

Обычно применяют рефрактометрию для определения белка в сыворотке крови, но по авторитетному указанию Шаде, рефрактометрия не ограничивается количественным определением концентрации белков, метод этот был использован для суждения о колебаниях количества жидкости в кровяном русле: различия в процентном содержании белка покажут колебания количества жидкости в сыворотке.

Таким образом рефрактометрия является не столько методом количественного определения белка, сколько способом определения колебания содержания жидкости в крови, т.е. она дает возможность количественно проследить поступающую в кровь и уходящую из нее жидкость.

Нами было обследовано 20 детей с органическими компенсированными и 30 с функциональными поражениями сердечно-сосудистой системы при тех же нагрузках. Количество белка, независимо от характера заболеваний в покое, находится в пределах нормы (нормы по Рэйсу в 5—8,2%). При исследовании тотчас же после нагрузок, мы имели или понижение количества белка в сыворотке крови, которое яснее всего проявилось после бега по лестнице, или же колебания белка совсем не отмечалось.

Следовательно констатировать задержку жидкости в кровяном русле отчетливо нам не удалось.

Выводы: I. При компенсированных пороках сердца напряжение углекислоты в альвеолярном воздухе, аммиак в моче, РН в моче и белок в сыворотке крови не имеют отклонений от нормы в покое.

II. Нагрузка в виде бега по лестнице в течение $1\frac{1}{2}$ минуты вызывает отклонения в интермедиарном обмене в сторону ацидоза, как при органических, так и при функциональных поражениях сердечно-сосудистой системы, причем у детей с органическим поражением сердца ацидоз выражен яснее.

III. Минимум изменений мы имеем при работе в мастерской.

IV. Катанье на лыжах тоже не дает больших сдвигов.

V. Функциональные пробы не дают задержки жидкости в кровяном русле.

К методике резекции желудка при высоко расположенных язвах.

Ю. Б. Багрова,

заведующего хирургическим отделением Златоустовской горбольницы им. Октябрьской революции.

Резекция желудка при высоко расположенных язвах часто может оказаться затруднительной. Унесение до двух третей желудка, по Финстереру, нежелательно, да и наложение анастомоза на отделе желудка, скрытом в левом подреберье, представляется уже вмешательством довольно серьезным.

Исходя, кроме приведенных соображений, из того положения, что операция типа Бильрот I является наиболее физиологичной, я применяю несколько измененную методику, которую беру на себя смелость предложить.

При изложении хода операции я позволил себе для ясности описывать и этапы, которые являются общеизвестными.

Когда выясняется, что язва находится у кардиальн. части, разделение желудочных связей производится сперва в области привратника. Этот последний точно так же, как и начальная часть двенадцатиперстной кишки, мобилизуется; duodenum, пережатая предварительно мягкой клеммой, пересекается, закрывается салфетками и отодвигается брюшным зеркала.

Пилорич. часть желудка оттягивается кверху (кпереди) и влево. Производится разделение малого сальника до самой кардиальной части.

Ligam. gastrocolicum разделяется всего на 5—6 сантиметров от привратника.

Культи duodeni вшиваются, по Кохеру, в заднюю стенку желудка сантиметра на 2 выше границы отделения ligamenti gastrocolici.

Далее очерчивается разрезом, проникающим только через серозн. покров, линия резекции желудочной стенки. Плоскость разреза идет косо сзади, снизу и справа—кверху, кпереди и влево таким образом, что, начинаясь на задней стенке сантиметра на 3 правее линии наложенного анастомоза, она кончается у самого входного отверстия желудка.

Пилорич. часть подтягивается, и на задней стенке по наметке пересекается вся толщина стенки желудка на небольшом протяжении.

При этом производится осушение полости желудка водоструйным насосом или аппаратом Потена, если это осушение не сделано раньше—при наложении анастомоза.

В сделанное отверстие вводятся ножницы, и разрез расширяется в обе стороны по наметке.

Подтягиванием за резецируемую часть сближаются линия разреза, и производится сшивание в продольном (по оси желудка) направлении двухэтажным швом: на слизистую узловатый катгутовый, на остальные слои стенки—узловатый шелковый шов. Швы в этом направлении накладываются до линии, проводимой от кардии поперек желудка к 6-ой кривизне. Далее, отсекается остальная часть желудочной стенки, очерченная вначале; оставшийся дефект растягивается в поперечном направлении, и в этом направлении идут остальные швы.

Линия шва напоминает букву Т, лежащую приблизительно горизонтально.

Таким образом, резецированными оказываются привратник и антральная часть, часть задн. стенки, вся малая кривизна и часть стенки передней.

В заключение привожу выписку из истории болезни С-кова.

Б-ой Саблуков, Ефим Матвеевич, 46-ти лет, рабочий Котав-Ивановского завода, поступил в хир. отдел. Златоустовской гор. больницы имени Октябрьской революции 14/VI 1932 года. Анамнез характерен для язвенного процесса в желудке. Болен несколько лет. Два года назад болезнь обострилась, принужден был несколько недель лежать в постели. Р-овск. диагноз: язва антр. части или нач. части duodeni. Большой резко пониженного питания, бледен. При исследовании боли в левом подреберье. Желудок на уровне пупочн. кольца. В стоячем положении уровень тот же.

