

Стан жовчовивідних шляхів у хворих на епілепсію на різних етапах захворювання

Н. М. Сологуб, Н. Я. Софієнко, А. Г. Саркісова

Інститут фізіології ім. О. О. Богомольця АН УРСР; Київська міськсанепідстанція

Кортико-вісцеральні відношення людини складні і багатоманітні. Кожна зміна функціонального стану кори головного мозку неодмінно позначається на діяльності будь-якої внутрішньої системи. Тимчасом зміни стану внутрішніх органів впливають на функціональний стан кори головного мозку [3, 8, 9, 11, 12, 15].

Печінка бере участь у всіх ланках обміну речовин, відіграє вирішальну роль у знешкодженні токсичних продуктів. У лабораторії І. П. Павлова вперше спостерігали судорожні випадки у собак після виключення печінки із загального кровоструменя, що створювалось накладанням еквівської фістули [13].

Згодом Усієвич [16] і Курцин [8] встановили, що під впливом перенапруження нервових процесів у корі головного мозку собак можуть розвиватися дискінезії жовчовивідних шляхів. Є дані про несприятливий вплив на функцію печінки великої кількості електросудорожних випадків у собак і кроликів [14], а також про провідну роль печінки у виникненні епілептичної хвороби [2].

Проте відомостей про частоту запальних захворювань печінки при епілепсії та їх значення для перебігу захворювання в літературі нема.

Для вивчення стану жовчовивідних шляхів ми досліджували хворих на епілепсію методом дуоденального зондування, що дало можливість виявити паразитарні і запальні ураження жовчовивідних шляхів, провести бактеріологічне дослідження жовчі з визначенням чутливості бактеріологічної флори до антибіотиків.

Дуоденальні зондування здійснювали фракційним методом, розробленим співробітником Інституту фізіології О. Т. Омельченко. Чутливість перевіряли до таких антибіотиків: пеніцилін, біоміцин, стрептоміцин, тераміцин, левоміцин, коліміцерин, міцерин, фраміцин.

При зондуванні жовч збирали 15-хвилинними порціями — дві порції до введення жовчогінного, потім протягом однієї-двох годин після введення жовчогінного (кілька 15-хвилинних порцій). У кожній 15-хвилинній порції визначали кількість жовчі в мілілітрах, колір, прозорість, наявність осаду та пластівців, здійснювали мікроскопічне та бактеріологічне дослідження жовчі. Як жовчогінне ми застосовували 25%-ний розчин сірчанокислої магнезії в кількості не більше 30 мл, на відміну від прийнятих у терапевтичних клініках 50—60 мл. Таке зменшення кількості сірчанокислої магнезії диктувалось особливістю перебігу основного захворювання, а саме: велика кількість магнезії призводить до зрушення в бік алкалозу, хоч і короточасного, що небайдуже для хворих на епілепсію. Крім того, у обслідуваних хворих 50 мл рідини нерідко викликало відчуття переповнення в животі, з виникненням пізніше болювих відчуттів з нудотами і блюванням.

Фракційний метод дуоденального зондування дав можливість вивчити також стан рухової діяльності жовчовивідних шляхів.

Для бактеріологічних досліджень застосована загальноприйнята методика [5, 6].

Всього методом фракційного дуоденального зондування обслідувано 92 хворих, у яких здійснено 254 дуоденальних зондування (не менше двох зондувань у кожного хворого). Жовч 45 осіб (з 92 зондованих) обслідувана бактеріологічно, та проведено 105 бактеріологічних досліджень жовчі.

Обслідуваних хворих на епілепсію за тяжкістю захворювання поділили на три групи: 1) хворі першої групи з легким перебігом захворювання характеризуються рідкими випадками без порушень інтелекту та бактеріологічних змін особи (25 хворих); 2) хворі другої групи із захворюванням середньої тяжкості характеризуються більш частими випадками (чотири-п'ять раз на місяць) і нерізко вираженими інтелектуальними змінами (44 хворих); 3) хворі третьої групи з тяжким перебігом захворювання характеризуються частими (три—п'ять раз на тиждень) випадками та епілептичним слабоумством (23 хворих).

