

Таким образом, у больных хроническим гастритом в периоде обострения и независимо от длительности заболевания, состояния желудочного содержимого и других показателей обнаружить в крови ЦРБ не удается. Очевидно, этот факт должен учитываться при решении вопроса о природе изменений слизистой желудка при хроническом гастрите. Можно предполагать, что полученные результаты в какой-то степени подтверждают вывод классических работ Ю. М. Лазовского (1947) о том, что изменения слизистой желудка при хроническом гастрите являются результатом такой ее перестройки, в основе которой лежит не воспалительный процесс, а функциональные нарушения деятельности желудка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бух Ф. Л. Патологич. физиол. и эксп. терапия, 1958, 3.—2. Воробьева А. И. Тер. арх., 1957, 8.—3. Лазовский Ю. М. Функциональная морфология желудка в норме и патологии. Изд. АМН СССР, М., 1947.—4. Петров Р. В. и Кабаков Е. Н. Клин. мед., 1959, 5.—5. Ямпольский А. Л. Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиологии, 1958, 6.—6. Anderson H. C. a. McCarty M. Am. J. Med., 1950, 8.—7. Elster K., Levinger E. L. a. Levy H. Clin. research. proc., 1955, 2.—8. Knights E. M., Hutchins M., Morgan E. a. Ploomprin J. JAMA, 1956, 162, 1.—9. Kroop J. G., Wedeen P. a. Shackman N. H. Circulation, 1955, 12, 4.—10. Roanteree R. J. a. Rantz L. A. Arch. intern. med., 1955, 96, 5.—11. Selman D. a. Halpern A. Angiology, 1956, 7, 3.—12. Tilett W. S. a. Francis Th. J. exper. med., 1930, 52, 4.—13. Уосум R. S. a. Doernier A. A. Arch. intern. med., 1957, 99, 1.

Поступила 7 июня 1960 г.

О ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТИТОВ И КЛИНИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛЧИ

Проф. А. Л. Ланда, канд. мед. наук А. А. Крылов и Г. А. Трофимов

Кафедра факультетской терапии № 2 (начальник — проф. А. Л. Ланда)
Военно-медицинской орден Ленина академии им. С. М. Кирова

Вопросы патологии печени и желчных путей занимают видное место среди проблем, привлекающих особое внимание клиницистов.

По материалам нашей кафедры и клинической больницы им. Чудновского, за последние 5 лет отмечается значительный рост числа больных хроническим холециститом (4,1% в 1955 г., 7,2% в 1959 г.). Несомненно, если бы в годовых отчетах наших лечебных заведений учитывались и сопутствующие холециститы, указанные выше цифры были бы еще более высокими.

Заболевания желудка, двенадцатиперстной кишки, печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы в большинстве случаев встречаются не изолированно, а в виде различных сочетаний в силу тесных анатомических и функциональных связей этих органов. Н. И. Лепорский справедливо говорил о единой гепато-панкреатико-дуоденальной системе.

Несмотря на большую частоту хронических холециститов, многие вопросы их дифференциальной диагностики и клиники нуждаются в дальнейшем углубленном изучении.

Особенно большие затруднения клиника испытывает при диагностике атипичных или стертых форм болезни. Клиническая картина в подобных случаях представлена целым рядом общих и рефлекторных симптомов (А. Я. Губергриц) и весьма часто не соответствует степени морфологических изменений в желчном пузыре.

Одним из основных дополнительных методов диагностики хронического холецистита является дуоденальное зондирование, в частности цитологическое исследование желчи.

Придавая определенное значение цитологии желчи, мы ясно ощущаем необходимость поисков дополнительных методов ее исследования, позволяющих более уверенно судить о наличии или отсутствии воспаления.

В связи с этим мы в течение последних двух лет применяли цветную реакцию желчи, предложенную Д. И. Финько (Лабораторное дело, 1955, № 6).

В дальнейшем методика этой реакции была нами изменена и сведена к следующему.

В 3 пробирки из каждой порции желчи (А, В и С) наливают по 4 мл, прибавляют по 2 мл свежеприготовленного диазореактива и смешивают в течение 2 минут (происходит диазотирование билирубина). Прибавляют 4 мл хлороформа, тщательно

взбалтывают 2 минуты. Результаты реакции читаются через 10 минут, когда хлороформ в пробирках оседает. Если слой хлороформа приобретает розовый цвет, реакция оценивается отрицательной. Если он остается бесцветным, она считается положительной (устанавливается факт адсорбции диазотированного билирубина белком эксудата).

Для реакции необходимо применять свежие реактивы. В частности, диазореактив № 2 (0,5% раствор азотисто-кислого натрия) должен меняться каждые 3—5 дней. В противном случае, как показали наши наблюдения, получаются нечеткие результаты.

