

ВЛИЯНИЕ КСИЛИТА НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

М. С. Маршак и Л. К. Лукаш

Клиника лечебного питания Института питания АМН СССР (Москва)

При рентгенологическом исследовании двигательной функции желчного пузыря и анализах дуоденального содержимого для получения рефлекса применяются преимущественно яичные желтки, сернокислая магнезия, оливковое масло. Имеются наблюдения по использованию в тех же целях питуитрина, различных пищевых продуктов: ржаного хлеба, молока, сливочного масла и др. Но не все эти способы вызывания рефлекса получили признание в медицинской практике, каждый из них имеет свои особенности в отношении силы сокращения и качества добываемого для анализа материала, а также и переносимости больными нагрузок. Поэтому поиски новых средств для вызывания рефлекса не лишены актуальности.

В клинике лечебного питания проведено исследование влияния ксилита на сократительную способность желчного пузыря при холеграфии и дуоденальном зондировании. Ксилит представляет собой полигидрированный пятиатомный алкоголь, близкий по своей структуре к шестиатомному сорбиту. В 1965 г. в лаборатории санитарно-гигиенического анализа Института питания АМН СССР в эксперименте установлено, что ксилит не обладает токсическими свойствами и может быть использован для клинического испытания (Ю. И. Шиллингер и А. Н. Зайцев).

В клинике лечебного питания двигательная функция желчного пузыря изучена на 88 больных: у 50 при холеграфии после перорального приема ксилита (100 мл 20% раствора) и у 38 при дуоденальном зондировании после интрадуоденального введения 20 г в 50 мл воды. Основным диагнозом у обследованных был хронический постботкинский или токсический гепатит. Женщин было 47, мужчин — 41. Возраст больных — от 18 до 50 лет.

Холеграфию, холецистографию и дуоденальный тюбаж осуществляли натощак без специальной подготовки. Из 50 больных, обследованных рентгенологически, 45 получали препарат «адиниодоне» внутривенно и 5 — билитраст перорально. Снимки производили в вертикальном положении больных при одном и том же расстоянии между фокусом рентгеновской трубки, наблюдаемым и кассетой. Первую холеграмму снимали до приема ксилита, последующие через 10, 15, 30, 45 и 60 мин. после приема ксилита в течение 1,5—2 час.

Сравнение результатов наших наблюдений с данными В. А. Утехина (прием 10 г сырого яичного желтка) показывает, что продолжительность латентного периода при приеме 20 г ксилита у больных гепатитом меньше, период опорожнения продолжительнее, степень же уменьшения поперечника желчного пузыря при максимальном его сокращении увеличивается почти вдвое. При использовании ксилита для дуоденального исследования функции желчного пузыря у 31 больного из 38 обследованных желчный пузырь сократился хорошо, у 5 — слабо и у 2 не сократился. Сокращение желчного пузыря наступало через 5—15 мин. после введения раствора ксилита; порция желчи была насыщенной темно-бурой окраски. У 2 больных, у которых рефлекс в ответ на введение ксилита не получен, пузырная порция желчи не была также получена при контрольном исследовании с применением сернокислой магнезии.

Использование ксилита при холеграфии и дуоденальном зондировании ни у одного больного не вызывало диспепсических явлений.

ВЫВОДЫ

1. Ксилит обладает выраженным холекинетическим действием. Он может быть рекомендован при исследовании сократительной способности желчного пузыря рентгенологическим методом и при дуоденальном зондировании.
2. При рентгенологическом исследовании хорошие результаты получены от приема внутрь 100 мл 20% водного раствора ксилита, а при дуоденальном зондировании — 50 мл 40% раствора.