Хворі першої групи. У 20 хворих (в тому числі у чотирьох, які нещодавно захворіли) з 25 обслідуваних, або в 80% виявлена патологія жовчовивідних шляхів, що виражається в наявності в усіх або деяких порціях жовчі пластівців, лейкоцитів, епітеліальних клітин, слизу та вказує на запалення жовчовивідних шляхів. У п'яти з цих хворих виявлені також і лямблії. Бактеріальні дослідження жовчі проведені 39 раз у 16 хворих першої групи з патологічним станом жовчовивідних шляхів. При цьому виявлена кишкова та паракишкова паличка, дріжджоподібні клітини, білий негемолітичний стафілокок, протей, ентерокок, стрептокок. І лише у семи дослідженнях жовч виявилась стерильною (табл. 1). 32 рази з жовчі висівали різну мікробну флору та перевіряли її чутливість до антибіотиків. У дев'яти дослідженнях виявлена висока чутливість до антибіотиків висіяної флори. В інших 23 дослідженнях флора виявилась стійкою до антибіотиків.

Хворі другої групи. З 44 обслідуваних хворих запальні захворювання жовчовивідних шляхів виявлені у 29 осіб, що становило 62% (в тому числі у чотирьох хворих — лямбліозного характеру). У 15 хворих 49 раз проведені бактеріологічні дослідження. Мікробна флора у них мало відрзнялась від хворих першої групи, тобто висівані кишкова та паракишкова палички, дріжджоподібні клітини, білий негемолітичний стафілокок, золотистий стафілокок та деякі інші (табл. 1). 44 рази перевірена чутливість мікробної флори до антибіотиків (у п'яти дослідженнях жовч виявилась стерильною). Високочутливою виявилась флора в 20 дослідженнях, та в 24 випадках встановлена стійкість флори до антибіотиків (табл. 2).

Хворі третьої групи. З 23 обслідуваних хворих у 16 осіб виявлені запальні ураження жовчовивідних шляхів, тобто у 70% обслідуваних (з них у двох осіб — лямбліозного характеру). Бактеріальну флору досліджували 17 раз у 14 хворих. З жовчі виділені кишкова та паракишкова палички, стафілокок білий негемолітичний, дріжджоподібні грибки тощо. В одному випадку жовч була стерильною (табл. 1). Чутливість до антибіотиків перевірена 16 раз, при цьому висока чутливість виявлена в п'яти випадках, а стійкість — 11 раз (табл. 2).

Ми прослідкували також зміни стану жовчовивідних шляхів залежно від самих випадків. 12 хворих з різною складністю захворювання обслідувані безпосередньо після великих і малих епілептичних випадків, що сталися під час дослідження. Після випадків у всіх порціях жовчі виявлена велика кількість епітеліальних клітин, яка збільшується з ускладненням тяжкості випадку, що свідчить про травматизацію жовчовивідних шляхів під час випадку. Поступово клітини зникають із жовчі, раніше з порцій В і С, а потім з порції А.

У хворих на епілепсію періодично, особливо у передвипадковому періоді, виявляються дискінезії жовчовивідних шляхів у вигляді спастичних станів, що виразилось у запізнюванні міхурового рефлексу,

Характер мікробної флори хворих на епілепсію

[illegible]

Таблица 2

Чутливість до антибіотиків флори жовчі хворих на епілепсію

[illegible]

в зв'язку з чим нерідко перша 15-хвилинна порція після застосування сірчанокислої магнезії складалась із печінкової, а не міхурної жовчі, у больових відчуттях в ділянці жовчного міхура, супроводжуваних відділенням міхурної жовчі, в ускладненому проходженні оливи зонда в 12-палу кишку. Видимо, спазм жовчовивідних шляхів поряд з їх травматизацією під час припадку створюють умови, що сприяють виникненню запалення.

Серед збудників бактеріального запалення жовчовивідних шляхів не відзначено будь-яких особливостей між хворими різних груп. З табл. 1 видно, що запалення жовчовивідних шляхів зумовлено досить різноманітною флорою у всіх хворих, незалежно від тяжкості захворювання. Перше місце у хворих на епілепсію посідає група стафілокока (як у чистому вигляді, так і в поєднанні з іншими мікробами), яка виявляється в 29%, тобто в 30 випадках з 105 досліджень. У меншій кількості (20%) виявлені дріжджоподібні клітини (21 раз із 105 досліджень). Якщо ж поєднати дріжджоподібні клітини з іншими видами мікробів, то виявлена їх кількість збільшується. Кишкова паличка разом з паракишковою становить 21,8%, що також дуже багато.

Слід відзначити, що в жодній групі хворих не виявлено патогенної мікрофлори кишкової групи.

