

П. П. МИТРОФАНОВ

Переливание крови при послеродовом и гинекологическом сепсисе

Из Сарапульской районной больницы Удм. АССР (зав. хир. отд. и опорн. п. пер. крови П. П. Митрофанов)

Опыт по переливанию крови при пuerперальном и гинекологическом сепсисе имеют немногие авторы; Спасокукоцкий, Илькевич, Дельма, Глаубер, Габерланд, Пипер и др., получившие ободряющие результаты, являются сторонниками переливания крови при септических заболеваниях. Многие авторы до настоящего времени относятся сдержанно к переливанию крови при сепсисе. Нет единого мнения по вопросу о том, когда, т. е. в каком периоде сепсиса, применять переливание крови. Одни авторы считают, что переливание крови показано в начальном периоде сепсиса, другие — в позднем. Большинство — против переливания крови при тяжелом, безнадежном состоянии септической больной.

В лечении пuerперального и гинекологического сепсиса наше внимание было сосредоточено на следующих основных, по нашему мнению, факторах патологического процесса: инфекционном очаге, вирулентности инфекции и степени влияния интоксикации на общее состояние организма. За первичный очаг пuerперального сепсиса мы считали полость матки — место задержки гнилостных лохий; за вторичный — при септикопиемии — гнойники в разных местах. При гинекологическом сепсисе первичный очаг — гнойник в параметрии. Степень влияния септической интоксикации на общее состояние организма, в разные периоды сепсиса, острого и хронического, выражалась в неодинаковых клинических явлениях. При остром сепсисе наблюдались: ознобы, гектическая температура с резкими колебаниями, бред, бессонница, иногда поносы; со стороны крови — понижение количества Hb и эритроцитов, с нарастающим лейкоцитозом. При хроническом сепсисе: частые ознобы с высокой температурой, но с меньшими размахами, чем при остром сепсисе, зловонные поносы, потеря аппетита, появление гнойных очагов и прогрессирующей анемии, с нарастающим падением Hb и уменьшением количества эритроцитов; в поздних периодах хронического сепсиса — сонливое состояние и безразличное отношение к окружающему и к себе.

Переливанием крови мы стремились поднять жизненный тонус больного, мобилизовать потенциальную энергию, ослабить вирулентность инфекции, обезвредить токсины, стимулировать паренхиматозные органы к восстановлению функции, а костный мозг — к усилению кроветворной способности. Одновременно создавали условия для наибольшего оттока гнилостных лохий из полости матки; имеющиеся гнойные очаги вскрывали.

Переливание крови нами было применено в 16 случаях, из которых в 12 — послеродовой сепсис и в 4 — гинекологический. По тяжести

страдания 10 острого сепсиса и 6 хронического сепсиса. В 9 случаях сепсис был осложнен пиемическими очагами в разных местах; потребовались неоднократные оперативные вмешательства. Из 10 сл. острого сепсиса мы имели 8 выздоровлений и две смерти, из 6 сл. хронического сепсиса—4 выздоровления, одну смерть, и одна больная в настоящее время находится в стационаре с улучшением.

Переливание крови, в большинстве случаев свежей, производилось нами двукратно по 200—300 см³ между первым и вторым переливанием выдерживался интервал 4—5 суток. В 3 случаях, где на другой день после первого переливания крови мы видели резкий положительный эффект, температура падала до нормы и общее состояние улучшалось, вторичное переливание крови не производилось.

Для иллюстрации результатов лечения септических больных приведу некоторые истории болезни:

