

И. РОЗЕНБЕРГ

Переливание крови при дизентерии малых детей

Из детского отделения и кабинета переливания крови (зав. И. Розенберг, глав. врач А. М. Волкова, зав. обл. станц. перелив. крови В. В. Успенский) Советской больницы гор. Калинина

У малых детей дизентерия нередко, особенно в осенне-зимние месяцы, затягивается, вяло протекает; общее состояние детей ухудшается, дети начинают плохо есть. Отказ от еды, полная анорексия ведет к дистрофии. Анорексия, вялость детей зависят от падения сопротивляемости. Эти дети анэргичны, ареактивны.

Надо любыми путями поднять сопротивляемость, добиться стимуляции ретикуло-эндотелия. Некоторого эффекта, правда не всегда, можно добиться применением у этих детей повторного впрыскивания инсулина (по 4—6 единиц) вместе с глюкозой *per os* и внутримышечно. В отдельных случаях мы видели эффект от применения гравидана, от повторной гемотерапии, от общего облучения кварцем. Особенно большая роль в вяло протекающих случаях заболеваний приписывается стимулирующему действию переливания крови. Нами применена трансфузия на 32 детях до 2-летнего возраста: до 6 мес. — 2, от 6 мес. до 1 года — 15; от 1 до 2 лет — 15.

Из 32 детей 26 страдало затянувшейся формой дизентерии со сравнительно нечастым стулом, с дистрофией, тяжелой анорексией; они болели до трансфузии от 3 недель до 2 месяцев; 6 детей страдало токсической дизентерией, им трансфузия была применена на 5—12-й день болезни.

Мы прибегали к переливанию крови, если другие способы не давали эффекта. Переливаний всего сделано 50. Чаще переливали одногруппную кровь, и только в 8 случаях (5 из них имели группу IV AB) применялась кровь универсального донора. Кровь перед трансфузией проверялась на индивидуальную совместимость. В 3 случаях, приблизительно через полчаса после трансфузии, наблюдался озноб, длившийся около получаса, и в одном случае — желтуха; в двух из этих случаев консервированная кровь была старая, 17—20-дневной давности. В остальных случаях мы переливали консервированную кровь, от момента взятия которой прошло не более 14 дней. За один раз мы переливали от 70 до 100 см³.

В тех случаях, где от трансфузии наблюдался благоприятный эффект, последний наступал, как правило, не сразу; только через день-два отмечался некоторый сдвиг в общем состоянии ребенка, понемногу улучшался аппетит. Интересно, что с улучшением общего состояния учащается и стул. Нередко сдвиг был непрочный, через несколько дней после трансфузии состояние опять ухудшалось, приходилось делать повторное переливание крови. В двух случаях сделано по 3 переливания крови, в 14 случаях по два переливания, в 16 случаях по одному. Повторное переливание мы делали при вновь

наступившем ухудшении, но не ранее, чем через 5 дней после предыдущего.

Из 32 детей умерли 13. Из погибших 1 получил три переливания, 3 получили по два переливания, 9 — по одному переливанию; из 13 умерших 6 детей страдали острой дизентерией с очень частым стулом, с тенезмами, с общими токсическими явлениями. Трое из этих детей получили по 2 трансфузии без всякого эффекта.

Бронхопневмонии не являются противопоказанием для переливания крови. Ни в одном случае мы не видели ухудшения бронхопневмонии у дизентерийных больных после трансфузии.

В 3 случаях, где дизентерия сопровождалась безбелковыми отеками, мы могли отметить на следующий же день после трансфузии исчезновение отеков. Правда, в следующие дни отек опять появлялся, но значительно менее выраженный.

При отеках следует применять свежую консервированную кровь, так как при отеках, зависящих от гипопроteinемии, вернее гипоальбуминемии, кровь, как субституирующий фактор, должна восполнить в первую очередь мелкодисперсные белки — альбумины, а альбумины не стойки, и в старой консервированной крови их относительно мало.

