

кислотой. Определяли сывороточное железо, гемоглобин, степень обеспеченности организма аскорбиновой кислотой, производили подсчет эритроцитов. При повышении уровня С-витаминной обеспеченности улучшались показатели сывороточного железа и гемоглобина. Степень С-витаминной обеспеченности не оказывала влияния на эритропоз.

УДК 616—089.5—031.81—612.015.1

Ф. Н. Казанцев (Казань). Влияние релаксантов деполаризующего действия на активность псевдохолинэстеразы крови

В современной анестезиологии наиболее широкое применение нашли мышечные релаксанты деполаризующего действия, длительность эффекта которых, как известно, зависит от активности псевдохолинэстеразы крови.

В повседневной работе анестезиологи нередко наблюдают случаи длительного нервно-мышечного блока при введении обычной дозы релаксанта больным с исходной нормальной активностью псевдохолинэстеразы крови. Точный генез такого эффекта деполаризующих мышечных релаксантов неизвестен. Однако считается, что он может быть следствием либо двойного блока или сочетанного влияния гипокарбии, возникшей на фоне гипервентиляции, либо же процесса распада релаксанта, сопровождающегося снижением активности псевдохолинэстеразы крови.

Мы изучали влияние однократной дозы деполаризующего мышечного релаксанта (сукцинилхолина и его аналогов) на активность ложной холинэстеразы крови с использованием химического микрометода Стедмана в модификации Т. В. Правдич-Неминской (1949). Активность псевдохолинэстеразы определяли по количеству сантинормального раствора гидроокиси натрия в миллилитрах, израсходованного на титрование уксусной кислоты, которая образуется из 1 мг ацетилхолина при инкубации его с 0,1 мл исследуемой сыворотки крови¹.

Всего исследовано 34 больных (19 женщин и 15 мужчин в возрасте от 13 до 61 года) с различными ортопедическими заболеваниями и последствиями травм конечностей.

На основании полученных нами данных можно считать, что процесс ферментативного распада деполаризующего мышечного релаксанта сопровождается снижением активности псевдохолинэстеразы крови, особенно выраженным при применении эфирного наркоза. Причиной длительного нейромышечного блока при введении релаксантов деполаризующего действия является не только низкая исходная активность ложной холинэстеразы крови, но и понижение ее, происходящее в процессе ферментативного распада релаксантов. Это согласуется с данными других авторов и указывает на необходимость определения активности сывороточной холинэстеразы крови больных еще в предоперационном периоде. Наши исследования подтверждают также целесообразность снижения повторных доз релаксанта до $\frac{1}{5}$ — $\frac{3}{5}$ первоначально введенного количества, особенно в условиях современной многокомпонентной анестезии.

УДК 616—003.4—616.629—616—002.3

В. В. Горшков (Астрахань). Нагноившаяся киста урахуса у девочки 2 лет

Кисты урахуса у детей встречаются относительно редко, поэтому мы решили поделиться нашим наблюдением.

С., 2 лет, поступила 10/IX 1965 г. с жалобами на боль внизу живота. Заболела 10 дней назад: внезапно повысилась температура до 39°, появилось опухолевидное образование ниже пупка, которое медленно увеличивалось. Девочка стала вялой, раздражительной, отказывалась от еды.

Ниже пупка по средней линии определяется болезненный плотный инфильтрат 5×4 см. Кожа над ним слегка гиперемирована. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка и почки не пальпируются.

Поставлен диагноз: нагноившаяся киста урахуса.

14/IX — операция. По рассечении апоневроза выделилось около 30 мл густого зеленоватого гноя. Полость 4×3 см, нижний полюс направлен к мочевому пузырю, верхний — к области пупка. Послеоперационный период протекал гладко, девочка выписана на 8-й день в хорошем состоянии.

УДК 616—003.4—616.37

В. Ф. Наумов (Альметьевск). Киста поджелудочной железы у девочки 14 лет

В отечественной литературе с 1885 по 1958 г. опубликовано всего 295 сообщений о кисте поджелудочной железы. Особенно редко это заболевание встречается у детей. Приводим наше наблюдение.

¹ В исследованиях больных принимали участие зав. биохимической лабораторией О. В. Санчугова и мл. научн. сотр. А. Н. Куцбина.

У., 14 лет, поступила 13/XI 1963 г. с жалобами на постоянную рвоту, сильные боли в животе, резкое похудание и слабость. Больна с раннего детства, с 4 лет боли стали носить приступообразный характер. Больная многократно лечилась. Временно наступало улучшение.

