

Наблюдения из практики и краткие сообщения

Д. П. ОСАДЧИЙ

К вопросу о реинфузии при разрывах и ранениях печени

Из Мелитопольского научно-опорного пункта (зав. Д. П. Осадчий) Украинского ин-та неотложной хирургии и переливания крови (дир. А. Л. Слободской)

Переливание крови, как метод лечения при различных заболеваниях, становится достоянием все более широких масс хирургов. Метод стал доступным для применения во многих периферических лечебных учреждениях нашего Союза. Особенно часто переливание крови находит применение в случаях острой кровопотери. Вопрос о реинфузии представляет большой интерес уже потому, что при реинфузии отстраняется вопрос о донорстве, который еще не везде определенно разрешен.

Идея Гаймора об использовании крови при обильных маточных кровотечениях во время родов для реинфузии, высказанная еще в 1874 г., была впервые практически осуществлена гинекологом Тиссом в 1914 г. при внематочной беременности с резко выраженной анемией. В течение нескольких лет ряд авторов сообщил о хороших результатах, полученных от реинфузии при внематочной беременности с тяжелыми кровотечениями.

Имеются отдельные сообщения и об осложнениях, наступающих после применения реинфузии: Опитц в одном случае видел токсическое действие, Кооп в двух из 5 случаев отмечал осложнения после реинфузии.

Вопрос о целесообразности применения реинфузии при внематочной беременности разрешается в положительном смысле на основании довольно большого материала, накопившегося до настоящего времени.

Что же касается применения этого метода лечения при разрывах и ранениях печени, то до сих пор по этому поводу существуют разноречивые мнения. Хирурги позже гинекологов начали пользоваться этим методом лечения. Материала накопилось еще мало. Метод этот был предложен Геншеном, но первую реинфузию при ранении печени произвел Крейтер в 1916 г. У больного после этого наступило явное улучшение, но через несколько часов наступила смерть от кровотечения из правой почки, ранение которой не было замечено во время операции.

В 1917 году Крейтер перелил больному 1250 см³ его собственной крови. Этот больной был доставлен в больницу в тяжелом состоянии через не сколько часов после закрытой травмы печени. Случай закончился выздоровлением без всяких осложнений. Лебен в 3 случаях и Эберле в 4 случаях не видели осложнений от реинфузии при тяжелых ранениях печени (хотя больные умерли от тяжес и ранения), Натнер и Окснер сообщили о случае смерти после реинфузии при ранении печени, которую они связывали с методом лечения. Филатов в 1928 году анализировал результат 567 реинфузий. Из них при повреждении печени было 16 смертей. Большая часть этих случаев относится к тяжелым огнестрельным ранениям печени, чем и объясняется высокий процент смертности. В экспериментальной части своей работы Филатов приходит к выводам, что: 1) излившаяся в брюшную полость кровь сохраняется в ней почти в неизменном виде до 16—20 часов; 2) обратное переливание такой крови повышает кровяное давление, улучшает общее состояние экспериментальных животных, улучшает газовый обмен и общий обмен веществ; 3) при смертельных кровотечениях часто спасает животное от гибели; 4) переливание крови из портальной системы никаких патологических явлений не вызывает.

Что касается обратного переливания крови при повреждениях печени, то Филатов в эксперименте (правда только на 2 собаках) видел осложнения, связанные, по его мнению, с гемолизом крови, вследствие попадания в нее желчных кислот. На материале же клиники ЛИПК Филатов в 1928 г. приводит 3 случая реинфузии при повреждениях печени без особых осложнений.

За последние годы ряд авторов сообщает о применении обратного переливания крови при повреждениях печени с большой эффективностью без признаков осложнений.

В 1935 году опубликован материал из ЛИПК, охватывающий 44 случая аутоотрансфузии, из них в 6 случаях этот метод применялся при повреждениях печени (доза от 100 до 800 см³). Герцберг в 1931 г. сообщил об одном случае реинфузии 1200 см³ при повреждении печени. Он считает, что этим методом жизнь больного была спасена.

