

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. Курашова

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 биомичину). 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. Микробы стафилококки. Кроме того, у 11 больных стафилококки были получены в смеси с микробами кишечной группы. У 8 больных высеялись 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 + биомичину — у 7, к левомицетину + стрептомицину + биомичину — у 7. Чувствительность только к стрептомицину была у 6, к биомичину — 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.

Для изучения двигательной функции желчевыводящих путей при дуоденальном зондировании учитывали латентное время желчно-дуоденального рефлекса, количество, концентрацию и ритм выделения пузырной желчи по 5-минутным порциям. Холецистографически двигательную функцию изучали путем серийных снимков каждые 15—30 мин. до максимального сокращения желчного пузыря после желчегонного завтрака из 2 сырых яичных желтков. Согласно литературным данным и собственным наблюдениям, мы считаем нормальным сроком максимального сокращения желчного пузыря в среднем 1,5 часа. Объем желчного пузыря измеряли в динамике по методу Зифферта — Сильва. Нормальным считалось сокращение пузыря до 75—80% первоначального объема.

По нашим наблюдениям, дискинетические расстройства желчевыводящих путей закономерно сопутствовали воспалительным процессам, выражаясь или начальной гиперкинезией с остаточным застоем желчи, или гипотонией желчного пузыря с гипокинезией желчных путей. Таким образом, комплексная терапия холециститов должна быть направлена на ликвидацию патогенной микрофлоры желчи и нормализацию двигательной функции желчевыводящих путей. Инфекционный характер холециститов дает основание для причинной терапии антибиотиками, эффективность которых возрастает при назначении их с учетом микрофлоры желчи и ее чувствительности к антибиотикам.

80 больных получали лечение антибиотиками, к которым была выявлена максимальная чувствительность флоры. Антибиотики назначали курсами по 7 дней с перерывами между курсами в 3—5 дней. В зависимости от результатов повторных исследований морфологии и микрофлоры пузырной желчи мы проводили 2 или 3 таких недельных курса. Левометицин назначали по 0,5, биомитин по 200 тыс. ед. 4 раза в сутки. Пенициллин применяли в виде инъекций по 100 тыс. ед. 5—6 раз, а стрептомицин по 250 тыс. ед. 2 раза в сутки. При смешанной флоре больные получали антибиотики в разных сочетаниях, что давало лучший эффект. При отсутствии чувствительности к всем 4 антибиотикам лечение проводили колимицином или тетрациклином по отдельности или в комбинациях, также в виде 2—3-недельных курсов. Остальные 70 больных лечились антибиотиками без учета характера микрофлоры желчи, что давало непостоянный терапевтический эффект. Терапию антибиотиками почти все больные переносили хорошо. Лишь в отдельных случаях отмечались побочные явления в виде легкого стоматита, диспепсических расстройств (понижение аппетита, тошнота и жидкий стул), зуда кожи и крапивницы. Обычно они возникали на 7—8-й день лечения и после отмены антибиотиков быстро проходили. Наименее токсичным оказался левометицин.

При дискинетических расстройствах желчевыводящих путей, сопутствующих холециститам, целесообразно назначение ганглиоблокирующих средств. Нами применялись ганглерон, гексоний и тетамон в обычной дозировке 2 раза в день внутримышечно через час после еды в течение 15—20 дней.

Гексоний при артериальной гипотонии иногда вызывает ортостатический коллапс. Поэтому мы не давали его больным с гипотонией. При применении ганглерона побочных явлений не отмечалось и были достигнуты наилучшие результаты.

Больные получали диету № 5 по Певзнеру; помимо ганглиолитиков и антибиотиков с учетом чувствительности к ним микрофлоры, в качестве желчегонного средства мы назначали 10% раствор серноислой магнелии. В тех случаях, когда холециститы сочетались с поражением печени, что проявлялось увеличением, болезненностью печени и нарушением ее функциональных проб, добавляли терапию витаминами, в первую очередь комплекса В (B_{12} , B_6 , B_2 , B_1), глюкозу с инсулином, метионин. У всех больных такая комплексная терапия давала хороший клинический эффект: боли стихали в первые дни лечения и исчезали к концу первой или на второй неделе после начала лечения; параллельно сглаживались, а затем исчезали симптомы желчной диспепсии, нормализовалась температура, картина крови и функциональные пробы печени.

Характер микрофлоры и ее чувствительность к антибиотикам изучали после направленного комплексного лечения у 70 больных. У 36 из них посев оказался стерильным, у 19 выделились новые виды микробов, в основном чувствительные к тем же антибиотикам, которыми проводилось лечение (у 5 больных) или к другим антибиотикам (у 14). У 5 больных после лечения микрофлора не изменилась. У 10 больных из смешанной флоры остался один вид микроба, не чувствительный к ранее примененным антибиотикам (у 7 больных) или чувствительный к ним (у 3).

При контрольной холецистографии обнаружено, что у 66 больных после лечения наступила нормализация двигательной функции желчевыводящих путей.

Наши наблюдения позволяют сделать заключение, что наиболее эффективным методом терапии воспалительных заболеваний желчевыводящих путей следует считать целенаправленное лечение антибиотиками с учетом чувствительности микрофлоры к ним в комплексе с ганглиоблокирующими средствами.