

Данные рентгеноскопии. Легкие и сердце—норма. Пищевод—жидкая и густая контрастная масса проходит по пищеводу свободно, но имеется отклонение струи бария несколько влево в субдиафрагмальном отделе.

Желудок—при обычном исследовании отклонений от нормы не представляет. При применении метода пневмоморельефа, на фоне раздутого газового пузыря, хорошо определяется узловатая опухоль, исходящая из медиальной стенки кардиального отдела желудка. Деформация малой кривизны в верхней ее трети.

Заключение: Рак кардиального отдела желудка с инфильтрацией малой кривизны. (Рентг. № 1.)

22III 1939 г. под местной инфильтрационной анестезией была произведена Laparotomia mediana.

При этом обнаружено: желудок значительно увеличен в размерах в кардиальной части; на передней стенке его инфильтрат белесоватого цвета с шероховатой поверхностью. Соответственно инфильтрату прощупывается опухоль неправильной формы, бугристая, большей своей частью выступающая в полость живота. Желудок подтянут кверху и влево. Малый сальник значительно утолщен, местами сморщен. Ввиду иноперабельности случая брюшная полость зашита наглухо. Через три дня после операции состояние больного резко ухудшилось, температура поднялась до 39°. Через шесть дней швы кожи разошлись, и из раны появилось гноевое отделяемое. Через восемь дней разошлись швы апоневроза. На девятый день, при явлениях нарастающей слабости и падения сердечной деятельности, больной скончался.

Эпикриз: Рак желудка верхней трети малой кривизны, достигающий кардиальной области, с метастазами в поджелудочную и в забрюшинные железы. Серозно-гнойный перитонит. Паренхиматозная дегенерация печени и мышцы сердца. Септическое опухание селезенки.

Микроскопическое исследование опухоли—аденокарцинома.

В этом случае, как показывают данные вскрытия и микроскопического исследования, была аденокарцинома малой кривизны с прорастанием в кардиальный отдел желудка.

На основании даже этого одного случая можно сказать, что метод пневмоморельефа несомненно играет большую роль и при рентгенодиагностике высоко расположенного рака малой кривизны.

Поступила 20. XI. 1939.

Доц. Ф. Х. БАСЫР

Переливание крови при острых расстройствах питания и пищеварения у детей раннего возраста

Из детской клиники Казанского гос. института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (директор заслуженный деятель науки проф. Е. М. Лепский)

За последнее десятилетие наша отечественная литература обогатилась ценными клиническими данными по переливанию крови при различных заболеваниях. Переливание крови стало широко применяться и в детских лечебных учреждениях.

Болотная произвела 73 переливания крови 52 детям с расстройством пищеварения. Распределение материала по заболеваниям было такое: дизентерия и колит—27 детей, диспепсия простая и токсическая—12, сепсис—8, дистрофия—3, болезни крови—1, брюшной тиф—1. Случаи острого расстройства питания протекали как дизергические и септические формы, подострые случаи протекали с резким понижением общего и местного иммунитета, т. е. со вторичными гнойными поражениями в виде пиодермии, отита и пурии и т. д. К переливанию крови в 90% случаях автор прибегал тогда, когда в течение 10—15 дней лечебно-диететические мероприятия не давали эффекта.

При остром колите автор получил от переливания крови удовлетворительные результаты в 50% случаев, в остальных случаях желательного эффекта не было. Из больных с подострым колитом после переливания крови 8 выздоровели. Из 7 случаев токсической диспепсии только в 2 случаях наступило улучшение и выздоровление. Более благоприятные результаты получились от переливания крови при субтоксической диспепсии.

Беркович и Богданова сделали 64 трансфузии 42 детям при остром расстройстве питания и пищеварения. Нормотрофиков было 12, гипотрофиков—30.

Из 13 детей, болевших дизентерией, выздоровело 4, умерло 9. В группе токсических диспепсий из 29 детей умерло 13, выздоровело 15, один выписан по желанию родителей. Авторы отмечают, что 14 детям переливания были сделаны за 1—2 дня до летального исхода, иногда за несколько часов. Если откинуть эти 14 случаев, то из 28 детей, которым была сделана трансфузия, умерло 8.

