

СОДЕРЖАНИЕ АЦЕТИЛХОЛИНОПОДОБНЫХ ВЕЩЕСТВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ

Л. И. Анчикова

Кафедра госпитальной терапии № 1 (зав. — проф. К. А. Маянская) и ЦНИЛ (зав. — канд. биол. наук С. В. Сенкевич) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

В настоящей работе сделана попытка сопоставить характер двигательных расстройств при заболеваниях желчного пузыря (острый и хронический бактериальный холециститы, желчнокаменная болезнь) с содержанием ацетилхолиноподобных веществ в остром периоде болезни и в периоде относительной ремиссии после комплексного лечения.

Ацетилхолиноподобные вещества мы определяли параллельно двумя методами: в сыворотке и эритроцитах крови химическим методом Хестрина и методом Фюнера на эзеринизированной спинной мышце пиявки. Кровь брали по методике З. В. Беляевой.

Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц в возрасте от 24 до 50 лет. Среднее содержание ацетилхолиноподобных веществ в сыворотке крови у них равнялось $117,8 \pm 1,72$ мкг/мл, в эритроцитах — $82,85 \pm 2,08$ мкг/мл, количество свободного ацетилхолина по реакции спинной мышцы пиявки — $0,17 \pm 0,03$ мкг%.

С обострением хронического бактериального холецистита было 76 больных, с острым (и обострением хронического) бактериальным и калькулезным холециститом во время приступа желчной колики — 41, с желчнокаменной болезнью вне приступа желчной колики — 25. Женщин было 122, мужчин 20. В возрасте 18—25 лет было 4 больных, 25—35 лет — 22, 35—45 лет — 50, 45—55 лет — 48, 55—60 лет — 18.

Диагноз устанавливали на основании подробного клинко-лабораторного исследования, включая двухканальное зондирование, разработанное Р. А. Ахунзяновой, и холецистографию с одновременным исследованием желудочно-кишечного тракта. При остром бактериальном и калькулезном холецистите диагноз определяли на основании клиники заболевания; у ряда больных он был подтвержден при оперативном вмешательстве.

Терапия состояла в применении антибиотиков, желчегонных препаратов, спазмолитических и ганглиоблокирующих средств, в частности ганглерона.

При холецистографии мы учитывали тонус, начальный объем желчного пузыря, ритм и степень максимального сокращения после стандартного желчегонного завтрака. Нормальным считали объем желчного пузыря, равный 30—45 мл, срок максимального сокращения — 75—90 мин., степень максимального сокращения — до 70—80% первоначального объема. Объем желчного пузыря измеряли графическим методом Зиффорта — Сильва.

В группе больных хроническим бактериальным холециститом дискинетические расстройства желчевыделения обнаружены у 93%. Преобладающим типом (64,6%) была гипотония желчного пузыря и гипокинезия желчевыводящих путей в различных сочетаниях: гипотония желчного пузыря и гипокинезия желчевыводящих путей с наличием большого остатка — до 40—50% первоначального объема к исходу 1,5—2 часов после желчегонного завтрака; вялый ритм сокращения желчного пузыря при нормальном тонусе и объеме; гипотонический растянутый желчный пузырь с нормальным ритмом, но недостаточным объемом опорожнения. В 28,9% установлена гиперкинезия желчевыводящих путей, выразившаяся в быстром максимальном сокращении желчного пузыря после желчегонного завтрака до 85—90% первоначального объема, или астенический тип дискинезии.

При обострениях хронического бактериального холецистита без дискинетических расстройств желчевыделения существенных изменений в содержании ацетилхолиноподобных веществ обнаружить не удалось ($112,4 \pm 2,73$ мкг/мл; $0,1 < P < 0,2$; в эритроцитах — $81,0 \pm 5,13$ мкг/мл; $P > 0,5$; по реакции спинной мышцы пиявки $0,15 \pm 0,02$ мкг%; $P > 0,5$).

При сопутствующей холециститу гипотонии желчного пузыря и гипокинезии желчевыводящих путей выявлялось статистически достоверное понижение количества ацетилхолиноподобных веществ в крови по реакции спинной мышцы пиявки ($0,06 \pm 0,016$ мкг%; $0,001 < P < 0,01$) и в сыворотке химическим методом ($94,8 \pm 3,67$ мкг/мл; $P < 0,001$).

У больных с обострением хронического бактериального холецистита и явлениями гиперкинезии наблюдалось повышение количества ацетилхолиноподобных веществ в сыворотке крови, особенно выраженное при астеническом типе дискинезии (при определении химическим методом $163,6 \pm 10,04$ мкг/мл; $P < 0,001$; по реакции спинной мышцы пиявки — $0,54 \pm 0,09$ мкг%; $P < 0,001$). Количество ацетилхолиноподобных веществ в эритроцитах было в пределах нормы.

