

Перитонит всегда является осложнением воспалительных процессов в брюшной полости, которые нередко диагностируются со значительным опозданием. Следует отметить также, что в связи с применением антибиотиков участились случаи вялого затяжного течения перитонита с склонностью к образованию изолированных гнояников.

Лечение больных с острым разлитым перитонитом всегда должно быть комплексным, главным элементом его является своевременное и по возможности радикальное оперативное вмешательство. Усилия врача должны быть направлены на борьбу с микробным фактором (как правило, с определением чувствительности к антибиотикам), с нарушениями кровообращения, водно-солевого и белкового баланса. Особое внимание необходимо уделить ранним мерам борьбы с парезом желудка и кишечника.

В качестве стимулятора моторики и профилактики пареза с 1960 г. мы широко используем новый эффективный препарат нибуфин, синтезированный в Казани и впервые испытанный в нашей клинике (Р. А. Вяселев, 1961). В отличие от других известных антихолинэстеразных препаратов нибуфин практически не дает побочных действий (например, гипотензивной реакции), вместе с тем действие его отличается постепенным нарастанием и достаточной продолжительностью эффекта (до 12 часов). Препарат вводят внутримышечно, взрослым 3 мл водного раствора в концентрации 1:3000. Действие нибуфина проявляется усилением перистальтики (кишечных шумов), отхождением кишечного содержимого через 1—2—3 часа после введения препарата. Клизма из гипертонического раствора поваренной соли через 1,5—2 часа после введения нибуфина облегчает отхождение газов и стула. В целях борьбы с парезом кишечника мы также нередко применяем паранефральную новокаиновую блокаду, блокаду чревных нервов по В. В. Мосину.

Не останавливаясь на других общеизвестных и также важных компонентах комплексной терапии перитонита, переходим к изложению собственных клинических наблюдений.

Мы изучили истории болезни 493 больных с острым разлитым перитонитом различного происхождения, находившихся на излечении в клинике госпитальной хирургии в 1945—1963 гг.

По комплексу применявшихся средств лечения можно выделить три основных периода: 1-й (1945—1948 гг.) — лечебный комплекс не включал антибиотиков; 2-й (1949—1959 гг.) — введение антибиотиков внутримышечно и в брюшную полость; 3-й (с 1960 г.) — помимо антибиотиков применяется новокаиновая блокада чревных нервов и пограничных симпатических стволов и введение нибуфина.

До применения антибиотиков погибало 45,07% больных, в период применения антибиотиков — 24,67%, за последние годы, в связи с применением нибуфина и новокаиновой блокады, — 11,51%.

Таким образом, своевременное и радикальное оперативное вмешательство в сочетании с широким комплексом консервативных мер в послеоперационном периоде обеспечивает прогрессивное улучшение результатов лечения больных с острым перитонитом различного происхождения. В числе новых эффективных мер следует выделить средства патогенетической терапии парезов кишечника в виде препарата нибуфина, заплевральной новокаиновой блокады, а также комплекса противоаллергических мер.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вяселев Р. А. Казанский мед. ж., 1964, 5. — 2. Гафуров Х. Г. Разлитой гнойный перитонит. Ташкент, 1957. — 3. Коробельников И. Д. Тр. Всеросс. съезда хирургов, 1959. — 4. Левит В. С. Перитонит. Тр. I съезда хирургов Российской Федерации. М., 1959. — 5. Сельцовский П. Л. Хирургия, 1958, 4; Разлитые гнойные перитониты. Медгиз, М., 1963. — 6. Соколов Н. В. Казанский мед. ж., 1958, 4. — 7. Шлапоберский В. Я. Острые гнойные перитониты. Медгиз, М., 1958.

УДК 616.381—002—612.015.345

## СОСТОЯНИЕ БЕЛКОВЫХ ФРАКЦИЙ И ЛИПОПРОТЕИДОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ПЕРИТОНИТАХ

Р. А. Вяселев и З. А. Мухамедов

*Кафедра госпитальной хирургии № 1 (и. о. зав. — доц. Ш. Х. Байбекова)  
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института  
им. С. В. Курашова и хирургическое отделение 12-й городской больницы  
(главврач — Т. М. Барышева)*

В настоящее время уделяют большое внимание изучению белковых фракций и липопротеидов сыворотки крови при различных патологических состояниях. Известно, что воспалительные процессы брюшной полости сопровождаются нарушением всех видов обмена веществ, особенно белкового.