В літературі є численні дані про почастішання стафілококових захворювань [1, 4, 7]. Відома також роль кишкової та паракишкової палички у виникненні запалень [10]. При цьому процент виявлення грибків у хворих на епілепсію порівняно з іншими патологічними станами досить високий. Так, у центральній бактеріологічній лабораторії протягом того ж часу, коли обслідували хворих на епілепсію, провели 1844 бактеріологічних дослідження жовчі хворих з різними соматичними захворюваннями. У цих хворих дріжджоподібні грибки виявлені в 30 випадках, що становить 1,6%, а дріжджоподібні грибки в поєднанні з іншою флорою в дев'яти випадках, тобто 0,49%. Усього дріжджоподібні грибки виявлені в 2,09% досліджень щодо 20% у хворих на епілепсію. Сама поява грибків у жовчі хворих на епілепсію вказує на дізбактеріоз, який звичайно розвивається в зв'язку із зниженням реактивності. Цьому зниженню реактивності, а не характеру бактеріологічної флори Мадьяр [17] надає основного значення у виникненні запалення жовчовивідних шляхів.

Чутливість до антибіотиків різних мікробів також неоднакова (табл. 2). Якщо виявлений стафілокок у більшості випадків чутливий до антибіотиків (14 випадків з 21), то дріжджоподібні грибки, а також кишкова і паракишкова палички майже повністю стійкі до них.

Отже, запальні захворювання жовчовивідних шляхів бактеріального та лямбліозного характеру при незначному коливанні процентних відношень виявлені у хворих усіх трьох груп. У всіх цих хворих, за винятком поодиноких випадків, у клінічній картині не було симптомів, які свідчать про наявність ураження печінки, крім мало вираженої больової чутливості, часом дуже незначної, при пальпації жовчного міхура. Лямбліозні ураження, як правило, мали безсимптомний характер, і для хворих їх виявлення було цілком несподіваним.

Проте, більшість хворих із запальними ураженнями жовчовивідних шляхів скаржились на почастішання припадків, виникнення припадків серіями, зміну форм припадків та епілептичних еквівалентів, появу головних болей, розлади сну, порушення апетиту, нудоту, часом блювання, періодично виникаюче відчуття слабкості. Збільшення доз протисудорожних засобів у цьому періоді не завжди давало позитив-

ний ефект, особливо при лямблійозних холециститах. Тому до комплексного методу лікування хворих на епілепсію із запальними явищами в жовчовивідних шляхах включали антизапальні і антипаразитарні речовини: протилямблійні (акрихін з фурадоніном або амінохінол), жовчогінні (жовчогінні трави або алохол), спазмолітичні (платифілін, папаверин), антибактеріальні засоби (біоміцин, тераміцин, левоміцин), а також сліпі або дуоденальні зондування.

У всіх випадках лямблійозних уражень в результаті проведеного лікування лямблії вдалося повністю ліквідувати з стійким терапевтичним ефектом. При запальних процесах бактеріального характеру та високій чутливості бактеріальної флори до антибіотиків весь комплекс терапевтичних заходів, включаючи протисудорожні, протизапальні речовини, також давав позитивний результат; протягом одного-двох місяців домагалися повного видужання або значного зменшення запальних явищ: зникала нудота, зменшувався головний біль, зникали припадки, які стійко повторювались при призначенні лише протисудорожних засобів.

Висновки

1. У досліджених хворих на епілепсію з різною тяжкістю захворювання у 80% випадків виявлені запальні процеси жовчовивідних шляхів: з них 83% бактеріального походження і 17% лямблійозного.

2. Запальні захворювання жовчовивідних шляхів у хворих на епілепсію переважно спостерігаються при мало виражених клінічних симптомах. Водночас вони служать фактором, що ускладнює перебіг епілепсії у вигляді почастишання припадків, виникнення припадків серіями, зміни форм припадків та епілептичних еквівалентів тощо.

3. У хворих на епілепсію із запальними процесами жовчовивідних шляхів бактеріального походження значно частіше, ніж у хворих з різними соматичними захворюваннями в жовчі виявляються дріжджоподібні грибки (20% у хворих на епілепсію щодо 2,09% при інших захворюваннях, не пов'язаних з порушенням психіки), що вказує на зниження реактивності хворих на епілепсію.

4. Ліквідація запальних процесів сприяє поліпшенню перебігу епілепсії.

5. Комплексне лікування хворих на епілепсію має включати заходи, спрямовані на ліквідацію запальних явищ у жовчовивідних шляхах, виявлених спеціальними дослідженнями.