Алфимова произвела 46 трансфузий консервированной крови 30 больным с дизентерией (из них 26 в возрасте до 2 лет). Трансфузия производилась на 5—10-й день от начала заболевания в 9 случ., на 11—20-й день—в 8, на 21-й день и позднее в 13 случаях.

Переливание сделано 26 больным кровью одноименной группы, только 4 больным кровью совместимой группы.

4 больных с анергической токсической формой заболевания умерли. С гипоэргической формой было 14 детей, выздоровело 8, с гиперэргической формой было 4, все выздоровели.

Верховых приводит данные относительно 1100 переливаний крови, сделанных 891 больному. По возрасту: до 1 года—462, до 3 лет—333, до 5 лет—98, старше 5 лет—207.

Среди этих больных было 295 детей с желудочно-кишечными расстройствами, им сделано 360 переливаний крови; кроме этих больных с интоксикацией различного происхождения было 64 ребенка, которым сделано 70 переливаний. Автор не приводит выдержек из историй болезней, не приводит данных об изменениях со стороны крови, веса и общего состояния больных. Относительно результатов, полученных после переливания крови, в конце своей статьи автор пишет: „мы имеем прекрасные успехи от переливания крови детям, большому количеству которых только этот метод лечения мог спасти жизнь“.

Штейнберг останавливается на показаниях к переливанию крови у детей, базируя свои взгляды на данных, полученных от 600 трансфузий, более 60% которых сделано при расстройствах питания и пищеварения у детей раннего возраста. При токсическом колите этот автор рекомендует производить переливание крови с 12—16-го дня заболевания. Автор пишет, что нередко уже после одного-двух переливаний появляется аппетит, восстанавливается хорошее самочувствие, начинает нарастать вес. Он рекомендует производить переливание при хроническом колите, с осложнениями в виде вяло протекающей пневмонии, пиурии, при отите, фурункулезе, безбелковых отеках и т. п. При токсической диспепсии рекомендует переливание крови после ликвидации острой интоксикации. Автор получил хорошие результаты от дробного переливания у 2 старших детей с кишечным инфантилизмом. У детей-гипотрофиков очень часто бронхопневмония тянется неделями, месяцами; автор убедился, что повторные переливания

крови у таких больных в значительной степени ускоряют излечение, и поэтому он горячо рекомендует переливание крови.

Шефф из терапевтического отделения детской больницы в Брюнне приводит данные, согласно которым автор получал очень хорошие результаты даже при таких случаях колита, где имелись пиурия и бронхопневмония, как вторичные осложнения.

В нашей клинике с 1934 г. по 1939 г. включительно было сделано 260 переливаний крови 120 больным при острых расстройствах питания и пищеварения. Среди них было с простой диспепсией 26 (при гипотрофии или атрофии или при наличии какой-либо инфекции, как пневмония, пиурия и др.), с токсической диспепсией—38 и с коли-том 56 больных.

Возраст наших больных: до 1 года 89 (72,7%); от 1 года до 2 лет—26 (22,3%); старше 2 лет—5 больных (4%).

До 1939 года мы специально не занимались переливанием крови у детей при остром расстройстве питания и пищеварения. Только с 1939 года мы начали более широко применять переливание крови в раннем детском возрасте при остром расстройстве питания и пищеварения. Поэтому больше половины приведенных случаев состоит из материала 1939 года.

По одному разу получили переливание крови 52 ребенка, по два раза 35, по три раза 13, по четыре раза 11, по пять раз—2, по шесть раз—4, по семь раз—3 ребенка.

Мы пользовались главным образом консервированной кровью, получавшейся из Казанской обл. станции переливания крови давностью от 2 до 15 дней, в большинстве случаев 4—6-дневной давности. Кровь, консервированная в 6% растворе лимоннокислого натра, перелита 177 раз, в 40% растворе—57 раз, сухим цитратом—21 раз, и только 5 раз мы перелили цитратную материнскую кровь.

В 172 случаях кровь была от универсального донора, в 84 случаях одноименной группы и 4—совместимой группы крови.

Из 260 переливаний 223 переливания было сделано в височную вену, 17 в черепную вену, 19 в локтевую вену и один раз в дорзальную вену стопы. Мы никогда не прибегали к венесекциям, всегда обходились венепункцией.