1. В-ва, 22 л., 11/1 1937 г. домашние роды, в тот же день доставлена в родильн. отд. Сарапул. б-цы. При осмотре обнаружено: разрыв шейки, влагалища и промежности. Швы. 14/1—лохии с запахом, температура 39,5°, озноб. Лечение: колларгол в клизмах, камфора. 16/1 ознобы, поносы; в крови при посеве обнаружена кишечная палочка. Переведена в хир. отд. 17/1; пульс 120, ознобы, обильные зловонные выделения из влагалища, частые жидкие испражнения, боли в животе, бред. 19/1 Нб 35%, эритроц. 350000, лейкоц. —95.000, кр. д.—95, пульс 124. Произведена трансфузия 200 см³ крови. 20/1 ознобов не было, появился аппетит, понос прекратился. 22/1 озноб, температура 40,1°, 23/1. Повторная трансфузия 150 см³ крови. 24/1—самочувствие лучше, температура понизилась до 38,4°. 26/1—температура нормальная, пульс 80, раны гранулируют, выделения из влагалища без запаха, хороший сон. 1/II темп. норма. Нб—48%, эритроц. 506000, лейкоц. 6000. Выписана здоровой.

2. К-ва, 37 л., 27/1 1937 г. переведена в хир. отд. Диагноз—пурперальный сепсис. Роды 7 дней тому назад. В крови при посеве обнаружен рост стафилококка. Ознобы температура 39,5°, пульс 108, лохии с гнилостным запахом. При осмотре в хир. отд. найдено: бледность кожных покровов и слизистых, одышка, п. 112 уд, аритмичен, температура 40°, макс. кров. давл.—90 мм; ознобы, понос. Со стороны сердца—шумы на 1 тоне; легкие—норма. Живот болезненный при пальпации; матка над лобком на 3 попер. пальца, из влагалища выделения с запахом. При исследовании зеркалом обнаружен небольшой разрыв шейки. Лечение: колларгол, камфора, вино. 28/1 температура 40,5°, ознобы, бред, бессонница; макс. кров. д. 80; Нб—58%, эритроц. 400000, лейкоц.—10800. 29/1—трансфузия 200 см³ крови. 30/1—температура повысилась до 40,6°. 31/1—температура спала до 38,2°, самочувствие улучшилось, поносы прекратились, хороший сон. 3/II—повторная трансфузия 200 см³ крови, 6/II—температура нормальная, наступило резкое улучшение. 13/II—выделений из влагалища нет, температура нормальная. 14/II—Нб 65%, эритроц. 500000, лейкоц. 7000, 15/II—выписана здоровой.

3. Р-ва, 20 л., больна второй месяц. Доставлена в хир. отд. 21/V 1936 г. Заболела после родов. Диагноз—послеродовой сепсис с гнойником тазовой области. Больная истощена, анемична, пульс 110 уд., аритмичен, температура—39,8°. Жалобы на частые ознобы, поносы, бессонницу и боли внизу живота. При пальпации брюшной стенки в гипогастр. части справа—болезненность, ощущается глубокий инфильтрат. При бимануальном исследовании матку пальпировать не удалось ввиду большого инфильтрата в тазовой области и сильной болезненности. При осторожном зеркальном осмотре обнаружено: разрыв шейки, покрытый грязными грануляциями с гнойным отделяемым. Общее состояние тяжелое, больная апатична, аппетита нет; макс. кров. давление—85 мм, Нб 20%, эритроц. 220000, лейкоц. 1080, РОЭ—46 мм. Лечение: колларгол в клизмах, камфора под кожу, хлористый кальций—внутривенно. 22/V под общим наркозом вскрытие гнойного очага, удалено много ихорозного гноя. 25/V произведена трансфузия 330 см³ свежей крови; через 6 часов после переливания крови кровяное давление 140, был легкий озноб. 27/V—температура понизилась, ознобы прекратились, появился аппетит и сон. 29/V рана очищается, выполняется грануляциями. 5/VI температура вновь повысилась до 39,1°, обнаружен гнойник в левой части тазовой области. 13/VI второй разрез, 14/VI температура пала до нормы. 20/VI общее состояние значительно улучшилось, поносы прекратились, рана справа закрылась, слева—гранулирует. Выделений из влагалища меньше, разрыв шейки зарубцевался. 25/VI—Нб—60%, эритроц. 320000, лейкоц.—6500, РОЭ—16 мм. 15/VII рана закрылась. 27/VII больная выписана с нормальной температурой в удовлетворительном состоянии. Через месяц Р-ва цветущая, жизнерадостная, вполне трудоспособная.

