

ки и субституции при ювенильных кровотечениях (6 случаев) высказать трудно ввиду малочисленности случаев. Были не только улучшения, но и ухудшения, во-вторых, улучшения достигались иногда только при сочетанной терапии с гравиданом.

Переливание крови при послеродовом и послеабортном сепсисе и пиемии (9 случаев) производилось одновременно с другими способами терапии (аутогемотерапией, внутривенным вливанием спирта, аммонийных солей серебра), переливание производилось и в начале заболевания и как *ultimum refugium* перед трагической развязкой. Из 9 случаев пuerперальных и послеабортных заболеваний в нашем материале смертельный исход был в 5 случаях. Благоприятные результаты мы получили у больных пиемией

Остальной материал клиники по переливанию крови ввиду малочисленности случаев мы анализу не подвергаем.

Выводы. 1. Переливание крови при острых внутрибрюшных кровоизлияниях и наружных кровопотерях в акушерстве и гинекологии является безопасным, целесообразным, а иногда и единственным методом лечения для спасения жизни больной.

2. Острые внутрибрюшные кровоизлияния, последующая по этому поводу операция и переливание крови могут создать условие в организме для возникновения гипохлоремической азотемии. Последняя, согласно французской школе, в той или иной степени всегда возникает в послеоперационном периоде и может в выраженной форме привести больную к летальному концу от гипохлоремической комы.

3. При обильных внутрибрюшинных кровоизлияниях для предупреждения хлоропении наряду с переливанием крови необходимо вводить в организм тем или иным способом достаточное количество NaCl или вообще хлоридов. Поваренная соль, введенная в русло крови в форме изотонического или гипертонического раствора, кроме того, может служить повышению резистентности эритроцитов крови донора и реципиента.

4. При употреблении крови II (A) группы для переливания необходимо учитывать подгруппы II (AI) и II (AII).

Из госпитальной хирургической клиники (зав. проф. И. П. Скляров)
Туркменского госмединститута.

О переливании крови при гнойных перитонитах.

Проф. И. П. Скляров и К. Н. Иванов.

Не так давно при общем гнойном перитоните смертность достигала 100% и предсказание поэтому почти всегда бывало безнадежным. С тех пор как в лечении перитонита перешли к отыскиванию и ликвидации исходных пунктов смертность резко снизилась. Внимание хирургов в настоящее время обращено главным образом на начальные фазы гнойного перитонита. Изу-

чен ряд начальных симптомов, которые дают основание оперировать больного в самом начале, когда воспалительный процесс еще только проявляет тенденцию к распространению.

Симптоматология перфорации различных органов сближается и переплетается с симптоматологией начинающегося перитонита. Особенно трудно уловить симптомы начинающегося воспаления брюшины при огнестрельных повреждениях живота, когда часто налицо имеется несколько перфорационных отверстий в кишечнике, нередко сопровождающихся, кроме того, повреждением кровеносных сосудов с кровотечением в брюшную полость, и когда воспаление брюшины начинается очень скоро вслед за повреждением полых органов. Установление начала воспалительного процесса практически часто бывает ненужным, так как всякая перфорация требует немедленной операции. Между моментом наступления инфекции и началом воспалительного процесса всегда имеется тот или иной интервал, необходимый для развития и размножения инфекции и зависящий от вирулентности и количества инфекционного материала, попавшего в брюшную полость. Он бывает то большим, то меньшим, измеряясь настолько немногими часами, что при описании начальных симптомов перитонита этот интервал не принимается во внимание рядом авторов. Мондор, например, считает, что разделение течения перитонита на этапы: „фазу шока, кажущейся ремиссии и фазу перитонита имеет лишь дидактический интерес. Оно учит врача не заблуждаться насчет затишья, наступающего (при прободной язве) между 5 и 10 часом, но его нельзя относить ко всем случаям. Таких ясных периодов вообще не существует: шок имеет бесчисленное количество вариантов, затишье может вовсе отсутствовать, признаки ухудшения нередко с каждым часом усиливаются. Наконец, трудно уловить начало перитонита“. Поэтому он считает необходимым прежде всего уточнить симптомы перфорации. Трудность разграничения фаз перитонита зависит еще и от того, что фаза шока сопровождается такими же изменениями в общем состоянии больного, какие имеются и в дальнейшей фазе перитонита, и симптомы шока нередко остаются или даже усиливаются с дальнейшим развитием перитонита без какого-либо заметного перерыва. Падение кровяного давления то в большей, то в меньшей степени, скопление крови в сосудах брюшной полости, накопление жидкости в полостях, повышение вязкости крови, ацидоз, боли и общее угнетение центральной нервной системы имеют место как при шоке, так и при развивающемся перитоните. Вот что пишет по поводу перитонита патологоанатом Давыдовский: „Большое значение—и общее и местное—приобретает момент перераспределения массы крови в связи с паретическим состоянием сосудов системы чревного и блуждающего нервов. Значительные массы крови депонируются в систему воротной вены, переполняя ее и тем самым одновременно снижая массу циркулирующей крови. Быстрота депонирования соответствует и быстроте выявления соответствующих признаков со стороны сердечно-сосу-

