
К ВОПРОСУ О ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОМ ПЕРЕЛИВАНИИ КРОВИ

Н. Н. Кореневич и А. Ф. Котович

Из клиники госпитальной хирургии (зав.— проф. И. Б. Олешкевич) Витебского медицинского института и Витебской областной станции переливания крови
(зав. С. З. Меклер)

Метод внутриаrтерияльного нагнетания крови с адреналином и глюкозой, предложенный русскими учеными и разработанный В. А. Неговским, в настоящее время применяется в клинической практике при оживлении организма в периоде клинической смерти.

В данном сообщении мы приводим результаты внутриаrтерияльного переливания крови 11 больным, произведенного в клинике с 1956 по

1958 г. Шести больным внутриартериальное переливание крови произведено при тяжелых травмах, 4 больным — при расширенных резекциях желудка по поводу рака и одной больной — при внематочной беременности с массивным внутренним кровотечением; у 4 больных получен хороший эффект, у 2 — кратковременный, у 5 лечение было безрезультатным. Хороший результат мы наблюдали у 2 детей с обширными травмами конечностей и брюшной полости, у одного больного при расширенной резекции желудка и у больной с внематочной беременностью.

Приводим краткие примеры.

1. Больной С., 11 лет, поступил в клинику 12/XI 1956 г. в связи с травматической ампутацией правого бедра и разрывом промежности (попал под трактор). Артериальное давление не определяется. Произведена хирургическая обработка ран с одновременным переливанием в артерию культи бедра 300 мл консервированной крови. Наступило выздоровление.

2. Больная Л., 3 лет, доставлена в клинику 25/V 1958 г. с огнестрельным ранением брюшной полости, повреждением тонкого кишечника и брыжейки, наличием множественных ран мягких тканей, внутренним кровотечением, в предагональном состоянии. Перед операцией в правую плечевую артерию введено 100 мл консервированной крови. Больная выздоровела.

3. Больная С., 34 лет, поступила 3/V 1957 г. в тяжелом состоянии с жалобами на общую слабость, боли в подложечной области, тошноту, рвоту. Вначале заподозрено пищевое отравление, но затем установлена внематочная беременность. Во время обработки операционного поля у больной произошло падение сердечной деятельности: пульс и артериальное давление не определялись; вскоре наступила остановка сердца и дыхания, зрачки расширились. Через 5 минут от момента остановки сердца было начато нагнетание консервированной крови баллоном под давлением 160—180 мм ртутного столба в левую бедренную артерию, которая не пульсировала и была пустой. Предварительные попытки ввести кровь в лучевую и локтевую артерии левой руки не удалось. Переливание крови сочетали с искусственным дыханием. Пункцией во втором межреберье в мышцу сердца введен 1 мл адреналина. После переливания в бедренную артерию 880 мл крови, продолжавшегося 5 минут, появилась слабая пульсация артерии, затем стали определяться сердечные сокращения, но давление в плечевых артериях не определялось. Только после введения в артерию 1100 мл крови появился хороший сердечный ритм, видимая пульсация сосудов; дыхательные экскурсии стали достаточно глубокими. Артериальное давление 95/50 мм. Начата операция под местной анестезией (0,25% раствором новокаина). Нижним срединным разрезом вскрыта брюшная полость, содержавшая более 2 л жидкой крови и сгустков. После удаления крови из брюшной полости обнаружен разрыв левой трубы. Труба иссечена, на левый угол матки наложено 2 восьмьюобразных кетгутовых шва; перитонизация широкой маточной связкой непрерывным кетгутовым швом. В брюшную полость введено 500 000 ЕД пенициллина, брюшная стенка зашита наглухо. Во время операции несколько раз наступало падение сердечной деятельности с остановкой дыхания, поэтому всякий раз приходилось приступать к внутриартериальному нагнетанию крови. Всего перелито 2420 мл консервированной крови (1320 мл одноименной группы В и 1100 мл группы 0). К концу операции сердечные тоны стали ритмичными, дыхание ровным и глубоким — 24 в минуту, пульс 120 ударов в минуту, артериальное давление 100/50 мм.

В послеоперационном периоде наступил некроз мягких тканей (до сухожилий) передней поверхности нижней трети левой голени и подошвенной поверхности левой стопы площадью около 100 см². В дальнейшем сделана некрэктомия и пересадка кожи. Наступило выздоровление. 9/IX 1957 г. больная в хорошем состоянии выписана. Через 1 год 8 месяцев больная осмотрена. Состояние хорошее, работает на прежней работе.

В левой нижней конечности отмечают: незначительная атрофия мышц голени, гипестезия кожи на бедре, в большей степени на голени и стопе; снижение левого ахиллова рефлекса; отсутствие активного тыльного сгибания в левом голеностопном суставе (левая стопа в положении *pes equinus*); пульсация на задней большеберцовой артерии и артерии тыла стопы слева слабее, чем справа.

У 2 больных внутриартериальное переливание крови дало кратковременный эффект: они перенесли оперативное вмешательство, но умерли в ближайшие часы после операции.

Из 5 больных, у которых внутриартериальное переливание крови не оказало должного эффекта, у 2 имелись множественные разрывы печени, почек, легкого, перелом ребер и костей таза. Больные были старше 50 лет. У этих больных, а также больных с кратковременным эффектом от внутриартериального переливания крови вследствие множественности и обширности повреждений наступил летальный исход.

У 3 больных в возрасте 50—65 лет шок наступил во время расширенной резекции желудка, несмотря на внутривенное переливание крови и другие противошоковые мероприятия. Внутриаартериальное переливание крови эффекта не дало: 2 больных умерли к концу операции, один через 5 часов после нее. У этих больных на аутопсии была обнаружена дистрофия внутренних органов, отек легкого и др.

Наш сравнительно небольшой опыт подтверждает целесообразность внутриаартериальных трансфузий с введением массивных доз крови.

Учитывая возможность нарушения кровообращения в конечности, в артерию которой производили переливание крови, следует избегать переливания крови в бедренную артерию. При необходимости быстрого переливания крови можно воспользоваться бедренной артерией, но затем следует перейти на переливание крови в лучевую или заднеберцовую артерию. Это предотвратит некроз тканей и развитие ишемических заболеваний нервных стволов, влекущих в будущем расстройства чувствительности и движений.

ЛИТЕРАТУРА

Неговский В. А., Смиренская Е. М. К вопросу о лечении больных, находящихся в терминальных состояниях. Хирургия, 1954, № 1, стр. 56.

Поступила в редакцию 6/VII 1959 г.