При простой диспепсии мы сделали переливание крови 27 больным. Из них 8 атрофиков, 5 гипотрофиков, трое с сильным обезвоживанием и с намеком на начинающуюся интоксикацию, у одного затянувшаяся бронхопневмония, у одного пиурия, у одного фурункулез, у двух отит и молочница и у четырех больных инфекционно-алиментарная гипохромная анемия, у последнего грипп. Из этих больных трое умерли—все они атрофики с отитом. Остальные выздоровели. У многих больных после переливания крови через 3—4 дня общее состояние заметно улучшается, стул становится реже, слизи меньше, появляется аппетит, дети становятся спокойными. У пневмоника через 5—6 дней температура спустилась до нормы, хрипы в легких исчезли. У ребенка с пиурией, кроме улучшения явлений диспепсии, количество лейкоцитов в моче через 5—6 дней снизилось до 3—5 в поле зрения. Через неделю атрофики и гипотрофики начинают прибывать в весе. В качестве примера приведу одну историю болезни.

1. Б-я Н., 2 мес., с весом 3770, группа крови АВ (IV), истор. бол. № 1840, поступила в клинику 5/X 1939 г. с жалобами на то, что ребенок заболел месяц тому назад; был кашель, жар и в последние дни стул жидкий, частый—до 5 раз в день. Иногда

бывает рвота. Объективно: состояние очень тяжелое. Кожа чистая, бледная, в подмышечной области справа опрелость. Подкожная жировая клетчатка слабо развита, пальпируются единичные периферические лимфатические железы. Тургор понижен, мускулатура дряблая. В легких перкуторно и аускультаторно особых изменений нет. Пульс удовлетворительного наполнения, 120 в минуту, тоны сердца чисты, границы абсолютной сердечной тупости в пределах нормы. Живот вздут. Печень и селезенку пальпировать не удается. Моча соломенно-желтого цвета, слегка мутноватая, кислой реакции, белка и сахара нет, В осадке центрифугированной мочи единичные лейкоциты. Реакция Пирке отрицательная. Кровь: эр. 3760000, Hb 40%, лейкоц. 14660. Диагноз: простая диспепсия, гипохромн. инфекц. анемия и гипотрофия. До 20 октября в течение 15 дней состояние больной не изменяется в лучшую сторону. Правда, иногда отмечается, что ребенок начинает сосать грудь лучше, но ребенок в весе не прибывает. 20/X вес 3770 г, температура в пределах нормы, стул 5—6 раз в сутки, жидкий со слизью. 20/X сделано переливание крови 20 см³ в височную вену, и уже с 21/X стул у ребенка полужидкой консистенции, 1—2 раза в день. После второго переливания, которое было сделано 29/X, стул 1—2 раза в сутки, нормальной консистенции. Больной сделано всего 4 раза переливание крови: третий раз 1/XI 25 см³ и четвертый раз 4/XI 30 см³. После третьего переливания крови ребенок заметно стал прибывать в весе. В хорошем состоянии выписался домой.

При токсической диспепсии мы сделали переливание крови 38 больным. Больные все были в исключительно тяжелом состоянии. Кроме токсической диспепсии 20 больных имели еще сопутствующие заболевания. У восьми больных—бронхопневмония, из них у двух—еще пиурия; у пяти больных пиурия, двое из них атрофики; двое гипотрофики; четыре атрофика, и у последнего гипохромная алиментарная анемия. Из 38 больных выздоровели 20 (52,57%), умерло 18 (47,43%). Восьми больным с токсической диспепсией переливание крови сделано в первые 5 дней от начала заболевания, из них выздоровел один (12,5%), между 5-м и 10-м днем трансфузия сделана восьми больным, из них выздоровело 4 (50%) и позже 10-го дня переливание сделано 22 больным, из них выздоровело 15 (68%). На основании этих данных, можно думать, что переливание крови при токсической диспепсии имеет особо благоприятное значение после того, как у больного прошли острые явления интоксикации.

В прошлые годы мы переливали кровь при токсической диспепсии почти безнадежным больным, и поэтому, нам кажется, мы не видели эффекта. Если взять материал по переливанию крови при токсической диспепсии только за 1939 год, то из 26 больных с токсической диспепсией выздоровело 17 чел. (74,3%), умерло 9 (25,7%), что представляет значительное уменьшение летальности по сравнению с прежними годами.