дистой системы (слабое наполнение пульса, похолодание конечностей и т. д.). По существу все эти явления укладываются в наше представление о шоке, хотя степень последнего может значительно варьировать“.

Морозова из клиники Кадьяна нашла, что вязкость крови при перитоните резко повышается. Это есть результат резкого нарушения всего водного баланса вследствие огромного количества воды, переходящей в виде секрета в полость кишечника при появляющемся паретическом состоянии его и при его фактической непроходимости. По Бейлису, Старлингу, Брауну и Борютто секреция в таких случаях достигает в течение суток количества, равного количеству крови в здоровом организме. А парез кишок и последующий парез диафрагмы поднимает диафрагму и еще больше затрудняет экскурсию легких и сердечную деятельность. Все это, по Давыдовскому, и является ближайшей причиной смерти больных с перитонитом. Кроме таких явлений, при перитоните имеет место и всасывание как из желудочно-кишечного канала, так и из полости брюшины различных бактериальных токсинов, которые часто приводят к смерти больного раньше, чем разовьются видимые расстройства кровообращения. Вместе с тем, вследствие нарушения выделений и неправильного обмена веществ, в крови и тканях скопляются различные вредные продукты обмена и неправильного расщепления белков. Все это, вместе взятое, понижает общую и местную сопротивляемость организма. Если переливание крови при шоке не только не встречает никаких возражений, но считается прямо показанным, то какое основание имеется не применять его при перитоните, при котором налицо тот же шоковый симптомокомплекс? Переливание крови повышает кровяное давление на 15—20 мм, как доказано рядом авторов, на довольно продолжительное время, оно улучшает кровообращение во всех тканях и органах, в том числе и в брюшной полости, увеличивает объем циркулирующей крови и ставит органы в нормальные условия существования, стимулируя их таким образом; оно нейтрализует токсины и уменьшает вязкость крови. А между тем на Всеукраинском съезде в июне 1936 г. председатель съезда профессор Шамов в заключительном слове своем высказался отрицательно в отношении переливания крови при гнойном перитоните, полагая, что оно не имеет никаких показаний.

Вышеприведенные соображения дали нам основание применить переливание крови при гнойном перитоните, причем мы получили настолько разительные результаты в своих 4 очень тяжелых случаях, что считаем возможным и даже необходимым и в дальнейшем производить переливание крови при гнойном перитоните. Мы полагаем, что те плохие результаты, которые имели некоторые авторы, применявшие переливание крови при гнойных перитонитах, зависели от слишком позднего применения, когда оно уже являлось „последним средством“. Своевременное же применение даст лучшие результаты, как было и в наших случаях. Само собой разумеется, устранение исходной

причины перитонита должно быть первым мероприятием, точно так же как и очистка брюшины тем или иным способом от видимых остатков инфекции. Если закрытый способ лечения гнойных перитонитов дал значительное снижение смертности вследствие того, что брюшина ставилась в более нормальные, не ослабляющие ее условия, то дальнейшее усиление общей сопротивляемости и сопротивляемости брюшины посредством переливания крови должно снизить смертность еще больше. Приведем наши случаи.

