

стравоходу. Дистрофія і деструкція, що виникають переважно в цих ділянках, вказують на їх підвищену уразливість. Цікаво, що виявлені нами найбільш уразливі ділянки відповідають розташуванню встановлених фізіологами рефлексогенних зон. Масові зміни нейронів вегетативних сплетень у різних ділянках травної трубки призводять до порушення процесу проведення збудження, отже, до порушення перистальтики. Ми вважаємо, що зміни в нервових елементах поширюються в межах місцевих рефлекторних дуг: всередині самої вегетативної системи, а також через волокна цереброспінальної нервової системи.

ЛІТЕРАТУРА

Акимов Г. А., Морфол. изменения в нервной системе человека при общих острых нарушениях кровообращения, Дисс., Л., 1950.

Бегельман А. А., Хирургия, № 5, 1947.

Вайль С. С., Архив патол. анатомии и патол. физиологии, т. III, в. I, 1937.
Золотова Н. А., Ортопедия и травматология, кн. 5, 1937.

Карупу В. Я., Тезисы докладов VI Всесоюзного съезда анатомов, гистологов и эмбриологов, Киев, 1958.

Киселева А. Ф., Изменения интрамуральных нервных элементов сердца при гипертонической болезни, Дисс., К., 1954.

Кульчицкий К. И., Тезисы докладов VI Всесоюзного съезда анатомов, гистологов и эмбриологов, К., 1958.

Панченко Д. И., Изд. ВМА им. С. М. Кирова и сан. отд. 4-го Украинского фронта, 1945.

Ходос Х. Г., Вопросы патогистологии нервной системы, Л., 1940.

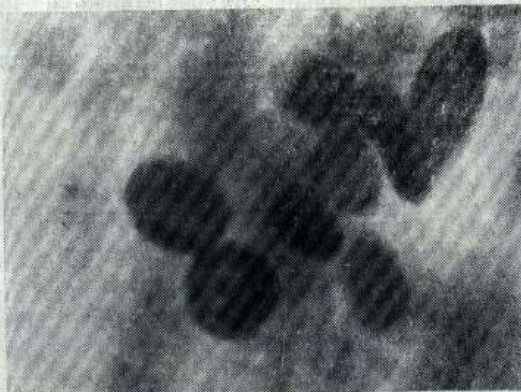


Рис. 3. Стравохід. Моторна бляшка. Лізис привідного волокна. Гіперплазія і гіпертрофія допоміжних клітин.

Мікрофото. Імпрегнація сріблом. Ок. 6, об. імер. 100.

Надійшла до редакції
15.VI 1962 р.

Вплив медикаментозного сну на жовчовиділення у людей

О. Т. Омельченко

Відділ клінічної фізіології Інституту фізіології ім. О. О. Богомольця
Академії наук УРСР, Київ

Питання про застосування терапії сном при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки, гіперацидному гастриті і дуоденіті потребує поглибленого вивчення. Найбільшої уваги заслуговує дослідження функціональних змін, що виникають під впливом цього лікування в різних органах травлення, зокрема в печінці.

Наше завдання полягало у вивченні змін в жовчовиділенні, що настають під час медикаментозного сну і під впливом курсу терапії сном.

В літературі ми не знайшли даних про дослідження такого характеру. Відомі дані про вплив звичайного фізіологічного сну на гепато-панкреатико-дуоденальну секрецію у людей без застосування жовчогінного (Ф. І. Комаров).

Жовчовиділення в наших дослідженнях вивчали методом дуоденального зондування із застосуванням тонкого дуоденального зонда в лабораторії, ізольованій від зовнішніх впливів, спроможних впливати на процес жовчовиділення. Як жовчогінне застосовували 33%-ний розчин сірчанокислої магнезії, що, як відомо, при введенні в дванадцятипалу кишку викликає виділення міхурної і печінкової жовчі. Становило певний інтерес провести серію досліджень із застосуванням жовчогінного, яке сприяє виходу печінкової жовчі. З цією метою були застосовані 25%-ний, 30%-ний і 35%-ний розчини соку чорної редьки в кількості 100 і 150 мл.

В результаті численних досліджень, проведених нами раніше, було встановлено, що 25—35%-ні розчини соку чорної редьки при введенні через дуоденальний зонд в кількості 100 і 150 мл викликали значне виділення печінкової жовчі (порція «С»).

Дуоденальні зондування проводили у осіб з виразковою хворобою шлунка і дванадцятипалої кишки без наявності «ніші» та у хворих на гіперацидний гастрит, у яких були супровідні захворювання печінки і жовчовивідних шляхів, отже, для цих хворих дуоденальні зондування були лікувальною процедурою.

