

Асс. Е. И. АЛФИМОВА

Переливание крови при дизентерии у детей

Кафедра инфекционных болезней Каз. гос. ин-та усовершенствования врачей
им. В. И. Ленина (директор кафедры проф. А. Ф. Агафонов)

Переливание крови, как лечебный метод, уже давно завоевал себе прочное положение в хирургии, гинекологии, терапии. В области же инфекционных болезней, в частности — дизентерии у детей, вопрос о переливании крови находится еще в стадии накопления материала. По отдельным работам, имеющимся в русской литературе, можно сделать заключение, что единого мнения по данному вопросу еще нет; так, например, Харьковский институт переливания крови не получил желаемых результатов от трансфузии крови при дизентерии (д-р Райгородский). Проф. Гершенович и доц. Любецкая, на материале 63 случаев детской клиники Ташкентского мед. ин-та, наблюдали хороший результат от трансфузии крови при лечении токсической дизентерии и колитов.

Д-р Дыскина из филиала ЦИПК Таджикистана получила хороший результат от переливания крови при хронических, продолжавшихся годами, колитах.

Нас интересовало применение трансфузии крови при дизентерии токсической и вяло протекающей нетоксической дизентерии с прогрессирующим упадком питания и развитием слабости.

Было произведено 46 трансфузий консервированной крови 30 больным. По возрасту наши больные распределялись следующим образом: от 6 мес. до 1 года — 9 чел., от 1 года до 2 лет — 17, от 2 до 3 лет — 2, от 3 до 5 лет — 1, свыше 5 лет — 1.

По дням поступления: в первые 5 дней заболевания поступило 11 чел., с 6-го по 10-й день — 7, с 11 по 20-й — 7, позднее 20-го дня — 5.

Из 30 больных бактериологическому и серологическому обследованию было подвергнуто 25 человек, положительный результат был получен в 56% случаев.

По виду возбудителя получено: Шига 5 случаев, Флекснера 8, Гисса 1.

По форме заболевания больные подразделялись на следующие группы по классификации проф. Доброхотовой: I. Токсическая форма — 22 случая. Из них: а) анергическая форма — 4, б) гипоэргическая — 14, в) гиперэргическая — 4, II. Хроническая форма — 8.

В основу лечения наших больных при всех формах заболевания был положен диетический метод по схеме клиники проф. Маслова, заключающийся в том, что в первые дни болезни больной получал углеводную диету — 15% сахарная вода, рисовый отвар, каша на воде, кисели. Через несколько дней (2-3 д.) добавлялись жиры в виде 2% сливочного масла в кашу, а через 5-7 дней прибавлялись белки в виде белкового молока, творога. Каждый случай нами индивидуализировался.

В случаях раннего поступления вводилась противодизентерийная сыворотка от 20000 до 60000 А. Е. Широко применялось введение 5% раствора глюкозы под кожу. По дням заболевания трансфузия крови производилась: от 5-го до 10-го дня заболевания в 9 случаях, от 11 до 20-го дня в 8, от 21-го и позднее в 13 сл. Поздние сроки переливания крови падали главным образом на случаи позднего поступления и случаи с затянувшимся течением болезни.

Количество переливаемой крови определялось приблизительно из расчета 12 куб. см на 1 кг веса ребенка, в общем от 70 до 200 куб. см.

В подавляющем большинстве случаев, а именно в 26, переливалась кровь одноименной группы, в остальных 4—разноименной, но совместимой группы. Переливание производилось при помощи веносекции или венопункции с применением биологической пробы.

Больных с анэргической формой было 4, все они умерли, причем смерть последовала у одного на следующий день после трансфузии, у одного на вторые сутки и у двух на четвертые сутки. Реакции на трансфузию не наблюдалось ни у одного. Не наблюдалось и улучшения общего состояния.

Из 14 детей с гиперэргической формой токсической дизентерии умерло 6. Тяжесть течения этой формы может характеризовать следующее количество осложнений, падавших на эту группу детей: бронхопневмонии—12, серозный плеврит—1, гнойное воспаление среднего уха—3, афтозный стоматит—5, молочница—6, фурункулез—2, пиурия—3.

Из 4 случаев гиперэргической формы токсической дизентерии, мы имели эффективное действие трансфузии крови во всех случаях после однократного применения ее, причем в 2 случаях была перелита совместимая, но не одногруппная кровь. Реакции не было.