При исследовании желчи у группы здоровых мы ни в одном случае не встретили положительной реакции желчи в порциях В и С. Зато в порции А положительные результаты встречались часто, что, вероятно, зависит от примеси муциноподобных веществ дуоденального происхождения.

Под нашим наблюдением находилось 240 больных (мужчин 83, женщин 157) хроническим холециститом, поступавших в клинику в стадии обострения. У 163 больных холецистит был основным заболеванием, у 77 — сопутствующим (язвенная болезнь — у 25 больных, хронический гепатит — у 12, хронический неспецифический инфекционный полиартрит — у 6, ревматизм — у 7, хроническая неспецифическая пневмония — у 4, другие заболевания — у 23).

До 20 лет было 8, от 21 до 40 лет — 123, от 41 до 60 лет — 112, старше — 7.

Больными себя считали до 1 г. — 51, от 1 г. до 3 лет — 78, от 3 до 5 лет — 53 и более — 53 человека.

Исследование желчи производилось, как правило, 3—4 раза за период наблюдения.

Наиболее типичные симптомы хронического холецистита встречались далеко не во всех случаях. Чаще мы наблюдали боли в правом подреберье и субфебрильную температуру.

Только у части больных обнаружены изменения со стороны крови, причем чаще других признаков наблюдалось ускорение РОЭ (28,3%). Среди рентгенологических признаков, полученных холецистографией, преобладали симптомы нарушения эвакуаторной функции желчного пузыря.

В большем проценте отмечались «воспалительные признаки» со стороны желчи. Лейкоциты в слизи найдены у 87,2% больных, но окрашенные желчью лейкоциты — значительно реже (10,1%). Цветная реакция была положительной в порции В в 68,3%, в порции С — в 83,4%. Тот факт, что цветная реакция чаще была положительной в порции С, по-видимому, зависит от более значительной концентрации билирубина в порции В. Для его полной адсорбции из порции В требуется значительно большее количество белка.

Частые положительные результаты реакции с желчью С, по нашему мнению, подтверждают существующий взгляд, что правильнее говорить не о хронических холециститах, а о хронических холецистохолангитах (Лепене) или хронических холангиогепатитах (А. Я. Губергриц), понимая под этими терминами сочетанные поражения желчевыводящих путей (внутрипеченочных, внепеченочных и желчного пузыря).

В желчи находилась разнообразная микробная флора. Гемолитический стрептококк высеван у 26 больных, кишечная палочка — у 25, белый стафилококк — у 14, золотистый стафилококк — у 5, протей — у 5, слизистая палочка — у 2, паратиф В — у 1, паракишечная палочка — у 1, энтерококк — у 1.

Конечно, не представляется возможным говорить о зависимости результатов цветной реакции желчи от характера ее микробной флоры. Следует, однако, заметить, что почти у всех больных, из желчи которых высеван гемолитический стрептококк, реакция оказалась положительной.

Четкой зависимости между кислотностью желудочного сока и результатами цветной реакции мы не нашли.

Значительный интерес представляет сопоставление цветной реакции желчи и результатов ее цитологического исследования у больных с несомненными клиническими признаками обострения заболевания.

Сочетание большого количества лейкоцитов в порции В и положительной цветной реакции (мы позволили применить термин «белково-клеточная ассоциация», исходя из сущности цветной реакции) отмечено в 71% наблюдений. Положительная реакция при отсутствии увеличения лейкоцитов («белково-клеточная диссоциация») была в 25%. Большое количество лейкоцитов при отрицательной реакции («клеточно-белковая диссоциация») наблюдалось только в 4% случаев.

Это указывает на большую специфичность для холецистита положительной цветной реакции, чем увеличенного содержания в желчи лейкоцитов.

Вместе с тем необходимо указать, что, как и любой другой лабораторный метод, цветную реакцию следует расценивать в связи со всей клинической картиной заболевания.

В соответствии с данными Н. Д. Михайловой и Э. С. Марголиной, мы не можем согласиться с категорическим утверждением Д. И. Финько, что отрицательная цветная реакция в порции В исключает холецистит.

Однако цветная реакция в ряде случаев помогает в распознавании атипичных форм хронического холецистита.

Большой интерес представляла динамика цветной реакции желчи под влиянием лечения (диетотерапия, антибиотики, желчегонные, витамины, тепловые процедуры).

Только у 26% больных к моменту выписки цветная реакция стала отрицательной в порциях В и С желчи. В 9% она нормализовалась только в порции В. У 65% больных, выписанных в состоянии отчетливого клинического улучшения, положительная цветная реакция сохранялась.