1. Больная С., 39 лет (истор. болезни № 3452), оперирована по поводу желчно-каменного холедисита, которым она заболела три года назад; за это время было три жестоких приступа с температурой до 41° , продолжавшихся по 6—7 дней и сопровождавшихся болями и рвотой. При операции удаления пузыря с камнем, для облегчения отделения пузыря от брюшины был вприснут новокаин, по ошибке сестры — с адреналином, вследствие чего не было уверенности, что пузырная артерия была перевязана. Был положен тампон, отверстие в брюшной стенке было сужено, как оказалось потом несколько больше, чем было нужно. После операции вокруг тампона появилось кровотечение, мало просачивавшееся наружу и развились явления перитонита в верхней части живота. Поднялась температура, резко участился пульс (110), появились боли, рвота, вздулся живот, причем внизу он был безболезнен. При обнаружении явлений перитонита через $1\frac{1}{2}$ суток ночью было распущено несколько швов; мимо тампона вышло некоторое количество крови, желчи и гноевидной жидкости.

Явления перитонита постепенно ликвидировались. Однако через некоторое время снова появилась температура, через неделю дошедшая до $38,5^{\circ}$; лейкоцитоз с 9400 на 5-й день после операции достиг 6800 , а через три дня до 26800 , еще через три дня — 24800 при 0% сегментоядерных и отсутствии эозинофилов.

При исследовании больной была обнаружена правосторонняя пневмония, а с левой стороны — куполообразная тупость, высокое стояние и неподвижность диафрагмы.

Поэтому через 24 часа после первой операции сделана операция на левой стороне по поводу поддиафрагмального гнойника, причем вместе с большим количеством гноя вышло много кровяных сгустков, очевидно в связи с кровотечением из пузырной артерии.

Кровь не только прошла наружу через тампон, но и проникла через полость малого сальника, дав левосторонний поддиафрагмальный абсцесс. Так как больная была слаба, то через день ей сделано переливание крови одноименной группы 50 см^3 , однако температура продолжала держаться, несмотря на систематическую в течение 5 дней химиотерапию, ввиду обнаружения в крови $\text{pt} \text{ferri}$ танапа, и несмотря на почти полное отсутствие выделения гноя из опорожненного поддиафрагмального пространства. Через 2 дня температура сделалась субфебрильной и держалась так около 2-х недель. Через 16 дней после 2-й операции, появились неопределенные боли с левой стороны живота, которые еще через 3 дня сразу приобрели характер острых болей, распространяясь по всему животу, появилась частая рвота в течение всей ночи. Нежная пальпация живота сделалась резко болезненной по всей поверхности, температура повысилась до 39° , пульс 130 в минуту, лейкоциты 26000 живот вздулся, сделался напряженным, с левой стороны определялась флюктуация. Живот ниже пупка неподвижен. При исследовании *per vaginam* обнаружено отклонение шейки вправо и выпячивание заднего свода. Налицо ясный разлитой перитонит. Через 15 часов от начала острых болей под эфирным легким наркозом — операция. При разрезе кожи кровотечения из сосудов почти не было.

Сделаны два М. Бурнеевских разреза в подвздошных областях, с правой стороны вышла кровянистая и мутная жидкость, с левой — буроватый гной. Брюшина на всем протяжении воспалена, кишечник гиперемирован и местами покрыт фибринозным гнойным налетом. Вставлены поверхностно тампоны.

Заключи ельным актом операции был разрез в заднем своде, через который вышло много густого гноя, вставлен дренаж.

Через час после операции сделано переливание одноименной 1 группы крови в количестве 350 см³.

Сутки у больной продолжалась частая рвота, затем она прекратилась; кровяное давление, бывшее до операции 105—70, повысилось после переливания до 115—80. Все явления перитонита прошли, и больная начала поправляться.

Общий перитонит развился вследствие прободения гнойника, обнаруженного в заднем своде, который (больше слева), очевидно, спустился из поддиафрагмального пространства, по левому боковому каналу.

Больная выписалась через месяц и 20 дней с полным сохранением трудоспособности по своей обычной работе на хлебо-заводе (физическая работа).

За полезное действие переливания крови говорит повышение кровяного давления, исчезновение перитонеальных явлений в течение суток (рвота продолжалась в течение суток), что надо отнести всецело за счет повышения общей сопротивляемости организма параллельно с эвакуацией гноя.

2. К. (истор. бол. № 2507). Во время верховой езды больной выпал из седла, застряв левой ногой в стремях, лошадь волокла его по земле около 100 метров.

Получил ушибы всего туловища, перелом правой голени (обеих костей), общее сострясение мозга, много крупных и мелких осадков на груди, животе. Разрыв связок в области правого плечевого сустава.

