

3. При состояниях декомпенсации с.-с. системы проба с задержкой дыхания дает закономерно низкие показатели, которые с улучшением кровообращения повышаются, приближаясь к нормальным.

4. Состояние органов дыхания, кровотока и высота стояния диафрагмы оказывают значительное влияние на результат пробы, что надо учитывать при оценке этой пробы при заболеваниях органов кровообращения.

5. Проба с задержкой дыхания должна носить имя проф. Штанге, впервые ее предложившего.

Литература.

1. Валедивский, Сборник „Научный учет результатов лечения на курорте“.—
2. Валедивский и Саркизов-Серазини, Теория и практика физкультуры, № 6. 1930.—
3. Зеленин, Коган, Кабаков, Терапевтический архив, т. XI, № 7-8.—
4. Зеленин, доклад на научном совещании по ревматизму в декабре 1933.—
5. Пласко, цит. по реферату „Врачебное дело“, 1928.—
6. Троицкий, сборник „Клиника детского сердца“, 1933.—
7. Шифрин, Теория и практика физической культуры № 10. 1930.—
8. Штанге, „Русский врач“, № 3, 1914.

Из Терапевтического отделения 1-й больницы Красного креста
(зав. доц. Н. Гегечкори).

Применение пастеризованного виноградного сока как желчно-пузырного раздражителя.

В. В. Пирожков (Тифлис).

Со времени введения Эйнгорном (в Америке) в 1910 г. в клинику дуоденального зондирования, последнее широко применяется как для диагностических, так и для терапевтических целей.

Вводя через дуоденальный зонд различные вещества в двенадцатиперстную кишку, удается вызвать желчно-пузырный рефлекс, в результате чего из желчного пузыря извлекается пузырная желчь, известная под названием В.

Дитель на 46 конгрессе хирургов в своем отчетном докладе, приводя точные указания в отношении техники и средств, применяемых для вызывания желчно-пузырного рефлекса, приходит к выводу, что надежнее всего действует вливание 40—45 куб. см. подогретого до температуры тела 30% раствора сернокислой магнезии; однако он советует кроме того давать еще 20 куб. см. 60% раствора глюкозы. То же, в качестве желчно-пузырного раздражителя применяли Троммер и Гемпель (30 куб. см.).

За последнее время широко применяется при различных заболеваниях виноградолечение. Применяется оно и при заболеваниях печени и желчного пузыря. Имеется ряд экспериментальных и клинических исследований по вопросу механизма действия винограда или виноградного сока на человеческий и животный организм, имеется ряд клинических наблюдений результатов применения виноградолечения при различных заболеваниях. Менее всего этот вопрос изучен при болезнях печени и желчного пузыря. Совершенно нет указаний в литературе на использование пасте-

ризованного виноградного сока как желчно-пузырного раздражителя, при помощи дуоденального зондажа. Имеется единственная экспериментальная работа Н. С. Троицкого, который, изучая влияние пастеризованного виноградного сока на секрецию пищеварительных желез, пришел к выводу, что виноградный сок является самостоятельным и при том довольно значительным возбудителем желчевыделения.

Пользуясь дуоденальным зондом, мы стали вводить в двенадцатиперстную кишку пастеризованный виноградный сок. Последний мы получили от треста совхозов Наркомзема Грузии. В употребляемом нами виноградном соке содержание виноградного сахара равняется 20,9%.

Наши наблюдения мы производили над 11 больными, у которых в разное время было произведено 25 исследований.

В шести случаях мы вводили 50,0 слегка подогретого виноградного сока—ни разу мы не наблюдали выделения желчи В, в то время как у этих же больных введение 40,0 подогретого 33% раствора Magn. sulf. вызывало выделение всех трех видов желчи (А, В, С).

В остальных случаях мы стали вводить 100,0 виноградного сока. Во всех тех случаях, в которых мы получали выделение желчи В после введения 33% Magn. sulf., мы получали выделение всех трех видов желчи и от вливания виноградного сока (в. с.). Если после введения 100,0 ви. сока не получалось желчи В, то она не выделялась и при вливании Magn. sulfurici.

