

характерной для этого заболевания картиной — тупые боли в правом подреберье, периодически обостряющиеся, с соответствующей иррадиацией, диспепсические явления, субфебрильная температура, РОЭ до 36 мм/час; количество лейкоцитов — при обострении — колебалось от 8600 до 12800, в желчи «В» — повышенное число лейкоцитов и слизи.

Лечение оказалось эффективным у 51 больного этой группы (из 54). Уже через 2—3 недели отмечалось значительное улучшение: исчезали боли в правом подреберье, уменьшалась печень, нормализовались температура и дуоденальное содержимое, замедлялась РОЭ, количество лейкоцитов и лейкоцитарная формула постепенно становились нормальными. Лечение холелитином этой группы больных продолжалось 2—4 месяца. Часть больных остается под нашим наблюдением более двух лет; чувствуют они себя вполне удовлетворительно, трудоспособны.

Холелитин больными переносился хорошо, без побочных явлений.

Неэффективным оказалось лечение холелитином у 3 больных с лямблиозным холециститом как в отношении клинических проявлений, так и влияния на лямблии, они обнаруживались в желчи после 7—10-дневного лечения холелитином. После приемов акрихина состояние больных улучшилось, лямблии исчезли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадмаев П. А. Главное руководство по врачебной науке Тибета «Жуд-ши», Спб., 1903.
2. Дрягин К. А. Тр. Казанского мед. ин-та, 1949, вып. 1.
3. Инструкция ВИЛАР по применению холелитина.
4. Лещенко К. А. Холелитин (машиннопись), М., 1957.
5. Соколова Л. Н. Научн. конф. по фармакологии, посвященная памяти В. В. Савича, М., 1957.
6. Турова А. Д. и др. Лекарственные средства растительного происхождения, М., 1954.
7. Шемякин М. М. и Хохлов А. С. Химия антибиотических веществ, М., 1953.

Поступила 12 декабря 1960 г.

ВЛИЯНИЕ АЦИДОФИЛЬНОГО МОЛОКА И НЕКОТОРЫХ АНТИБИОТИКОВ НА ИНТЕНСИВНОСТЬ ГНИЛОСТНЫХ ПРОЦЕССОВ В КИШЕЧНИКЕ ПО ДАННЫМ ИНДИКАНУРИИ

Н. И. Екисенина

Кафедра лечебного питания Центрального института усовершенствования врачей (зав.— проф. Ф. К. Меньшиков)

Составу нормальной микрофлоры кишечника, ее изменениям при различных заболеваниях и под влиянием лечения придают большое значение.

Установлено, что различные медикаменты и изменение питания существенно влияют на состав кишечной микрофлоры.

Под влиянием ацидофильного молока увеличивается количество ацидофильных бактерий, уменьшается содержание кишечной палочки, гнилостной флоры, грамположительная флора начинает преобладать над грамотрицательной (L. F. Rettger a. H. A. Sheplin, 1922; N. Korpehoff, 1926; С. Я. Вайсберг и П. П. Кедров, 1933; А. П. Крупина и Е. И. Оленева, 1955; И. П. Садокова, 1938 и др.).

Антибиотики часто неблагоприятно влияют на состав нормальной микрофлоры кала.

В эксперименте на морских свинках при введении им пенициллина наблюдали замену нормальной грамположительной флоры на грамотрицательную. В основном при этом размножаются *b. coli*, и свинки погибают от энтерита (G. W. Fisher, 1955; А. Э. Яннус, 1958).

В. Г. Геймберг (1958) при внутримышечном введении больным пенициллина и стрептомицина отмечала увеличение в кале кишечной палочки в половине случаев, иногда нерезкое нарастание количества дрожжеподобных грибов и у всех больных — снижение энтерококков и молочнокислых палочек.

Наиболее резкие и стойкие изменения микрофлоры кала возникают при применении антибиотиков широкого спектра действия (биомицина, тетрациклина, тетрациклина).

Все исследователи отмечают усиление роста гноеродно-гнилостной флоры, дрожжеподобных грибов, появление протей при длительном применении антибиотиков (P. Rentchnick, 1954; И. П. Фомина, 1958; В. Г. Геймберг, 1958; В. Ф. Максимов, 1958; Э. З. Рухадзе, 1959).

Таким образом, контроль за изменениями состава нормальной микрофлоры кала представляет интерес для клинициста. Однако микробиологические методы очень трудоемки и не всегда доступны. Кроме того, состав микрофлоры еще не всегда отра-

жает ее биологические свойства. Одним из проявлений жизнедеятельности бактерий кишечника являются ферментативные процессы. Из триптофансодержащих продуктов распада белка под влиянием протеолитических ферментов микроорганизмов в кишечнике образуется индол. В печени индол соединяется с серной и глюкуроновыми кислотами и выделяется с мочой в виде индикана — индоксилсернокислого калия.