4. Г-ва, 36 л., доставлена в гинекологическое отделение 12/III 37 г. Из анамнеза видно: 9/III были роды с помощью бабки, родился мальчик весом в 3980 г.; больной считает себя с 11/III, когда появились головные боли, озноб и болезненность внизу живота, выделения из влагалища с гнилостным запахом. 12/III при поступлении в гинекологическое отделение температура 38,6°, больная в тяжелом состоянии, анемична, пульс 126 уд. лохии с запахом, матка на 3 пальца ниже пупка. Лечение: колларгол, камфора, водка, спорынья. 16/III—пульс 116 уд., понос два раза, температура 38,9—39,1°. 19/III состояние ухудшается, частые поносы, 19/III переведена в хирургическое отделение. Состояние больной тяжелое, пульс 105, макс. кров. давление 80 мм, частые поносы, апатичное состояние; при зеркальном осмотре обнаружено: разрыв шейки матки, вялые грануляции, покрытые зловонными выделениями; грануляции смазаны раствором ляписа. Исследование крови: Hb 18%, эритр. 1500000, лейк. 16000, группа крови III(B). 20/III в крови при посеве обнаружены стафилококки. Перелито 270 см³ свежей цитратной крови от I(0) группы, после трансфузии крови кровяное давление повысилось, пульс улучшился, 23/III—понос только один раз, самочувствие лучше. 26/III повторное переливание 200 см³ крови от III(B) гр. 27/III—после переливания небольшое повышение температуры, общее состояние улучшилось. 28/III—был озноб, повышение температуры до 38,5°. Матка сократилась, из влагалища гнойные выделения в большом количестве. 3/IV температура субфебрильная, общее состояние хорошее, аппетит и сон удовлетворительны. 5/IV—выделения из влагалища в незначительном количестве. 7/IV—зеркальное исследование: рана шейки матки зарубцевалась; состояние хорошее, понос прекратился, температура нормальная. 8/IV—исследование крови: Hb—25%, эритр. 2100000, лейкоцит. 7200. 13/IV—температура нормальная, пульс 84, самочувствие хорошее. 19/IV—выписана в удовлетворительном состоянии.

Наиболее эффективные результаты переливания крови нами отмечены при остром сепсисе: прекращались ознобы, появлялся аппетит и сон, температура в первые дни после трансфузии незначительно повышалась или оставалась без изменений, но на 3—4-й день после второй трансфузии температура падала до нормы, затем наступало резкое улучшение общего состояния и в дальнейшем—выздоровление. Продолжительность лечения при остром пuerперальном и гинекологическом сепсисе равнялась 19—21 дням. При хроническом сепсисе мы наблюдали после одной трансфузии улучшение общего состояния и в дальнейшем медленное выздоровление. Температура после переливания крови падала литически; с появлением нового гнойника температура хотя и повышалась, но не доходила до уровня, на котором она была до трансфузии крови. Нарастание Hb и увеличение количества эритроцитов происходило медленно; продолжительность лечения достигала 65—70 дней. Одной трансфузии мы считаем недостаточно; в дальнейших случаях хронического сепсиса переливание крови производилось двукратно и с большей эффективностью.

На основании наших наблюдений можем отметить следующее:

1. Переливание крови при пuerперальном и гинекологическом сепсисе способствует скорейшему укреплению ослабленного организма и выздоровлению.
2. Необходимыми условиями эффективного действия перелитой крови должны быть: хороший отток гнилостных лохий из полости матки и немедленное опорожнение гнойных очагов (при септикопиемии и гнойных параметритах).
3. Переливание крови надо производить два-три раза по 200—300 см³ и, лучше, свежей крови.
4. При остром сепсисе переливание крови дает более эффективные результаты, чем при хроническом сепсисе.
5. Чем раньше будет произведено переливание крови, тем скорее наступит выздоровление.
6. Вопрос о переливании крови в тяжелых и безнадежных случаях хронического сепсиса требует изучения и многочисленных наблюдений, но перелитая кровь в этих случаях не ухудшает состояние больных.

Поступила 27.IV.1937.