На III Всеукраинской конференции по переливанию крови Ковальский (Днепропетровск) сообщил о 3 случаях реинфузии при ранении печени. В случае Федоровского кровь, собранная через 2 часа после ранения печени, не могла быть использована для реинфузии, так как пробой Гемпеля был обнаружен гемолиз. Гольдин, признавая ценность этого метода и при повреждениях печени, для предупреждения бактериологического загрязнения крови предлагает прибор— аутоотрансфузор, отчасти устраняющий эту опасность.

Больной Б-ный, 25 лет (история болезни № 815), доставлен 16.V. 35 г. в 12 часов дня в Мели опольскую межрайонную больницу в тяжелом состоянии, с жалобами на резкие боли в животе, общую слабость и головокружение. Сознание ясное. Около 5 часов тому назад ранен из мелкокалиберной винтовки. Транспортирован поездом на расстоянии 40 км. При осмотре больного найдено: кожа и видимые слизистые резко бледного цвета. По левой парастернальной линии в области 6-го межреберья видна небольшая рана в 1—1½ см диаметром. Кровотечение из раны незначительное. Перкуторно тупость вокруг ранки не определяется. Легкие—норм. Сердце—границы норма, оны глуховатые. Пульс 98 в минуту, слабого наполнения. Живот резко и напряжен, особенно в верхнем отделе. Там же болезненность при пальпации. В области левого подреберья высокий тимпанит. Перкуторно определяется свободная жидкость в брюшной полости. Предположительный диагноз—огнестрельное ранение органов в брюшной полости со значительным кровотечением. Под хло-

роформным циркулем разрез от мечевидного отростка до пупка. По вскрытии брюшной полости обнаружено обильное количество крови. Ложкой собрано свыше 600 см³ крови, которая профильтрована через 8 слоев марли, обильно смоченной раствором лимоннокислого натрия (3,8%). При осмотре брюшной полости обнаружено сквозное шелевидное ранение диафрагмы, расположенное в 4—5 см слева от мечевидного отростка и в 3—4 см от переднего края диафрагмы, слепое ранение в области верхней поверхности левой доли печени на два поперечных пальца от средней линии. Рана с неровными краями, обильно кровоточит. Выходное отверстие не обнаружено. При зондировании пулю обнаружить не удалось. Ранения других органов брюшной полости не обнаружено. Свободной пластикой сальника удается остановить кровотечение из печени. Во время операции состояние больного ухудшилось. Пульс 112 в минуту, слабого наполнения. Взято 0—15 см³ удаленной из брюшной полости крови, произведена проба Гемпеля на гемолиз. Гемолиза нет. Во время операции в локтевую вену правой руки введено 600 см³ крови, удаленной из брюшной полости (реинфузия). Реакции во время переливания не было. Рана закрыта наглухо. Уже на операционном столе слизистые больного заметно порозовели, пульс стал 96 в минуту, удовлетворительного наполнения. В послеоперационном течении наблюдались явления пареза кишечника в течение 3 дней, на 4-й день состояние хорошее, температура нормальная. Пульс 72 в минуту. На 8-й день сняты швы, заживление первичным натяжением.

В моче особых изменений не найдено. 7.VI, через 18 дней после операции, начались приступы малярии (в крови найден *pl. malar. tert.*), которые быстро купированы обычным лечением. 11.VI больной выписался в хорошем состоянии.

Как видно из нашего случая, реинфузии даже больших количеств крови при некоторых видах повреждения печени могут протекать без всяких осложнений и давать большую эффективность. Такие же данные получены целым рядом других авторов. Но нужно подчеркнуть, что реинфузия при повреждениях печени допустима в тех случаях, где повреждение печеночной ткани не сопровождается нарушением целостности больших желчных путей, в том числе и внутрипеченочных.

ЛИТЕРАТУРА

- 1) Гейнац, Н. X. А., т. XV, стр. 433.—2) Дошаянц, Сов. хирург., т. VI, в. I, 1934.—3) Филатов, Сов. хир., № 2—3, 1928.—4) Федоровский, Труды Всеукр. ин-та перелив. крови и неотложн. хир., № 1.—5) Herzberg, Zbl. f. chir., 1931, S. 587—589.—6) Kreuter, Zbl. f. Chir. 34, 1917, S. 765.

Поступила 11.V.1938.