

200 мг резорцина растворяют в 10 мл воды, добавляют 80 мл концентрированной соляной кислоты и 0,25 мл 0,1 М раствора сернокислой меди и доливают водой до 100 мл.

Приготавливают смесь 85 мл бутилацетата с 15 мл бутилового спирта и 5% раствор трихлоруксусной кислоты.

К 0,5 мл сыворотки крови добавляют 4,5 мл 5% раствора трихлоруксусной кислоты, перемешивают и гидролизуют в водяной бане при 100° в течение 7 мин. Фильтруют и берут для определения 0,2 мл. Исследуемую пробу в пробирках с притертыми пробками доливают водой до 1 мл (контрольная проба содержит 1 мл воды), добавляют 1 мл резорцинового раствора и помещают в кипящую водяную баню на 15 мин. Затем пробирки охлаждают в холодной воде и добавляют по 3 мл смеси бутилацетата и бутилового спирта. Пробирки встряхивают и ставят еще на 15 мин. в холодную воду.

После расслаивания фаз верхний окрашенный слой отсасывают и определяют интенсивность окраски на фотоэлектроколориметре с зеленым светофильтром.

Мы определяли содержание нейраминной кислоты в сыворотке крови у больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости, требующими экстренной операции.

Под нашим наблюдением было 25 здоровых и 83 больных.

Содержание нейраминной кислоты в сыворотке крови здоровых людей составило  $60,6 \pm 3,4$  мг%, что совпадает с данными других авторов.

При острых хирургических заболеваниях, сопровождающихся катаральными изменениями в органах (катаральный аппендицит, обострение хронического холецистита и язвенной болезни), а также при перфоративных гастродуоденальных язвах, различных формах кишечной непроходимости содержание нейраминной кислоты в сыворотке крови было нормальным или несколько повышенным. Незначительное увеличение его наблюдалось при флегмонозных аппендицитах. В то же время при гангренозных аппендицитах оно резко возрастало. Высокие показатели нейраминной кислоты обнаружены у больных с катаральными и больше с флегмонозными и некротическими изменениями в желчном пузыре и при холецистопанкреатитах, и, наконец, самые высокие — при различных формах панкреатитов.

Таким образом, нейраминная кислота ввиду своей способности изменяться уже в первые часы при острых хирургических заболеваниях, благодаря простоте методики и быстроте определения в сыворотке крови может быть использована в клинике экстренной хирургии для оценки тяжести воспалительно-деструктивного процесса. Обнаруженное нами резкое повышение нейраминной кислоты в сыворотке крови больных с различными формами панкреатита ( $t > 6$ ) может, наряду с другими лабораторными исследованиями, служить дополнительным тестом при дифференциальной диагностике панкреатита от гастритов, перфоративных гастродуоденальных язв, кишечной непроходимости, обострений язвенной болезни — заболеваний, при которых содержание ее остается в пределах нормы.

УДК 616.366—007.59

### Х. К. Каримов (Казань). Заворот желчного пузыря

Т., 73 лет, доставлена в хирургическое отделение 6/XII 1965 г. в 23 часа с жалобами на резкие боли в эпигастриальной области, в правом подреберье и правой половине живота, тошноту, неоднократную рвоту желчью, общую слабость. Заболела 10 дней назад, в течение которых была неоднократная рвота и боли в животе. Возникновение боли связывает с приемом недоброкачественной пищи. Лечилась дома по назначениям участкового врача.

Живот правильной конфигурации, в акте дыхания не участвует. Напряжение мышц передней брюшной стенки в эпигастрии и правом подреберье. Симптом Щеткина — Блюмберга не отчетлив.

7/XII 1965 г. лапаротомия под местной анестезией. Выпота в брюшной полости нет. Желчный пузырь  $12 \times 6$  см, резко напряжен, вены пузыря расширены. Пузырь имеет собственную брыжейку и повернут на 360°. После анестезии произведен заворот пузыря, и он быстро и легко опорожнился. На пузырном протоке полоса некроза. Произведена холецистэктомия от шейки. В общем желчном протоке камней не обнаружено.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

УДК 616.007.272—616.34—616.366—003.7

### Н. И. Пушкарев (Баш. АССР). Кишечная непроходимость от желчного камня

Непроходимость вследствие закупорки просвета кишки желчным камнем впервые описана Моно в 1827 г.

Приводим наше наблюдение.