В 3-х случаях мы исследование производили в следующем порядке: после введения 100,0 в. с. мы добивались получения желчи А, В, С. После того, как выделение желчи совершенно прекращалось, по прошествии 15—20 минут, мы вливали Magn. sulfurici—мы вновь получали желчь В и в довольно большом количестве (30—40,0).

В 3-х последующих случаях мы поступали наоборот: сперва вводили Magn. sulf., а затем в. с.—получили ту же картину: несмотря на обильное выделение желчи В после Magn. sulf. (50,0—70,0), после в. с. последняя вновь выделялась, правда, в сравнительно меньшем количестве (20,0—30,0).

Это наблюдение станет понятным, если вспомнить указание проф. А. М. Левина в его монографии „Дуоденальный зонд“ на то, что „важно отметить, что у людей с невредимым желчным пузырем после оттока желчи В можно повторными впрыскиваниями сернокислой магнезии получить вторично и даже несколько раз (Голландер получал до 6 раз) желчь В, очевидно, вследствие повторных сокращений не вполне опорожившегося желчного пузыря.“

После введения в. с. выделение желчи В начинается (в случаях, когда опыт кончается благополучно) через 10—15, максимум 20 минут; желчь выделяется толчкообразно, обильными порциями. В среднем выделяется от 20,0 до 70,0, чаще всего 40,0—50,0; желчи С выделяется в среднем 15,0—20,0.

После в. с. желчь В отличается более светлым цветом и более жидкой консистенцией, чем после Magn. sulf. Плотных составных частей в желчи В в. с. сравнительно меньше, чем в желчи после Magn. sulf.

После введения в дуоден. в. с. больной не чувствует никаких субъективных неприятных ощущений; ни разу не наблюдалось после в. с. уси-

ления болей в области желчного пузыря, в то время, как после Magn. sulf. нередко бывали случаи появления сильных болей в области желчного пузыря. Нередко после Magn. sulf. наблюдается появление поноса, после в. с. таких явлений со стороны кишечника не наблюдается. В некоторых случаях отмечается следующее явление: после нескольких, следующих одно за другим в сравнительно короткий промежуток времени вливая в. с. у больных появляется изжога и на короткое время легкое вздутие живота. Эти явления очень быстро проходят без применения каких-либо специальных терапевтических мероприятий.

Мы провели систематическое промывание в. соком желчного пузыря при катаральной желтухе и после двухнедельного лечения получили благоприятный терапевтический эффект с полным исчезновением желтушного окрашивания склер и кожи.

Такое же благоприятное влияние оказало виноградное лечение дуоденальным зондированием и при холециститах (четыре случая); боли в области желчного пузыря исчезли, количество гнойных телес с 30—40 в поле зрения уменьшилось до 5—7.

На основании полученного нами материала мы можем прийти к следующим выводам:

1. Пастеризованный виноградный сок наряду с сернокислой магниезией можно отнести к холсцитокинаетическим, т. е. к влияющим на мускулатуру желчных путей веществам.

2. Пастеризованный виноградный сок действует более нежно, чем сернокислая магниезия и не вызывает тех субъективных неприятных ощущений, которые нередко наблюдаются при употреблении сернокислой магниезии.

3. Нужно предполагать, что виноградный сок как раздражитель желчно-пузырного рефлекса оказывает свое воздействие благодаря присутствию в его составе виноградного сахара.

Если Троммер и Гемпель для вызывания желчно-пузырного рефлекса употребляли 30,0 60% раствора глюкозы, то понятно, что виноградного сока необходимо употреблять не менее 100,0, так как виноградного сахара в нем содержится около 21%, что на практике и оправдалось (от введения 50,0 мы эффекта не получили).

4. Виноградный сок можно применять для дуоденального зондирования не только для диагностических целей, но также и для дренажа желчных путей, и так как по вкусу и по своему составу виноградный сок является для организма более приемлемым веществом, чем сернокислая магниезия, поэтому его безусловно нужно предпочитать последней.