Больная обезвожена, истощена. В эпигастральной области ближе к правому подреберью выступает опухолевидное образование тугоэластической консистенции. Опухоль неподвижна.

Был поставлен диагноз: опухоль брюшной полости.

20/XI 1963 г. под нитратрахеальным наркозом произведена срединная лапаротомия. Обнаружена опухоль кистозного характера, исходящая из головки поджелудочной железы, величиной с головку новорожденного. Опухоль располагалась между задней стенкой дистального отдела желудка и начальной части двенадцатиперстной кишки, с одной стороны, и головкой поджелудочной железы, с другой. Верхняя граница опухоли достигала ворот печени, располагаясь между листками печеночно-двенадцатиперстной связки. Произведена экстирпация кисты, резекция дистальной трети желудка и частичная резекция головки поджелудочной железы.

Рана зажила первичным натяжением. На 13-й день после операции больная выпихана в хорошем состоянии.

Гистологический диагноз — истинная киста поджелудочной железы.

Спустя 1 год 5 месяцев после операции девочка чувствует себя хорошо. Жалоб не предъявляет.

УДК 616.33—002.44—616.33—005.1

С. С. Курбанаева (Казань). О тактике хирурга при кровоточащих гастро-дуоденальных язвах

Из хирургических методов лечения при кровоточащих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, безусловно, предпочтения заслуживает резекция желудка. Но радикальная операция таит в себе определенный риск для жизни больного, если хирург не имеет достаточного опыта в технике резекции желудка, если больной находится в состоянии тяжелого коллапса, имеет преклонный возраст с серьезными сопутствующими заболеваниями. При таких обстоятельствах можно осуществить тампонаду свободным салником кровоточащей язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. Этот способ был предложен и применен в клинике В. М. Осиповским.

Мы не являемся сторонниками паллиативной операции при кровоточащей язве желудка и двенадцатиперстной кишки, в связи с чем у нас только небольшое количество больных оперировано с тампонадой салником. Однако, как указывалось выше, иногда это является единственным выходом для спасения больного.

Тампонада салником кровоточащей язвы желудка или двенадцатиперстной кишки выполнена 15 больным, поступившим в клинику в крайне тяжелом состоянии, с низким процентом гемоглобина (от 15 до 30%), или больным пожилого возраста с тяжкими сопутствующими заболеваниями, или при трудно удалимых язвах желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне тяжелого коллапса.

Умерло 3 больных: один от раковой кахексии после тампонады кровоточащей опухоли желудка (но кровотечение у него было остановлено), один от продолжающегося кровотечения из второй, невыявленной, язвы желудка, один от перитонита в результате погрешностей в технике тампонады.

Тампонаду производят следующим образом: по вскрытии брюшной полости тщательно осматривают желудок и двенадцатиперстную кишку. Желудок вскрывают вблизи язвы, эвакуируют содержимое желудка. Прошивают слизисто-мышечный слой шелком № 5 над кровоточащей язвой, швы не завязывают, в кратер кровоточащей язвы укладывают заранее вырезанный кусочек большого салника, который и укрепляют введенными ранее шелковыми швами. Чтобы салник не выскользнул или не подвергся действию желудочного сока, первый ряд швов погружают вторым рядом слизисто-мышечных швов. Надо избегать захвата швами серозы желудка, либо в результате прокола серозы может наступить перитонит, как это наблюдалось у одного нашего больного. Зашивают рассеченную стенку желудка двухрядными швами. При кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки техника тампонады такая же, но здесь для избежания последующего сужения просвета кишки ее зашивают в поперечном направлении.

УДК 616—001.33—616.34

Б. Н. Еремеев (пос. Явас Мордовской АССР). О так называемых «самопроизвольных» разрывах тонкого кишечника

В механизме «самопроизвольных» разрывов кишки имеет значение одновременное неравномерное сокращение брюшной стенки, соответственно чему резко изменяется соотношение внутрибрюшного давления. В описываемом ниже наблюдении наступало эластическое перерастяжение части стенки кишки в грыжевом мешке.

Р., 45 лет, поступил 5/XII 1964 г. с жалобами на резкие боли в животе, преимущественно в нижней половине. Температура 37,5°. 6 часов назад, копая яму, больной внезапно почувствовал острую боль в области пупка.