Література

1. Балаян Л. Б., Акатов А. Г.— Журн. мікробіол., епідеміол. и иммунобиол., 1965, 6, 86.
2. Блиновский Ю. А.— К патогенезу эпилептической болезни (печень—интерорецепторы—мозг). Автореф. докт. дисс. Ташкент, 1960.
3. Быков К. М.— Кора головного мозга и внутренние органы. Медгиз, 1947.
4. Выгодчиков Г. В.— Стафилококковые инфекции, М., 1966.
5. Инструкция по микробиологической и серологической диагностике кишечных заболеваний бактериальной природы. МЗО РСФСР, М., 1964.
6. Инструкция по микробиологической диагностике кишечных заболеваний. Медицина, М., 1967.
7. Крыштальская Л. Р.— Журн. мікробіол., епідеміол. и иммунобиол., 1965, 6, 91.
8. Курцин И. Т.— Кортико-висцеральная теория. Медицина, М.—Л., 1960.
9. Курцин И. Т.— Кора головного мозга и внутренние органы. Л., 1952.
10. Матвеев К. И. и Соколов М. И.— (Ред.) Руководство по микробиологической диагностике инфекционных болезней. Медгиз, М., 1964.

11. Павлов И. П.—Лекции о работе больших полушарий головного мозга. Полное собр. соч. М.—Л., 1951, IV.
12. Павлов И. П.—Полное собр. соч., 1951, II, 2, 247.
13. Павлов И. П.—Полное собр. соч., М.—Л., 1951, II, 1, 200.
14. Расин С. Д.—Влияние электрошока на основные нервные процессы и обмен веществ. Докт. дисс., К., 1954.
15. Усиевич М. А.—Роль коры головного мозга в деятельности внутренних систем организма. Актовая речь 11 октября, 1951 (Москва).
16. Усиевич М. А.—Физиология высшей нервной деятельности. М., 1953.
17. Модьяр М.—Заболевания печени и желчных путей. Будапешт, 1962.

Надійшла до редакції
5.VII 1967 р.

Состояние желчевыводящих путей у больных эпилепсией на разных этапах болезни

Н. М. Сологуб, Н. Я. Софиенко, А. Г. Саркисова

Институт физиологии им. А. А. Богомольца АН УССР; Киевская горсанэпидстанция

Резюме

92 больных эпилепсией с различной тяжестью болезни исследованы методом фракционного дуоденального зондирования (произведено 252 зондирования). Желчь 45 больных обследована бактериологически (произведено 105 исследований). Проверена чувствительность бактериальной флоры к антибиотикам.

У больных эпилепсией с разной тяжестью болезни в 70% случаев обнаруживаются воспалительные процессы желчевыводящих путей бактериального и лямблиозного характера. Воспалительные процессы желчевыводящих путей в большинстве случаев протекают бессимптомно, сопровождаясь, однако, ухудшением течения основного заболевания: учащением припадков, возникновением припадков сериями, изменением форм припадков и эпилептических эквивалентов и др. Из бактериальной флоры, обнаруженной при воспалении желчевыводящих путей, наиболее многочисленными является группа стафилококка, обнаруживающего высокую чувствительность к антибиотикам, и дрожжеподобные грибки, почти полностью устойчивые к ним. Большой процент заболеваний с обнаружением дрожжеподобных клеток указывает на снижение реактивности больных эпилепсией.

При печеночной патологии в комплексное лечение эпилепсии необходимо включать мероприятия, направленные на ликвидацию воспалительных явлений в желчевыводящих путях.

The State of Bile - Evacuative Pathways in Epilepsy Patients at Different Stages of the Disease

N. M. Sologub, N. Ya. Sofienko and A. G. Sarkisova

*The A. A. Bogomoletz Institute of Physiology, Academy of Sciences
Ukrainian SSR, City Sanitary and Epidemic Station, Kiev*

Summary

92 epilepsy patients with different gravity of the disease were investigated by the method of fractionary duodenal probing (252 probing were made). A bacteriological investigation was carried out of the bile of 45 patients (105 investigations were conducted). Sensibility of bacterial flora to antibiotics was tested. Inflammatory processes of bile-evacuative pathways of bacterial and lambligenic character are discovered in 70% of epilepsy patients with different gravity of the disease. The inflammatory processes of bile-evacuative pathways in most cases have no symptoms, but are attended by worsening of the main disease course: the attacks become more frequent, sometimes in series, the forms of the attacks and epilepsy equivalents change, etc. From bacterial flora detected in the inflammatory bile-evacuative pathways the most numerous is the group of staphylococcus which manifests a high sensibility to antibiotics, and yeast-like fungi almost completely resistant to them. A high percentage of the diseases with detected yeast-like cells shows the decrease of reactivity of epilepsy patients. In liver pathology it is necessary to include into a complex treatment of epilepsy the measures directed to the liquidation of inflammatory phenomena in the bile-evacuative pathways.