Со стороны живота резкие боли, дыхательных движений нет, рвота, отрыжка, тошнота. При пальпации резкая болезненность по всему животу, доскообразное напряжение стенок, тимпанит, кожная чувствительность живота понижена, брюшные рефлексы отсутствуют, лейкоцитов 9000, температура перед операцией 37,9°, пульс около 100, ослаблен.

Через 24 часа после травмы—лапаротомия под эфирным наркозом. Рана кровотоцит мало. Брюшная полость вскрыта от меча до лобка. В брюшной полости жидкий буроватый гной. Обнаружен общий разлитой перитонит. Брюшина—париетальная, и висцеральная—гиперемирована участками.

После непродолжительных поисков обнаружено отверстие в тонкой кишке диаметром в 1—2 см. Кишечник покрыт фибринозно-гнойным налетом, больше в области перфорации. По очистке брюшной полости от гноя тампонами отверстие в кишке зашито двухэтажным шелковым швом.

Воспаленный участок сальника резецирован. Из подвздошной области и из полости малого таза влажными тампонами удален гной, промыты места кишечника. Рана зашита наглухо, тампон в клетчатку. На правую ногу наложена по вытяжении гипсовая повязка.

Тотчас же после операции переливание крови одноименной группы 200 см³. На другой день живот мягкий, газы отходят, изредка икота. В дальнейшем все явления перитонита исчезли, хотя несколько дней мы наблюдали замедленное опорожнение кишечника и небольшое вздутие живота.

Несмотря на множественность повреждений через сутки после начала гнойного перитонита переливание крови дало благоприятные результаты. Здесь переливание крови было применено у не слишком слабого больного, получившего ряд тяжелых повреждений, и потому имело характер профилактический. Переливание крови сразу стимулировало все защитные силы организма, ослабленные и шоком и инфекцией.

3. Больной доставлен в чрезвычайно тяжелом состоянии, с заострившимися чертами лица, сухим языком, обложенным коричневым налетом; температура 37,6°, п. 126 в 1', слабого наполнения. Четыре дня задержка стула, газы не отходят, все время рвота желчью, последнее время рвотные массы с каловым запахом. Живот равномерно вздут, особенно в нижней половине, при пальпации резкая болезненность по всему животу, особенно в правой половине. Справа *défense*, особенно на уровне пупка. В верхней части живота тимпанит,

притупление внизу на боковых поверхностях живота. Резкий Блумберг, пастозность кожи живота.

До появления „острого живота“ в течение почти 2 недель болел поносом по 10 раз в сутки, сопровождавшимся высокой температурой.

Кровяное давление 90—68. Лейкоцитоз 15650. Перед операцией ввели 500 см³ глюкозы с инсулином.

Операция начата под местной анестезией и закончена под небольшим эфирным наркозом. Сделано два небольших разреза в подвздошных областях и один по средней линии.

Справа имеется мутно-гнойный экссудат, петли кишок с фибриновым налетом. По средней линии экссудат. Всего гноя выделилось до $\frac{1}{2}$ стакана. Аппендикс не отыскивался. Во все три разреза до брюшины введены тампоны.

Через час после операции перелито 250 см³ одноименной группы крови.

Инсулин + глюкоза; хлорист. натр. 10‰—10 см³; хлорист. кальций 10‰—10 см³; антигангренозная сыворотка.

На другой день рвота прекратилась совершенно. Живот сделался мягким, малоболезненным, газы начали отходить. Пульс 100 в минуту.

В дальнейшем явления перитонита исчезли, больной поправился. Через три недели после операции боли в животе справа и некоторое вздутие живота с шумом плеска и урчание, которые после слабительного исчезли, и больной через месяц и 2 дня выписался.

Выздоровление этого больного мы приписываем исключительно переливанию крови и эвакуации гноя.

4. Больная (истор. бол. № 3388) доставлена с огромным животом (93 см, в окружности на уровне пупка) через четверо суток от начала заболевания. Пульс 128 в 1'; кровяное давление 94—60, т-ра 38,2°, дыхание учащено, 36 в минуту, поверхностное; живот не участвует в дыхательных движениях, болезнен при давлении, брюшных рефлексов нет. Наибольшая болезненность слева внизу живота, но имеется и по средней линии и справа. Четверо суток рвота, отсутствие стула и газов. Симптом Блумберга резко положительный.