Операция 16/VI. Эфирный наркоз маской Омбредона. Продолжит. операции 1 ч. 50 мин. срединный разрез. Малая кривизна и отчасти передн. пов. желудка на значительном протяжении припаяны к нижн. поверхности левой доли печени.

К ст. Ю. Б. Багрова.

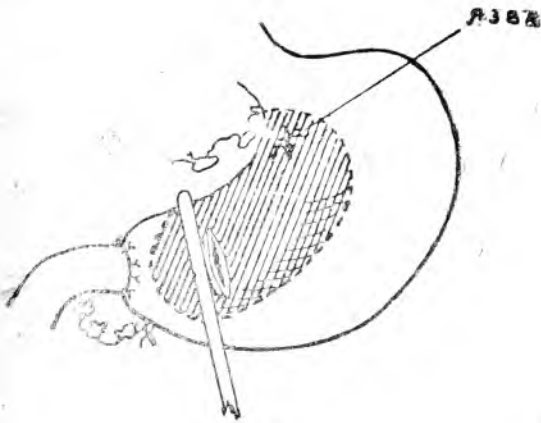


Рис. 1.

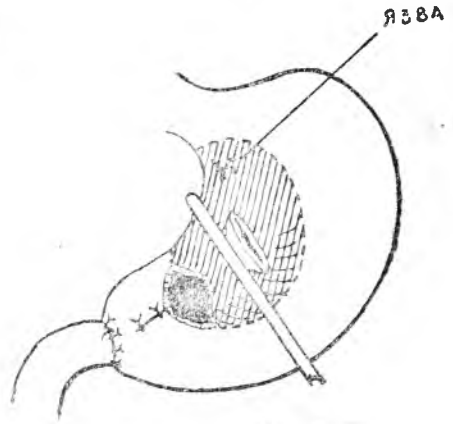


Рис. 2.



Рис. 3.



Рис. 4.

Рисунки—схематические:

Рис 1. Культи duodeni вшита по Кохеру, резецируемая часть очерчена разрезом (заштрихована). Привратник зажат твердой клеммой и несколько отворочен влево.

Рис. 2. Клеммой, пережимающей привратник, резецируемая часть стенки сильно оттянута, желудок вскрыт, начато шивание желудочной стенки.

Рис. 3. Лоскут иссекаемой стенки весь приподнят, видна изнутри язва, оставшееся отверстие растянuto в поперечном направлении. Далее идет отсечение лоскута.

Рис. 4. Ход швов на желудочной стенке.

Через стенку желудка прощупывается кратерообразная ямка диаметр. в $2\frac{1}{2}$ сантиметра, лежащая поблизости от кардии.

Частью тупо, частью ножницами желудок отделен от печени. При отделении области язвы выяснилось, что она перфорировалась в печень, где имеется ямка глубиной в 2 сантиметр, выстланная серыми грануляциями. Отверстие в желудке— 3 сантиметра в диаметре на расстоянии 2—2,5 сантиметра от входа в желудок. Через это отверстие осушение полости желудка аппаратом Потина. Отверстие закрыто салфетками.

Далее, произведена резекция по приведенной методике. Линия шва укрыта большим салником для отграничения от тампона, подведенного к ямке в печени.

Послеоперационный период без осложнений. На третий день 6-ой встал с постели.

На пятый—извлечен выпускник. Количество отделяемого из раны постепенно уменьшалось.

10/VII. 6-ой выписан из отделения. Диспептических расстройств нет, на боли не жалуется, заметно поправился.

Есть ли выгоды от применения предлагаемой методики при обычных резекциях желудка, я не берусь решать, но при высоко расположенных язвах методика эта значительно облегчает операцию и дает возможность произвести резекцию по Бильроту I даже при язвах у самой кардиальной части.

Из Акушерско-гинекологической клиники Государственного института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина в Казани (директор—профессор И. Ф. Козлов)

Хорион-эпителиома и биологическая реакция Zondek-Hschheim на беременность¹⁾

Старшего ассистента Б. С. Тарло.

Изучение овариально-эндокринной системы вступило в новый этап с тех пор, как была открыта биологическая реакция, позволяющая судить о специфичности и активности изготовляемых препаратов эндокринных желез. В особенности надежное обоснование получила методика изучения этого вопроса за последнее время (1917 год), благодаря работам Stockard'a и Paranicolaou, нашедших новый биологический объект, который позволяет проследить все циклические процессы полового аппарата на животном. Авторы эти доказали, что различные циклические изменения маточно-овариального цикла у морской свинки имеют свои отражения в микроскопических картинах ее влагалищного секрета,—что мазок, взятый из влагалища животного, дает полное представление о той стадии полового цикла, в которой находится в данный момент исследуемое животное. Позже Long, Evans и Allen подтвердили правильность указанных данных на крысах и мышах, Frey и Metzger—на корове, Wilson—на свинье, Allen—на обезьяне, Dierks пытался найти также циклические изменения во влагалище женщин, но последующие исследователи, как King, Sehnan, Moser, не подтвердили этих данных.

Половой цикл белой мыши, чаще употребляемой для опытов, может быть разделен на четыре стадии соответственно четырем различным кар-

¹⁾ Сообщено в Акушерско-гинекологической секции Научной ассоциации медработников СССР.