При благоприятном результате через 1—2 дня явления токсикоза начинают заметно проходить; и со стороны стула отмечается уменьшение слизи, стул становится реже, тошнота и рвота также становятся реже, и через 3—4 дня в связи с улучшением общего состояния улучшается и аппетит.

2. Б-я Ж., 6 мес., с весом 4320 г, группа крови 0 (1), истор. бол. № 1505, поступила в клинику 17/VIII 1939 г. с жалобами на то, что заболела с 12/VIII; появился частый стул со слизью, зеленого цвета, бывает рвота, в последние дни по несколько раз. Сосет и пьет плохо. Больная в сознании, состояние не очень тяжелое. Кожа чистая, бледная, тургор слабый, мускулатура дряблая. Зев гиперемирован, из носа выделение, в легких чисто. Пульс удовлетворительного наполнения, ритмичен, тоны сердца ясные. Во рту молочница. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Моча: мутная, светло-соломенного цвета, щелочной реакции, белка и сахара нет. В осадке центрифугированной мочи 3—8 лейкоцитов в каждом поле зрения.

В первые шесть дней, до 22/VIII, состояние больной не только не улучшилось, а наоборот, ухудшилось: стул 5—6 раз в сутки, жидкий, со слизью, рвота 6—7 раз,

усиливаются явления обезвоживания, сознание затемнено. Диагноз: токсическая диспепсия, пиурия, молочница и гипотрофия. Как последнее средство 22/VIII сделано переливание 30 см³ консервированной крови одноименной группы в височную вену. Переливание крови большая перенесла хорошо. На другой же день рвота один раз, на второй день рвота 2 раза, стул без слизи, на 3-й день рвоты нет, стул 3 раза, полужидкой консистенции. 26/VIII в осадке центрифугированной мочи единичные лейкоциты. Молочница проходит.

28/VIII сделано второй раз переливание 30 см³ консервированной крови одноименной группы в височную вену. Ребенок и на этот раз перенес его хорошо. 1/IX общее состояние заметно улучшилось. Полость рта чиста. 4/IX в моче ниче о патологического. Стул 2—3 раза в день, полужидкий, без слизи, 6/IX больная выписалась домой в хорошем состоянии.

При колите мы сделали переливание крови 56 больным. По возрасту: до 1 года—32 (57,5%), от 1 года до 2 лет—18 (32,1%), от 2 до 5 лет—5 (8,9%) и старше 5 лет—1 (1,8%). Процент летального исхода до 1 года—11 (34,3%), от 1 года до 2 лет—3 (16,6%), от 2 до 5 лет—2 (40%) и старше 5 лет—0.

Почти все больные были в очень тяжелом состоянии: у 14 больных, кроме колита, была затянувшаяся бронхопневмония, у одного из них пиурия, трое были атрофики, двое—гипотрофики, у семи больных наблюдались алиментарные отеки; у двух—пиурия, у одного из них токсическая форма колита. У трех—гнойный отит, у одного—дерматит, у одного—туберкулезный бронхоаденит, четверо больных атрофики, 7 гипотрофиков; только у 17 больных мы имели очень тяжелую форму колита без сопутствующих заболеваний. Из 56 больных выздоровели 40 (71,5%), 16 умерло (28,5%).

В большинстве случаев после переливания крови при колите у больных наступает заметное улучшение общего состояния, стул становится реже, очень часто на 5—6-й день исчезает слизь и кровь из стула. В случаях, осложненных пиурией, через 5—7 дней исчезают лейкоциты в моче, появляется аппетит, ребенок становится бодрее, подвижнее, быстро исчезают отеки, ликвидируются пневмонические очаги в легких. Из 14 детей, болевших колитом с осложнениями в легких—бронхопневмонией, 8 выздоровели, 6 умерли, все умершие атрофики и гипотрофики, страдали еще и другими осложнениями—пиурией, алиментарными отеками и гнойным отитом.