Выделение индикана с мочой может служить мерой кишечного гниения (М. Jaffe, 1877; В. Н. Смотров, 1934; Н. Е. Озерецковская, 1935; J. S. Mc. Lester, 1949).

Учитывая вышесказанное, мы считали целесообразным изучить влияние ацидофильного молока и некоторых антибиотиков на интенсивность гнилостных процессов в кишечнике по данным индиканурии.

Наблюдения проведены на 50 больных хроническими алиментарными и постдизентерийными колитами.

Изучалось действие ацидофильного молока, приема биомицина и внутримышечного введения пенициллина со стрептомицином на выделение индикана в суточной моче.

Индикан определялся ежедневно в течение всего времени пребывания больных в клинике количественным методом — по А. Я. Альтгаузену. За норму принималось выделение не более 40 мг индикана в суточной моче.

У всех больных с поражением тонкого кишечника и правой половины толстого наблюдалось повышение выделения индикана. Высокие цифры индикана отмечены и у всех больных при сочетании хронического колита с анацидным гастритом. У больных с преимущественно левосторонним колитом повышенное выделение индикана было только у половины и, как правило, не достигало таких высоких цифр.

Изменения выделения индикана при приеме ацидофильного молока изучались у 35 больных. Они получали ацидофильное молоко по 1 стакану 3 раза в день, дополнительно к основному рациону питания. Из них у 17 выделение индикана было в норме в течение всего пребывания в клинике.

У 18 человек к моменту назначения ацидофильного молока отмечалось повышенное выделение индикана. После приема ацидофильного молока у 13 отмечалось снижение его выделения, у 5 осталось на высоких цифрах.

11 человек получали биомицин по 200 000 ед. 4 раза в день в течение 7—10 дней. Понижение выделения индикана наблюдалось у 4, у 2 выделение оставалось на нормальных цифрах, у 5 отмечено значительное, правда чаще кратковременное, повышение.

Более благоприятное действие на интенсивность гнилостных процессов в кишечнике, по данным индиканурии, оказывало внутримышечное применение пенициллина со стрептомицином. Больные получали пенициллин по 200 000 ед. 3 раза в день и стрептомицин по 250 000 ед. 2 раза в день. У 8 из 13 наблюдалось значительное уменьшение выделения индикана в период применения пенициллина со стрептомицином, у 4 было нормальным и осталось без изменений, и только у одного повысилось.

Полученный материал позволяет сделать следующие выводы:

1. Количественное определение ежедневного выделения индикана в суточной моче может служить одним из показателей интенсивности гнилостных процессов в кишечнике.

2. Ацидофильное молоко и внутримышечное введение пенициллина со стрептомицином способствуют уменьшению гнилостных процессов в кишечнике, прием биомицина часто усиливает процессы гниения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтгаузен А. Я. Лабораторные клинические исследования. Медгиз, 1951.
2. Вайсберг С. Я. и Кедров П. П. Проблемы харчування, 1933, 4. — 3. Геймберг В. Г. Тезисы докладов 12-й научной сессии Института питания АМН СССР, М., 1958. — 4. Крупина А. П. и Оленева Е. И. В кн.: Условно-патогенные микробы и их роль в заболеваниях алиментарного происхождения. Л., 1955. — 5. Максимов В. Ф. Уч. зап. Кубанского мед. ин-та, вып. 1. Краснодар, 1958. — 6. Озерецковская Н. Е. Сов. педиатрия, 1935, 4. — 7. Рухадзе Э. З. Антибиотики. 1959, 2. — 8. Садокова И. П. Микробиология, 1938, вып. 9—10. — 9. Смотров В. Н. Хронические колиты. М., 1934. — 10. Фомина И. П. Изменения нормальной кишечной микрофлоры под действием биомицина и экспериментальная терапия кандидомикоза. Автореф. канд. дисс., М., 1958. — 11. Яннус А. Э. Сб. докл. 1 научн. конф. Таллин. научно-исслед. ин-та эпидемиол., микробиол. и гигиены. Таллин, 1958. — 12. Fisher G. W. Bact. Parasit. u. Hyg., 1955, 1—5. — 13. Koppeloff N. Lactobacillus acidophilus. Baltimore, 1926. — 14. Jaffe M. Virchow's Arch., 1877, v. 70, H. 1. — 15. Mc Lester J. S. Nutrition and Diet in Health and Disease. Philadelphia a. London, 1949. — 16. Rentchnick P. Antibiotica et Chemotherapia. Basel—New-York, 1954, v. 1. — 17. Rettger L. F. a. Cheplin H. A. Arch. of int. Med., 1922, v. 29, 3.

Поступила 5 января 1960 г.