Мы исследовали методом электрофореза на бумаге состояние белковых фракций сыворотки крови у 120 больных перитонитом (70 мужчин и 50 женщин в возрасте от 1 до 82 лет) до и после операции, при продолжающихся стойких парезах кишечника и после применения нибуфина.

За норму были приняты средние показатели белковых фракций сыворотки крови, полученные нами у 25 здоровых лиц: альбумины—52,1%, глобулины:  $\alpha_1$ —5,8%,  $\alpha_2$ —11,0%,  $\beta$ —12,9%,  $\gamma$ —18,2%,  $\alpha_2/\beta$ —0,85, А/Г—1,09.

Перитонит возник при остром аппендиците у 66 больных, при остром холецистите — у 20, при перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки — у 15, ущемленных грыжах и спаечной кишечной непроходимости — у 10, проникающих ранениях живота — у 7, при гинекологических заболеваниях — у 2.

При перитонитах отмечается сдвиг белковой формулы в сторону уменьшения альбуминов в среднем на 14,5% соответственно увеличению глобулиновых фракций, причем  $\beta$ -фракция изменяется незначительно. Аналогичную картину отмечают у больных И. Г. Салихов и А. Б. Гатауллин, а при экспериментальных перитонитах — Н. К. Буланов.

В послеоперационном периоде исследования проводились на 3, 7, 20-й день. У всех больных найдено увеличение альбуминов, зависящее от тяжести перитонита (в среднем на 7,3%) и относительное уменьшение глобулинов. Изменения белковых фракций сыворотки крови в послеоперационном периоде зависели от его течения; наблюдалась тенденция к незначительному увеличению альбуминов и уменьшению глобулинов.

При послеоперационных осложнениях наступает углубление диспротеинемии, в первую очередь за счет увеличения  $\alpha$ -фракций, особенно  $\alpha_2$ -фракции, причем оно наблюдается всегда раньше клинических осложнений.

У тех больных, у которых после операции возникали парезы кишечника разной степени, уменьшались альбумины (в среднем на 5,4%) и соответственно увеличивались  $\alpha$ - и  $\gamma$ -глобулиновые фракции.

По рекомендации проф. Р. А. Вяселева мы применяли при парезах кишечника новый фосфорорганический препарат нибуфин. В результате парез разрешался, улучшалось общее состояние больных и увеличивалось содержание альбуминов (в среднем на 9,5%).

Одновременно у этих же больных были исследованы липопротеиды сыворотки крови с окраской по методу Кюна и Видинга спиртоводным раствором судана красного IV.

У контрольной группы (25 чел.) были получены следующие результаты:  $\alpha$  — 33,3%,  $\beta$  — 66,7%.

У больных с перитонитом  $\alpha$ -фракция уменьшаются до 15,5%, а  $\beta$ -фракция увеличивается до 84,5%.

При парезе кишечника  $\alpha$ -фракция уменьшаются до 15,2%, а  $\beta$ -фракция увеличивается до 84,8%. После разрешения пареза  $\alpha$ -фракция увеличились до 16,01%, а  $\beta$ -фракция уменьшилась до 83,95%.

## ВЫВОДЫ

1. Исследование белковых фракций и липопротеидов сыворотки крови у больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости, осложненными острым гнойным перитонитом, является ценным подспорьем для объективной оценки состояния больных и эффективности проводимого лечения.

2. При остром перитоните наступает диспротеинемия, характеризующаяся уменьшением альбуминов и соответственным увеличением глобулиновых фракций, снижением  $\alpha$ - и повышением  $\beta$ -фракций липопротеидов; степень выраженности их находится в прямой зависимости от тяжести клинического течения.

3. При диспротеинемии самыми чувствительными фракциями являются альбумины и  $\alpha$ -фракция глобулинов.

4. После оперативного вмешательства с промыванием брюшной полости раствором фурациллина и дренирования ее наступает улучшение протеинового и липопротеидного состава крови.

5. Послеоперационный парез кишечника ухудшает состояние белкового и липопротеидного соотношения фракций сыворотки крови.

6. Применение нибуфина при острых перитонитах не только разрешает парез кишечника, но и улучшает относительные и абсолютные данные в белковых и липопротеидных фракциях сыворотки крови.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Буланов Н. К. Врач. дело, 1966, 3. — 2. Вяселев Р. А. Казанский мед. ж., 1964, 5. — 3. Гафуров Х. Г. Сб. научн. тр. Ташкентского мед. ин-та, 1959, вып. 13. — 4. Степашкина К. Н. Клинические толкования сдвигов белков крови. Госмедиздат УССР, 1963. — 5. Стручков В. И. Хирургия, 1967, 9.