

Сопоставление количества эфирорастворимого билирубина с уровнем общего билирубина крови при механической желтухе показало прямую пропорциональную зависимость.

Динамические исследования эфирорастворимого билирубина у 109 больных различными формами болезни Боткина показали, что эта фракция пигмента возможна при всех ее формах. Частота положительных реакций возрастает по мере усиления тяжести заболевания. Строгой зависимости появления эфирорастворимой фракции билирубина от уровня общего билирубина крови при болезни Боткина отметить не удалось.

Положительная реакция на эфирорастворимый билирубин найдена почти у половины больных с затяжным течением болезни Боткина, дистрофией и циррозом печени.

При острой форме болезни Боткина эфирорастворимый билирубин появлялся в ранние сроки желтушного периода и быстро исчезал из крови больных. Не было параллелизма между появлением эфирорастворимого билирубина, патологическими показателями функциональных проб печени и признаками поражения поджелудочной железы.

Д. С. Муругов (Йошкар-Ола). Кишечная непроходимость по данным Марийской республиканской больницы за 5 лет

В хирургическое отделение Республиканской больницы в период с 1955 г. по 1959 г. поступило 172 больных с диагнозом «непроходимость кишечника».

До 16 лет было 18 больных, от 17 до 30 — 34, от 31 до 50 — 44 и старше — 38. Мужчин было 89, женщин 83. Жителей сельской местности — 46. У 38 больных диагноз не подтвердился.

Диагностированы следующие виды непроходимости: спаечная кишечная непроходимость — у 73, странгуляционная — у 24, обтурационная — у 5, инвагинация — у 8, прочие виды кишечной непроходимости — у 23, дивертикул Меккеля — у одного больного.

Оперировано 66 больных, лечены консервативно 6 с динамической непроходимостью и 62 — с разрешившейся непроходимостью спаечного характера.

Оперированные больные по видам непроходимости и срокам госпитализации распределяются следующим образом:

Виды непроходимости	Сроки госпитализации (в часах)				Всего
	до 6	6—12	12—24	свыше 24	
Спаечная	1	4	8	16	29
Инвагинация	1	1	2	3	7
Странгуляционная	1	4	11	8	24
Обтурационная	—	3	2	—	5
Дивертикул Меккеля	—	1	—	—	1
Всего	3	13	23	27	66

Виды непроходимости и возраст оперированных

Виды непроходимости	Возраст					Всего
	0—16	17—30	31—40	41—50	51 и старше	
Спаечная	2	14	5	4	4	29
Инвагинация	4	2	—	1	—	7
Странгуляционная	1	8	7	4	4	24
Обтурационная	2	—	1	—	2	5
Дивертикул Меккеля	—	1	—	—	—	1
Всего	9	25	13	9	10	66

Значительная часть оперированных (27) доставлена в больницу позже 24 часов, по следующим причинам: ошибочный диагноз врача; неосведомленность больного о необходимости своевременного обращения к врачу; плохая организация транспорта, особенно в сельской местности.

Из оперированных умерло 6 (9,1%).

Трое больных со спаечной непроходимостью поступили спустя двое суток с момента заболевания, умерли от перитонита после резекции гангренозных отделов тонкого кишечника в пределах 11 дней. Двое больных оперированы по поводу заворота тонкого кишечника с некрозом петель (поступили спустя двое суток после возникновения болей в животе), умерли в пределах трех суток после операции. Один больной оперирован по поводу заворота слепой кишки через сутки с момента заболевания, умер через 12 ч. после разворота от кровоизлияния в мозг. Все умершие старше 60 лет. Мужчин 4, женщин 2.

Из 66 больных с непроходимостью оперировано под местной анестезией 55, под общим наркозом — 5, под смешанным обезболиванием (эфир + местная анестезия) — 6.

Оперированные и выздоровевшие находились в отделении в среднем 16 дней.

Доц. У. Ш. Ахмеров (Казань). Фактор времени в одиночном нервно импульсе

Методы изучения фактора времени в процессах возбуждения давно служат предметом дискуссий. Вопрос имеет отношение не только к изучению изолированных мышц и нервов, но и к клиническим исследованиям, так как рефлекторные изменения времени реагирования тканей могут служить тонким показателем функциональных состояний и нейродинамики в высших регуляторных отделах целостного организма.

Наиболее распространенным методом изучения фактора времени в одиночном возбуждении является хронаксиметрия. При этом определяются реобазы (гальванический порог в вольтах) — основной параметр возбудимой ткани и хронаксия — время в миллисекундах, необходимое для возникновения порогового ответа при напряжении, превышающем реобазу на величину этой реобазы.

Исследования показывают, что у многих тканей, в том числе в скелетных мышцах и двигательных нервах человека, длительность хронаксии соразмерна с физиологически адекватными интервалами, то есть с временем подъема спайка токов действия данной ткани, а реобазы соразмерны с амплитудой спайка. Более того, удвоенная реобазы и хронаксия в этих тканях соответствуют такой силе и длительности раздражителя, при которых затрачиваемая раздражителем энергия имеет минимальное значение. В другого рода тканях (гладкие мышцы, чувствительные нервы) хронаксическая точка находится в строгом и определенном соотношении с местонахождением этих важнейших показателей.

Такие данные показывают важное значение хронаксической точки и позволяют считать хронаксию одним из основных показателей возбудимых тканей.

В общебиологическом аспекте реобазы представляет собой диапазон слабых пороговых раздражителей, едва «замечаемых» возбудимыми системами. Хронаксия (удвоенная реобазы) и близкие к ней интервалы являются уровнем рефлекторных ответов на раздражения средней силы. Можно думать, что это уровень ответов на повседневные, массовые, «привычные» для ткани раздражения. Видимо, поэтому тут ткани работают на наиболее экономичном режиме — при минимальной энергии сигнала.

Но при изучении реакций тканей, органов и целостного организма обязательно также выявление отношения их к сильным, чрезвычайным раздражителям.

Не так давно при изучении фактора времени в возбуждении такие уровни не исследовались. В практическом плане этот вопрос возник в связи с работами Д. Н. Насонова и Д. Л. Розенталя, в которых реакция тканей изучалась при токах, в десятки раз превышающих реобазу.

Для выявления временного фактора в таких областях авторы рекомендуют при сравнительных исследованиях замерять время всегда при определенном, достаточно высоком напряжении. При исследовании нервов и мышц человека удобно брать такое напряжение равным около 400 вольт, что, несомненно, является уровнем сильных раздражителей и превышает уровень реобазы на несколько сот вольт. Следовательно, раздражающее напряжение берется, в известных пределах, по воле исследователя; в обозначении показателя это должно быть отражено. Так, например, T_{400} означает время реакции ткани при интенсивности раздражителя в 400 вольт.

Итак, для полноты исследования и трактовки, как в лабораторных, так и в клинических условиях, необходимо фактор времени замерять в трех диапазонах: реобазы — уровень слабых воздействий, хронаксия — средней силы раздражители и время реакции при достаточно большом напряжении — уровень сильных воздействий.