Относительно техники переливания; поскольку речь идет о детях до 2-летнего возраста, встречаются технические затруднения при переливании крови. Педиатры не очень любят заниматься хирургией, хотя и малой, и предпочитают переливание крови путем венопункции. Мы раньше переливали малым детям кровь венопункцией яремной вены. Но фиксировать иголку в этой вене трудно, и нередко игла во время манипуляции выскакивает из вены. У детей первого года жизни, когда открыт большой родничок, можно перелить кровь пункцией *sinus longitudinalis*, но игла может проколоть *sinus*, и так как этого сразу не обнаружишь, есть опасность при продолжении манипуляции повисить внутричерепное давление.

Проще всего и надежнее всего производить у малых детей трансфузию венесекцией локтевой вены. Всегда можно, отсепаровав в локтевом сгибе кожу и подкожную клетчатку, даже у детей первых месяцев жизни найти подходящую венку, перевязать ее с дистальной стороны и надрезать, захватить просвет надрезанной венки пинцетом (мы для этого пользуемся тонкими анатомическими пинцетами, применяемыми в глазной практике) и ввести в вену канюлю (мы приспособили для этого тонкие канюли Гартмана, которыми пользуются в ушной практике). Канюли эти, поскольку они длинные, следует несколько обрезать. Канюля фиксируется в вене заранее подведенной под вену лигатурой. Техника не сложна, у нас ее усвоили все больничные педиатры.

Можно ли на основании нашего сравнительно небольшого материала делать выводы о благоприятном действии трансфузии? Мы полагаем, что можно. Большая смертность — 13 человек из 32 — нас не должна обескураживать. Мы вначале производили трансфузию в самых тяжелых случаях. В отдельных тяжелых случаях мы не хотели складывать оружие, хотя и мало надеялись на благоприятный эффект.

В ы в о д ы

1. Переливание крови вполне показано при затянувшихся формах

дизентерии со сравнительно нечастым стулом, с дистрофией, анорексией.

2. В острых токсических случаях дизентерии на нашем небольшом материале мы никакого эффекта от трансфузии не получили.

3. Техника переливания крови, даже у малых детей, не сложна. Трансфузию лучше производить венесекцией локтевой вены.

Поступила 31. III. 1940.

Доц. С. П. ВИЛЕСОВ и А. Я. ЧЕРКАСОВА

О переливании крови при септических заболеваниях

Из 1-й хирургической клиники им. проф. В. Л. Боголюбова (директор проф. Ю. А. Ратнер) Казанского государственного института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина

В советской и иностранной литературе появилось немало работ по вопросу о переливании крови при хирургической инфекции (Спасокукоцкий, Бурденко, Крамаренко, Левин и Карташевский, Корхов и др.)

Подавляющее большинство авторов как у нас, так и за границей считает благоприятное действие гемотрансфузии на септических больных несомненным. Однако, в литературе нет единства мнений о целесообразности использования этого метода при той или иной форме гнойного процесса. Данные о механизме действия крови донора, о дозировке и сроках переливания также крайне разноречивы.

Отсутствие ясности в затронутых вопросах обусловлено большой вариабельностью гнойных заболеваний и трудностью их классификации. Клиническая картина далеко не во всех случаях позволяет точно указать, когда местный гнойный процесс переходит в общую инфекцию и наоборот. Все это затрудняет установление объективных показателей благоприятного лечебного действия переливания крови. Задача осложняется и тем, что каждым автором описывается сравнительно небольшой материал, по содержанию не однородный, с весьма различными конечными результатами лечения. Процент смертности септических больных, леченных трансфузией крови, у разных авторов колеблется в широких пределах. Поэтому имеется необходимость дальнейшего изучения накапливающегося материала.

В настоящей статье мы представляем материал клиники за последние 4 года, обнимающий 92 переливания крови 38 больным с общей гнойной инфекцией.

Наши наблюдения позволяют заявить, что наряду с другими методами лечения септических больных переливание крови в большинстве случаев дает положительный эффект, а в некоторых случаях оказывает решающее влияние на благоприятный исход заболевания.

Переливание крови в ряде случаев обрывает септический процесс и вместе с тем ведет к рассасыванию метастатических очагов, если последние находятся в стадии инфильтрата. Созревшие гнойники подлежат немедленному вскрытию, и только при этом условии можно рассчитывать на успешное лечение септикопиемии переливанием крови.

Наиболее постоянным объективным признаком благоприятного действия гемотрансфузии при септических заболеваниях является сниже-