3. Б-я Б., 10 мес., с весом 5050 г., гр. кр. А (II), истор. бол. № 1454, поступила в клинику 13/VIII 1939 г. Девочка заболела три дня тому назад, появился частый, жидкий стул со слизью и с кровью несколько раз в день, иногда бывает рвота. Объективно: состояние тяжелое, кожа чистая, очень бледная, подкожный жировой слой развит очень слабо, тургор резко понижен, прощупываются шейные и подмышечные лимфат. железки. Зев чист, язык обложен и сух. Дыхание глубокое, почти без пауз, 28—35 в 1 минуту. В легких перкуторно и аускультаторно изменений нет. Пульс слабого наполнения, 110 в 1 минуту, границы абсолютной тупости в пределах нормы, тоны сердца приглушены. Живот мягкий, слегка вздут. По мамиллярной линии из-под реберной дуги край печени выступает на 2 см. Диагноз: токсический колит, 13, 14, 15/VIII состояние ребенка тяжелое, одышка, плохо пьет, рвота 4—5 раз в сутки, стул очень частый, жидкий, со слизью и с кровью, температура доходила до 38°. 16/VIII сделано переливание 40 см³ консервированной крови 0 (1) гр в височную вену. Ребенок перенес его хорошо. 17/VIII рвота только один раз, с 18/VIII совершенно прекратилась и с 17 числа стул без крови и слизи. Состояние ребенка заметно улучшилось. 19/VIII в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Из осложнений после переливания крови мы в 20 случаях (7,5%) наблюдали небольшое повышение температуры через 3—4 часа после переливания и в 8 случаях (3,06%) рвоту, все эти явления к утру следующего дня проходили и больше не повторялись.

Один раз после трансфузии наблюдалась крапивница. Ребенок 7 мес., гр. крови А (II), истор. бол. № 1, диагноз—острый колит. 14/I 1938 г. было сделано переливание в локтевую вену 50 см³ консервированной крови от 11/I 1938 г. в 6% растворе лимонно-кислого натра 0 (I) группы. Через 2 часа по всему телу высыпала крапивница при небольшом ознобе. Температура 37,7°. Через 3 часа сыпь прошла, больше не повторялась, и других осложнений у ребенка мы не наблюдали.

Один раз после трансфузии мы обнаружили кровь в моче. Больная В., 1 г. 6 мес., истор. бол. № 156, вес 8000 г, гр. крови А (II), с диагнозом колит, алиментарные отеки, пиурия, инфекционная гипохромная анемия и гипотрофия поступила в клинику 22/II 1937 г. До 7/III состояние больной не улучшилось. Было решено сделать переливание крови. Перед переливанием крови в моче обнаружены следы белка и до 10 лейкоцитов в каждом поле зрения. Картина крови: эр. 3020000, Нб 50%, лейкоц. 8200. 7/III сделано переливание в височную вену 90 см³ консервированной крови от 27/II 6% сухим цитратом, 0 (I) группы. 7/III состояние больной хорошее. 8/III в осадке центрифугированной мочи обнаружены эритроциты от 30 до 40 в каждом поле зрения. Температура вечером 8/III 37,0°. 9/III в моче эритроцитов нет, лейкоцитов от 10 до 12 в поле зрения. Состояние больной неудовлетворительное, вялая, плохо ест. 10/III в моче и эритроциты и лейкоциты исчезли. После этого больной сделано еще 6 раз переливание крови, консервированной сухим цитратом, 0 (I) группы, причем никаких осложнений больше не наблюдалось. Больная прибыла в весе на 1 кг, поправилась, эр. 3340000, Нб 65% и 23/IV выписалась домой в хорошем состоянии. Небольшие осложнения: повышение температуры, тошнота, метеоризм иногда у детей после переливания крови наблюдаются. По нашим наблюдениям способ консервации на характер осложнений и на их частоту никакого влияния не оказывает.

В ы в о д ы

1. При острых расстройствах питания и пищеварения дети раннего возраста хорошо переносят переливание крови. Небольшие осложнения, как небольшое повышение температуры на несколько часов и скоро проходящая рвота, так редко встречаются, что они практического значения не имеют.

2. При простой диспепсии (у атрофиков и гипотрофиков и имеющих другие заболевания, как пневмония, пиурия) переливание крови дает хороший результат.

3. При токсической диспепсии переливание крови дает хороший результат, если оно сделано после того, как у больного прошли острые токсические явления.

4. При колите переливание крови по нашим наблюдениям дает хороший результат (71,5% выздоровлений).

Поступила 25. III. 1940.