

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 — $8,4 \pm 0,07\%$; 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 ($7,3 \pm 0,09\%$; $P < 0,001$), 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. Окультная 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-

могательных дыханий кислородом для создания высокой концентрации его в крови на период интубации. Интубация выполнена без затруднений трубкой № 9 с надувной манжеткой. После интубации приступили к проведению ручного управляемого дыхания и насыщению организма основным наркотиком — эфиром и записью азота. В течение операции фракционно вводили миорелаксин. Операцию начали и вели в первой фазе хирургической стадии наркоза. Произвели чрезжелудочковую инструментальную митральную комиссуротомию. После расширения митрального отверстия приступили к внутривенному переливанию крови. По окончании операции восстановилось самостоятельное дыхание, больная пришла в сознание: открыла глаза, мимикой стала отвечать на вопросы. К вечеру больная почувствовала резкие боли в животе, грудной клетке.

В послеоперационном периоде несколько раз в сутки вводили анальгетики. На вторые сутки состояние больной резко ухудшилось, стал нарастать цианоз губ и кончиков пальцев, язык немного обложен белым налетом, сухой. Пульс 120—130, аритмичный, тоны сердца глухие, верхушечный толчок не определяется. АД 90/50. Дыхание жесткое, с бронхальным оттенком; сухие хрипы. Живот умеренно вздут. Высокий тимпанит в пупочной области, печень и селезенка не пальпируются. Видимой перистальтики не определяется. Дважды была рвота с выделением большого количества желудочного содержимого и желчи. Сифонная клизма не дала положительного эффекта и не облегчила состояние больной. Введен дуоденальный зонд, через который выделилось большое количество содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки. На 3-и сутки больная умерла при явлениях упадка сердечной деятельности.

На вскрытии обнаружена перфорированная язва передней стенки верхнего горизонтального отдела двенадцатиперстной кишки, разлитой перитонит.

По-видимому, в результате повышения давления газов в системе наркозного аппарата во время управляемого дыхания до интубации кислород попал в желудок, вызвав острое его расширение с последующим нарушением целостности — перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки.

Наличие безболевого, малосимптомного течения язвенной болезни, так называемой «немой язвы», перфорация ее в состоянии наркоза и усиленное введение анальгетиков в послеоперационном периоде не позволили определить острое заболевание брюшной полости при жизни больной.

УДК 616.34—005.1—616.37—002

Ф. И. Марголина и В. К. Ануфриева (Казань). Профузное кровотечение в результате аутолиза стенки двенадцатиперстной кишки

М., 65 лет, поступила 5/І 1967 г. с жалобами на одышку, боли в левой половине грудной клетки, в поясничной области, в левом подреберье, усиливающиеся при дыхании, движении, кашле, и на повышение температуры до 37,5—37,8°.

С 25/ХІ по 16/ХІІ 1966 г. М. находилась на лечении в хирургическом отделении по поводу острого панкреатита. Содержание диастазы в моче последовательно было 256 и 1024 ед. К 16/ХІІ 1966 г. рвота и болевой синдром исчезли, и больная по собственному желанию была выписана со строгим предписанием соблюдать соответствующую диету. Через 3 недели относительного благополучия у больной вновь появились рвота и боли в эпигастрии, и 5/І 1967 г. с диагнозом «пневмония» она была направлена в нашу клинику.

При поступлении температура 37,7°. В левой плевральной полости — экссудат до IV ребра. Тоны сердца глухие, пульс 80 — 90, мягкий, ритмичный, АД 100/60. Язык влажный, с белым налетом. Живот несколько вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации легкая болезненность в эпигастральной области слева. Правое подреберье, зона Шоффара безболезненны. Умеренная болезненность в левом реберно-позвоночном углу. Печень и селезенка не пальпируются.

Гем. — 13 г%, Л. — 5900; п. — 17,5%, с. — 52,5%, м. — 7%, л. — 23%. РОЭ — 49 мм/час. Протромбин — 80%.

В моче следы белка, оксалаты. Диастаза мочи — 64 ед.

Рентгенокопия органов грудной клетки. Слева в нижнем отделе интенсивное гомогенное затемнение с косой верхней границей по IV ребру. Органы средостения смещены вправо.

На ЭКГ — синусовая тахикардия. Левограмма. Нарушение внутрижелудочковой проводимости.

С 5/І по 16/І 1967 г. состояние больной постепенно улучшалось: исчезли боли, уменьшилась одышка, снизилась температура (по вечерам 37,2—37,3°).

В ночь на 17/І во время сна у больной внезапно появилось профузное желудочное кровотечение, которое удалось остановить применением обычной кровоостанавливающей терапии. После кровотечения состояние больной было тяжелым — резкая бледность, тахикардия, АД 90/60. Диастаза мочи — 128 ед. Лечение консервативное.

Утром 19/І у М. вновь возникло массивное фонтанирующее желудочное кровотечение, которое не удалось остановить. Больная умерла при явлениях геморрагического коллапса.

Клинический диагноз: острый рецидивирующий панкреатит, осложненный левосторонним экссудативным плевритом, пневмонией и аутолизом желудка с профузным