Надо полагать, что срок лечения больных хроническим холециститом в стационарах (22,7 койко-дня — по данным больницы им. Чудновского) является недостаточным. Это подтверждает необходимость диспансерного наблюдения за больными после выписки их из стационара.

ЛИТЕРАТУРА

1. Базанова С. В. Клин. мед., 1959, 10.— 2. Бакман С. М. Клин. мед., 1959, 1.— 3. Губергриц А. Я. XI Всесоюзн. конф. терап., Л., 1959.— 4. Димов С. Г. В кн.: Гепатохолаангиты и гепатохолециститы. Ижевск, 1956.— 5. Зарницкий Э. А. Тез. научн. конф., посвящ. вопр. физиол. клин. и терап. забол. желч. пузыря и желч. путей. Пятигорск, 1958.— 6. Егоров М. Н., Левитский Л. М., Кудинова Т. И. и Либерман А. Б. Там же.— 7. Левитский Л. М. Клин. мед., 1959, 2.— 8. Лежава А. Э. К вопросу об этиологии, патогенезе и диагностической ценности клинических признаков воспалительных заболеваний желчного пузыря. Канд. дисс., Тбилиси, 1958.— 9. Лепене Г. Болезни печени и желчных путей. М., 1931.— 10. Михайлова Н. Д. и Марголина Э. С. Лабор. дело, 1959, 1.— 11. Михнев А. Л. Тер. арх., 1959, 8.— 12. Основина-Ломовицкая А. Д., Гофман Ю. И. Лабор. дело, 1959, 1.— 13. Рагулина А. Н. Врач. дело, 1959, 4.— 14. Тареев Е. М. Сов. мед., 1959, 12.— 15. Тушинский М. Д., Ярошевский А. Я. и Соловьева Н. Ф. XI Всесоюзн. конф. терап. Л., 1959.— 16. Финько Д. И. и Бульбах А. С. Врач. дело, 1959, 8.— 17. Шахбазян Е. С. Клин. мед., 1952, 12.— 18. Щупак Н. Б. Клин. мед., 1949, 12.— 19. Behrend M. Dis. of the Gall-bladder a. Allied Structures. Philadelphia, 1947.— 20. Siede W. Hepatitis epidemica. Leipzig, 1957.— 21. Sherlock Sh. Dis. of the Ziver a. bil. Syst. Oxford, 1958.

Поступила 15 марта 1960 г.

О НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Н. А. Бург

Терапевтическое отделение (зав.— канд. мед. наук П. Н. Осипов) Республиканской больницы Минздрава ЧАССР (научный руководитель — проф. Л. М. Рахлин, Казань)

На возможность вторичных поражений поджелудочной железы при воспалении желчных путей указывал еще Клепс (1872). Наиболее полное описание морфологических изменений панкреаса при заболеваниях печени дал Г. К. Родионов (1883). Этому вопросу посвятил свои работы и ряд современных авторов: И. Г. Руфанов, М. М. Губергриц, Н. И. Лепорский, И. Т. Курцин, М. С. Рожкова, Вольгемут, Шмидт, Визенд, А. Ф. Киселева и др.

Как известно, при гепатитах и дистрофиях печени в поджелудочной железе возникает вначале токсический отек, а затем значительное изменение как в межклеточной ткани, так и в самой паренхиме железы. Большое значение в патологии поджелудочной железы придается калькулезному холециститу. При этом заболевании создаются беспрепятственные условия перехода инфекции с желчного протока на поджелудочную железу, а также попадание инфекции по лимфатическим сосудам с развитием хронического панкреатита. Поражение поджелудочной железы может наступить не только при воспалительном процессе в печени и желчном пузыре, но и при двигательных расстройствах желчных протоков, желчного пузыря и сосочка двенадцатиперстной кишки.

Секреторная функция поджелудочной железы изучалась путем определения ферментов в дуоденальном содержимом натошак и в течение 1,5 часов после введения раздражителя — 30 мл 0,5% раствора соляной кислоты, а также путем определения диастазы в крови и в моче и изучения копрограмм.

Липаза в дуоденальном содержимом определялась по методу Бонди — Рожковой, диастаза в моче и двенадцатиперстном содержимом — по Вольгемуту. Диастаза в крови изучалась по Вольгемуту и динамически — по Энгельгарту и Герцуку натошак и в течение трех часов с применением двух сахарных нагрузок. Внутрисекреторная функция поджелудочной железы исследовалась методом двойной сахарной нагрузки по Штрауб-Трауготту. Для сопоставления панкреатической и желудочной секреции исследовались секреторная и кислотообразующая функции желудка.

Наблюдения проведены над 160 больными в течение 1957—1960 гг. С хроническим гепатитом было 69, с циррозом печени — 25, с холециститом и холангитом —