меккеля — у одного больного.

Оперировано 66 больных, лечены консервативно 6 с динамической непроходимостью и 62 — с разрешившейся непроходимостью спаечного характера.

Оперированные больные по видам непроходимости и срокам госпитализации распределяются следующим образом:

Виды непроходимости	Сроки госпитализации (в часах)				Всего
	до 6	6—12	12—24	свыше 24	
Спаечная	1	4	8	16	29
Инвагинация	1	1	2	3	7
Странгуляционная	1	4	11	8	24
Обтурационная	—	3	2	—	5
Дивертикул Меккеля	—	1	—	—	1
Всего	3	13	23	27	66

Виды непроходимости и возраст оперированных

Виды непроходимости	Возраст					Всего
	0—16	17—30	31—40	41—50	51 и старше	
Спаечная	2	14	5	4	4	29
Инвагинация	4	2	—	1	—	7
Странгуляционная	1	8	7	4	4	24
Обтурационная	2	—	1	—	2	5
Дивертикул Меккеля	—	1	—	—	—	1
Всего	9	25	13	9	10	66