У больных с острым (и обострением хронического) бактериальным и калькулезным холециститом во время приступа печеночной колики содержание ацетилхолиноподобных веществ увеличивалось как в крови ($0,57 \pm 0,10$ мкг%; $P < 0,001$), так и в сыворотке ($146,4 \pm 5,16$ мкг/мл; $P < 0,001$). При особенно тяжелом течении острого холецистита, осложненного острым панкреатитом, ацетилхолин на спинной мышце пиявки не определялся, химическим методом в сыворотке и эритроцитах крови констатируется понижение содержания ацетилхолиноподобных веществ ($62,7 \pm 15,49$ мкг/мл; $0,001 < P < 0,01$; $60,0 \pm 5,04$ мкг/мл; $P < 0,001$).

При калькулезном холецистите вне приступа печеночной колики отмечалось статистически достоверное повышение содержания ацетилхолиноподобных веществ в сыворотке крови ($137,2 \pm 5,69$ мкг/мл; $0,001 < P < 0,01$) и статистически недостоверное — по реакции спинной мышцы пиявки ($0,39 \pm 0,07$ мкг%; $0,05 < P < 0,1$). Количество ацетилхолиноподобных веществ в эритроцитах не изменялось.

После комплексного лечения наряду с улучшением общего состояния, клинико-лабораторных показателей, данных холецистографии нормализовалось содержание ацетилхолиноподобных веществ в крови при остром холецистите и обострениях хронического бактериального холецистита с явлениями гипертонии и гиперкинезии желчевыводящих путей. В остальных группах больных нормализация содержания ацетилхолиноподобных веществ в крови была статистически достоверна только при исследовании химическим методом. В группе больных с хроническим бактериальным холециститом без дискинетических расстройств желчевыделения изменений в содержании ацетилхолиноподобных веществ после лечения не определялось.

Результаты наших наблюдений свидетельствуют о роли ацетилхолиноподобных веществ в патогенезе, клинике и течении заболеваний желчевыводящей системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахунзянова Р. А. Сов. мед., 1964, 7. — 2. Беляева З. В. В кн.: Вопросы физиологии и морфологии центр. нервн. системы. Медгиз, М., 1953.

УДК 616.366—002—615.779.9—615.78

АНТИБИОТИКИ И ГАНГЛИОБЛОКИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Р. Х. Ахунзянова

Кафедры госпитальной терапии № 1 (зав. — проф. К. А. Маянская) и № 2 (зав. — доц. С. И. Щербатенко) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Куршова

В возникновении воспалительного процесса в желчном пузыре большое значение имеет застой желчи, обусловленный дискинетическими расстройствами желчных путей. В дальнейшем развитии заболевания основная роль принадлежит микробному фактору.

Мы изучали в динамике характер бактериальной флоры в пузырной желчи при воспалительных заболеваниях желчевыводящих путей с выявлением чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам (пенициллину, стрептомицину, левомицетину и биомицину). Морфологию и двигательную функцию желчевыводящих путей изучали методом желчно-дуоденального рефлекса и холецистографически.

Под нашим наблюдением было 150 больных (120 женщин и 30 мужчин) в возрасте от 18 до 60 лет с давностью заболевания от 1 до 13—15 лет. Тяжелое течение было у 30 больных, средней тяжести — у 92 и легкое — у 28. Бактериологическое исследование желчи с определением чувствительности к антибиотикам проведено у 80 больных.

При бактериологическом исследовании установлено некоторое преобладание палочковой флоры: кишечная палочка обнаружена в чистом виде у 23 больных и в смеси с другими микробами — у 8. У 13 больных высеялась паракишечная палочка (в чистом виде — у 8 и смешанная флора — у 5). У одного больного получен рост синегнойной палочки. Микробы кокковой флоры выделены в чистом виде у 23 больных: у 12 — бепалочки, у 11 — золотистый стафилококки. Кроме того, у 11 больных стафилококки были получены в смеси с микробами кишечной группы. У 8 больных выселились грамположительные палочки, не разлагающие лактозу. У 4 больных посевы желчи были стерильными.

Микрофлора оказалась наиболее чувствительной к левомицетину. Чувствительность только к левомицетину была у 24 больных (у 13 с палочковой, у 7 с кокковой и у 4 — со смешанной микрофлорой), к левомицетину + стрептомицину — у 10, к левомицетину + биомицину — у 7, к левомицетину + стрептомицину + биомицину — у 7. Чувствительность только к стрептомицину была у 6, к биомицину — у 5 больных. Почти у всех больных, за исключением 6, микрофлора была резистентна к пенициллину. Из 6 больных у 3 выявлена чувствительность только к пенициллину и у 3 — к пенициллину + стрептомицину.