

Р. А. Вяселев и **В. И. Можанов** (Казань). **Белковые фракции и сиаловые кислоты сыворотки крови при остром холецистите**

Динамика изменений белков крови при остром холецистите обычно характеризует степень тяжести заболевания.

Нами обследовано 58 больных с различными формами острого холецистита. 32 чел. были оперированы (в том числе 17 с деструктивными формами заболевания), остальные получали консервативное лечение. Общий белок мы определяли рефрактометром, белковые фракции — электрофорезом на бумаге, уровень сиаловых кислот — по методу Хесса, Коберна, Бейтс и Мерфи.

Для контроля аналогичные исследования проведены у 20 здоровых лиц, получены следующие результаты: общий белок крови — $8,4 \pm 0,07$ г%; альбумины — $59,6 \pm 0,64$ %; α_1 — $4,0 \pm 0,17$ %; α_2 — $7,2 \pm 0,4$ %; β — $12,3 \pm 0,26$ %; γ — $16,6 \pm 0,28$ %.

При остром холецистите, когда процесс имел тенденцию к разрешению с общим удовлетворительным состоянием больного, были установлены умеренная гипоальбуминемия и увеличение α_2 -глобулиновой фракции ($10,8 \pm 0,12$ %) при нормальном или незначительном снижении общего количества белка.

У больных с тяжелым общим состоянием, у которых на операции были обнаружены деструктивные формы холецистита, выявлено снижение общего количества белка ($7,3 \pm 0,09$ г%; $P < 0,001$), гипоальбуминемия ($47,6 \pm 0,41$ %; $P < 0,001$); увеличение α_2 -глобулиновой фракции ($12,1 \pm 0,17$ %; $P < 0,001$) и γ -глобулинов ($22,7 \pm 0,38$; $P < 0,001$). В послеоперационном периоде к 5-му дню мы находили еще более значительные изменения белковых фракций.

По нашим данным, уровень сиаловых кислот у здоровых составлял $0,169 \pm 5,4$ ед., что соответствует литературным данным. У больных с острым холециститом при удовлетворительном общем состоянии содержание сиаловых кислот колебалось от 0,175 до 0,280 ед., а у больных с тяжелой формой холецистита — от 0,280 до 0,385 ед. Таким образом, сравнительные результаты исследований белковых фракций сыворотки крови и сиаловых кислот у больных с острым холециститом выявляют параллельные изменения.

УДК 616.33—005.1—616.33—002.44

В. В. Певчих (Ижевск). **Острые кровотокающие язвы желудка и двенадцатиперстной кишки**

Приводимые ниже наблюдения, касающиеся больных с различной патологией, объединены тем, что профузное желудочно-кишечное кровотечение возникало, как мы полагаем, вследствие образования острых язв.

1. Л., 49 лет, поступила 4/1 1966 г. в 2 часа 30 мин. с закрытым осколчатым косоперечным переломом левого бедра со смещением. 4/1 в 10 ч. утра была кровавая рвота. Кал черного цвета, реакция на скрытую кровь резко положительная. В последующем больная не предъявляла жалоб на нарушение функции желудочно-кишечного тракта. Симптомов язвенной болезни при рентгенологическом обследовании не обнаружено.

2. И., 54 лет, поступила 10/XII 1964 г. с диагнозом: атеросклероз; коронаросклероз; инфаркт миокарда. На 2-е сутки после тяжелого ангинозного приступа появились боли в животе, кровавая рвота. В последующие 6 дней отмечена обильная геморрагия. В дальнейшем (как и в прошлом) больная не жаловалась на нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта.

3. У Ш., 49 лет, была левосторонняя крупозная пневмония. Оккультная геморрагия (10 дней) выявлена при направленном исследовании. Кровохаркание и язвенная болезнь исключены.

Ни у одной больной не было типичной язвенной болезни.

УДК 616—002.45—616—089.5—031.81

В. Г. Кудянов (Чебоксары). **Перфоративные язвы двенадцатиперстной кишки при интубационном наркозе**

Интубационный наркоз с применением релаксантов является методом выбора при большинстве тяжелых операций. Однако нередко он сопровождается серьезными осложнениями.

При искусственном дыхании через маску наркозного аппарата возможна перфорация язвы желудка. Данное осложнение в доступной нам литературе не описано. Учитывая практическую важность разбираемого вопроса и трудность диагностики, мы считаем необходимым поделиться следующим наблюдением.

И., 36 лет, 27/IV 1966 г. взята на операционный стол по поводу комбинированного митрального порока сердца с преобладанием стеноза. Внутривенно медленно введено 16 мл 2,5% раствора тиопентал-натрия и 80 мг миорелаксина. По мере углубления сна при помощи дыхательного мешка через маску производилось несколько активных вспо-