

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 разворот 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.

И., 55 лет, поступила в хирургическое отделение 3/III 1964 г. с жалобами на рвоту, задержку испражнений и газов, схваткообразные боли в животе. 1/III внезапно вслед за возникшими в правом подреберье болями началась рвота, со 2/III перестали отходить газы, нет стула. Страдает желчнокаменной болезнью с 1956 г.

Болезнь беспокоит. Температура 37,7°. Пульс частый, малый; АД 105/55 мм. Живот вздут, болезнен, перистальтика усилена, симптом Щеткина — Блюмберга слабо положительный. Диагноз: кишечная непроходимость.

Лапаротомия. Желчный пузырь в спавшемся состоянии, сращен с двенадцатиперстной кишкой. Тощая кишка раздута. Поперечным разрезом из кишки извлечен фасеточный камень 3,5×3,5 см, весом 17,7 г, по форме напоминающий треугольную пирамиду, основание которой светло-коричневого, две грани бледно-желтого, третья — серого цвета. Других камней в кишечнике не обнаружено. Желчный свищ не ликвидирован из-за тяжелого состояния больной. Больная выписана 25/III.

Осмотрена через 6 месяцев. Работает, но временами отмечает боли справа в верхней части живота.

УДК 616.36—008.5

### А. П. Борисенко (Москва). О функциональной гипербилирубинемии Жильбера

В последние годы внимание клиницистов привлекают так называемые функциональные гипербилирубинемии. Под этим термином объединяется несколько типов желтух, проявляющихся лишь в нарушении пигментного обмена; признаки усиленного гемолиза, поражения печеночной паренхимы, а также симптомы внепеченочной или внутривнутрипеченочной закупорки отсутствуют. Различают две основные группы функциональных гипербилирубинемий. Одна из них характеризуется повышенным содержанием в сыворотке крови связанного (прямого) билирубина. Впервые такое заболевание описали в 1954 г. Дубин и Джонсон.

В настоящем сообщении мы остановимся на другой группе гипербилирубинемий, протекающих с повышенным содержанием в сыворотке крови свободного (непрямого) билирубина. Впервые их описал французский клиницист Жильбер (1901—1902) под названием «простой семейной холемии».

Функциональные гипербилирубинемии диагностируются редко. Таким больным обычно ставят диагноз хронического гепатита, гепатохолецистита, механической желтухи, гемолитической анемии, болезни Боткина, что часто ведет к ненужным терапевтическим мероприятиям, к травмированию психики больного, к ятрогении.

Сообщаем о нашем наблюдении.

Н., 30 лет, поступил 23/XII 1965 г. с диагнозом: обострение хронического гепатохолецистита. Жаловался на незначительные боли в правом подреберье и в эпигастриальной области, на тошноту, желтушное окрашивание склер. Впервые отметил желтушность склер в семнадцатилетнем возрасте. К врачу не обращался, так как ничто не беспокоило. В 1957 г. после перенесенного гриппа желтушность склер усилилась, появились боли в эпигастриальной области и в правом подреберье. Все последующие годы с обострениями гастрита усиливалась желтушность склер (примерно 1—2 раза в год). Особенно интенсивное желтушное окрашивание склер, с появлением желтухи на коже, отмечено в 1962 г. С 1957 г. больной неоднократно лечился в больницах и на курортах. Желтуха полностью никогда не исчезала; боли в эпигастрии и в правом подреберье прекращались.

Осмотическая резистентность эритроцитов минимальная — 0,66, максимальная — 0,34% NaCl. Функциональные пробы печени в норме. Билирубин в сыворотке крови по Иендрашеку 14/XII 1965 г.: прямой — 0,1, непрямой — 4,2 мг%; 8/IV 1966 г.: прямой — отрицательный, непрямой — 2,5 мг%. По Ван-ден-Бергу билирубин колебался от 1,25 до 4,5 мг%, реакция прямая, замедленная. Моча нормальная. Уробилин в моче колебался от одного до четырех крестов. Реакция мочи на желчные пигменты всегда была отрицательной. Билирубин желчи — 6—20 билирубиновых единиц. Печень и селезенка не увеличены.

Рентгеноскопия грудной клетки и желудочно-кишечного тракта патологических изменений не выявила. При холедистографии хорошо виден контрастированный желчный пузырь грушевидной формы; камни в желчном пузыре не обнаружены.

Поставлен диагноз: функциональная гипербилирубинемия Жильбера.

УДК 616—003.821—616.612—002—616.346.2—002—616—002.36—616.94

### А. Н. Баранов (Кирсанов). Быстротекущая септикемия после заворота слепой кишки и флегмонозного аппендицита у больной, страдающей амилоидно-липидным нефрозом

Одним из тяжелых осложнений острого аппендицита является сепсис. Успехи в лечении гнойных заболеваний и в профилактике послеоперационных осложнений при помощи рационального использования антибиотиков и сульфаниламидов свели до минимума возникновение гнойно-септических осложнений. Только при тяжелых сопутствующих операции заболеваниях, когда организм находится в состоянии пониженной