До этого болела в течение двух с половиной недель. Временами бывал озноб с небольшими болями в животе и с повышенной температурой, красных кровяных шариков 3 000 000, гемоглобина 75%.

В виду неясности причин и наличия очень большого живота при плохом пульсе решено операцию не делать, а сделать переливание одноименной крови в количестве 300 см³ и 1000 см³ глюкозы с инсулином. На другой же день пульс 104 в 1', самочувствие лучше, однако рвота продолжалась еще двое суток; столько же времени не было стула и газов. Живот продолжал несколько увеличиваться.

Температура доходила до 39°. Ежедневно глюкоза с инсулином по 1000 см³.

Через шесть суток прекратилась рвота, отошли газы. Живот в верхней части сделался мягким, безболезненным.

Вскоре появился стул, самочувствие улучшилось, однако живот оставался вздутым, оставалось и притупление. В нижней части живота определялась флюктуация и местная напряженность, и намечилось ограничение притупленной части от остальной поверхности брюшины. При исследовании *per vaginam* своды свободны; окружность живота меньше. Больная ест и пьет. Лейкоцитов 180 0, кровяное давление 100.

Операция: сделано 2 разреза: 1) по средней линии и 2) косой в правой подвздошной области. Вышло больше литра густого гноя. Обследование пальцем показало, что имеется ограничение гнойного перитонита.

Здесь операции предшествовало переливание крови и оно повело к тому, что кровяное давление поднялось, пульс с 128 в минуту снизился до 98—104 в минуту; болезненность брюшины заметно уменьшилась и наступило субъективное и объективное улучшение симптомов. Вместе с тем перитонит сделался ограниченным.

При перевязках кишечный запах; края раны гангренифицированы; икота, стул самостоятельный.

Таким образом здесь одно переливание крови без предварительной эвакуации гноя проявило себя достаточно резко. В дальнейшем раны очистились, больной сделано дважды переливание одноименной крови по 350 см³, и больная начала поправляться.

Наши наблюдения немногочисленны и не дают права на выводы; но резкое уменьшение болезненности, улучшение общего самочувствия, последовавшие за переливанием, убеждают нас не только в безвредности, но и в большой полезности и необходимости переливания крови при гнойных перитонитах.

Поступила в ред. 25 X 1937 г.

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. Н. И. Горизонтов) Государственного института усовершенствования врачей в г. Новосибирске.

Спинномозговая анестезия в терапии послеоперационных параличей кишечника.

С. Д. Левина.

Одно из серьезных осложнений после операций, которого приходится бояться,—это параличи кишечника. Как бы бережно при лапаротомиях ни обращались с кишечником, все же последний часто подвергается травмам как от механического воздействия, так и от высыхания, охлаждения, применения химических веществ и от общего наркоза. В известной степени атония кишечника имеет место почти после каждой лапаротомии, но в громадном большинстве случаев эта атония является безопасной, через 1—2 дня нормальная работа кишечника наступает самостоятельно или после принятия ряда терапевтических мероприятий, как грелка, клизма, промывание кишечника, из лекарств — физиостигмин, питуитрин и т. д. В некоторых же случаях терапевтические мероприятия не дают желательного эффекта. Появляется такая степень паралитического состояния кишечника, которая диктует необходимость принятия неотложных оперативных мероприятий (энтеростомоз).

Повторная операция у тяжело больной является нежелательной. Положительной стороной энтеростомии, однако, является то, что она быстро ликвидирует тяжелые явления илеуса, но на ряду с этим имеются отрицательные стороны этой операции, ибо через некоторое время приходится прибегать к добавочной операции ликвидации энтеростомоза.

При третьей операции рана часто не заживает первичным натяжением и дает послеоперационную грыжу. Поэтому вполне естественно стремление некоторых операторов найти новые консервативные способы для устранения выраженных форм послеоперационного кишечного паралича; вместе с тем понятен интерес, проявленный к сообщениям об успешном применении спинномозговой анестезии при указанных осложнениях (Вагнер, Майер). Эти авторы приводят единичные случаи вполне успешного применения при этом осложнении спинномозговой анестезии. В основе этой формы терапии Майер усматривает послабляющий эффект спинномозговой анестезии,