Восемь детей с хронической дизентерией поступили в клинику на 13-й—40-й день заболевания в состоянии более или менее выраженного истощения, с бледными кожей и слизистыми, с общей вялостью, плохим аппетитом и плохим сном; стул слизистый, со скудным количеством каловых масс, с частотой от 6 до 15 раз в сутки, не в каждом случае—примесь крови. Кроме диетотерапии, с первых дней поступления, в некоторых случаях, применялась гемотерапия, в двух случаях было применено кварцевое облучение. Когда мы не получали улучшения от вышеуказанных мероприятий прибегали к трансфузии крови.

Интересно отметить, что стойкое улучшение наступало в подавляющем большинстве случаев после однократного переливания крови.

Для сравнения результатов лечения трансфузией крови, мы взяли всех остальных больных с токсической и хронической формами дизентерии, прошедших через клинику за этот же период времени 1938 года. Таких случаев было 106; по форме заболевания: 1. Токсическая форма, всего 88, из них: а) Анэргическая форма—14 чел., б) Гипоэргическая форма—49 чел., в) Гиперэргическая форма—25 чел. 2. Хроническая форма—18 чел. По возрасту: от 0 до 1 года—42 чел., от 1 г. до 2 лет—47 чел., от 2 л. до 3 лет—14 чел., от 3 л. до 5 лет—2 чел., свыше 5 лет—1 чел.

При сравнении смертности среди детей, получивших лечение трансфузией крови, с группой, прошедших без трансфузии крови, мы получили следующее:

Форма заболевания (классификация проф. Доброхотовой)	Без трансфузии			С трансфузией		
	Число сл.	Число умерш.	%	Число сл.	Число умерш.	%
I. Токсическая форма анергическая	14	14	—	4	4	—
Гипоэргическая	49	27	55	14	6	43
Гиперэргическая	25	4	16	4	0	0
II. Хроническая	18	11	61	8	0	0

Таким образом, трансфузия крови, применяемая при лечении токсических и хронических форм дизентерии, на нашем, правда, небольшом материале, дала резкое снижение смертности при хронических формах, меньше при гипер- и гипоэргических формах и совершенно не оказала влияния на течение анергической формы.

Состояние белой и красной крови больных после трансфузии крови изменялось следующим образом: снижался лейкоцитоз при всех формах дизентерии; в большинстве случаев наблюдалось нестойкое увеличение количества эритроцитов, медленное повышение количества гемоглобина; уменьшение сдвига влево за счет палочкоядерных и молодых форм, уменьшение и полное исчезновение клеток раздражения Тюрка и постепенное исчезновение токсической зернистости в нейтрофилах.

Реакция на переливание крови отмечена у 8 больных. В двух случаях она выражалась в появлении желтухи с интенсивным окрашиванием испражнений и мочи и небольшим окрашиванием кожи и склер; в четырех случаях — появлением минут через 15—20 после трансфузии упадка сердечной деятельности, падения пульса, и в двух случаях температура повысилась до 38°. Необходимо отметить, что из 8 больных, давших реакцию на трансфузию крови, в дальнейшем умер один, а 7 человек выписались в хорошем состоянии. Данные цифры интересно сопоставить с цифрами, полученными на материале 63 случаев детской клиники Ташкентского мед. ин-та (проф. Гершеневич), где из 7 детей, давших реакцию, выздоровел только один. Мантрова (из Вост.-Сибирского филиала ЦИПК) на основании своих наблюдений на материале 600 случаев делает заключение, что там, где трансфузия крови, главным образом преследует цели стимуляции (коллоидоклязии), клиническая реакция, наступающая после трансфузии при переливании совместимой крови, является не осложнением, а фактором стимулирующего действия на организм реципиента.

Наши наблюдения над переливанием крови при дизентерии — предварительные. Случаев недостаточно для того, чтобы сделать определенные выводы, но можно сказать о впечатлении, которое мы получили, что:

1. Трансфузия крови при токсической анергической форме дизентерии эффекта не дает, а при токсической гипоэргической и гиперэргической формах дизентерии снижает процент смертности.

2. Особенно эффективна трансфузия крови при хронической форме дизентерии.

Поступила 16.VII.1939.