У всіх хворих проводили старанне клінічне, лабораторне і рентгенологічне дослідження до і після терапії сном. В усіх випадках враховували кількість дуоденального

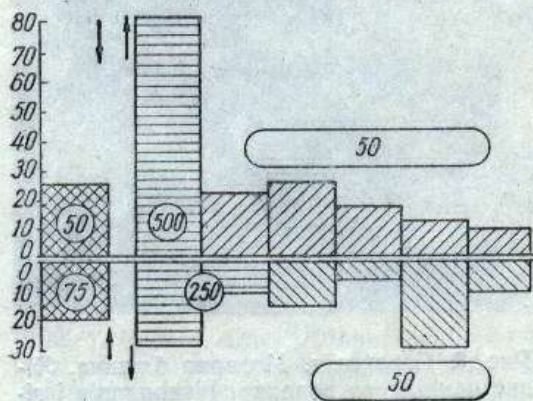


Рис. 1. Хворий К-сь. Жовчовиділення в стані неспання до терапії сном (верхній графік); жовчовиділення під час сну, зумовленого барбамілом, в період терапії сном.

По вертикалі показана кількість жовчі в мл, по горизонталі — 15-хвилинні порції жовчі. Числа в кружках і овалах показують концентрацію білірубіну в мг%. Стрілка, спрямована вниз, вказує момент введення жовчогінного; стрілка, спрямована вгору, — момент розв'язування зонда після введення жовчогінного.

Жовч збирали п'ятинадцятихвилинними порціями. В кожній порції визначали її об'єм, колір, прозорість, осад, наявність пластівців. Жовч, одержану до і після застосування жовчогінних, досліджували під мікроскопом на наявність детриту, лейкоцитів, слизу, епітеліальних клітин, лямблій, кристалів білірубіну, холестерину. Крім того, визначали загальну кількість жовчі «А», «В» і «С». В загальній кількості жовчі «А», «В» і «С» визначали вміст білірубіну (за Бокальчуком), кількість крапель при сталагмометричному підрахуванні, питому вагу.

Зіставляли жовчовиділення в стані неспання до лікування і через два-три дні після закінчення терапії сном, коли вже не було безпосереднього впливу медикаментозного сну. Дослідження жовчовиділення часто проводили також в період застосування курсу терапії сном. Крім того, при вивченні впливу терапії сном на жовчовиділення проводили порівняльні дослідження в динаміці через місяць, три місяці після закінчення лікування сном, а також ще пізніше, щоб встановити тривалість тих функціональних змін в жовчовиділенні, які спостерігаються у хворих після терапії сном.

Другим завданням було з'ясування питання, як змінилось жовчовиділення під час медикаментозного сну у порівнянні з відповідними показниками в період неспання. З цією метою дослідження проводили в вечірні години, через п'ять—сім годин після останнього прийому їжі. Сон викликали застосуванням аміталу натрію в дозі, що не перевищує 0,3 г. Амітал натрію розчиняли в 15 мл води і вводили через дуоденальний зонд, коли останній проникав у дванадцятипалу кишку.

У 35 хворих, підданих терапії сном, було проведено 224 дуоденальних дослідження із застосуванням як жовчогінне розчину сірчанокислої магnezії і 85 дуоденальних досліджень у 15 хворих із застосуванням як жовчогінне розчину соку чорної редьки. У 21 хворого жовчовиділення досліджували під час медикаментозного сну.

Переважну більшість хворих піддавали терапії сном на протязі трьох тижнів і в деяких випадках лікування тривало понад три тижні. Добова тривалість сну досягала 15 год. і більше. Крім снотворних, що забезпечували таку витривалість сну, хворим систематично давали 2%-ний розчин бромистого натрію в мікстурі. Досліджувані хворі додержувались певної дієти (стіл № 1, за Певзнером).

На рис. 1 наведені результати дуоденального дослідження у хворого К-сь в стані неспання до терапії сном, а також дослідження, проведеного під час медикаментозного сну на початку застосування терапії сном. Діагноз у цього хворого був такий: гіперацидний гастрит, холецистит, ангіохоліт.

Зіставляючи результати досліджень, наведених на рис. 1, ми приходимо до

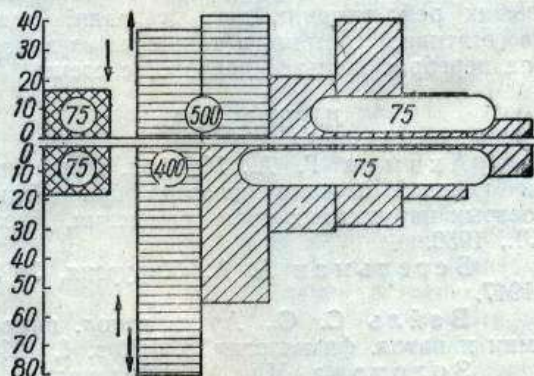


Рис. 2. Хворий К-ко. Жовчовиділення в стані неспання до терапії сном (верхній графік), жовчовиділення в стані неспання після терапії сном.

Позначення такі самі, як і на рис. 1.

вмісту (порція «А»), який виділяється протягом 15—30 хв. до введення жовчогінного. Жовчовиділення після введення того чи іншого жовчогінного було під наглядом протягом 90 хв., а в ряді випадків і довше.