

можно согласиться с существующей поговоркой, что человек имеет возраст своих сосудов.

Мы обычно привыкли ставить диагноз артериосклероз только в старшем возрасте, однако, тщательный разбор случая нередко его обнаруживает и в более молодом возрасте.

Терапия артериосклероза, так значительно выросшая за последние годы, для лиц более молодого возраста должна быть безусловно несколько иной, чем в пожилом возрасте. И возможность получения ощутимого эффекта от этой терапии в молодом возрасте более вероятна, чем в пожилом. Если еще принять во внимание, что эти люди находятся в расцвете творческих сил, то становится совершенно ясным, насколько важно изучение этого вопроса. И, конечно, мы упираемся в начало-начал—в уточнение диагностики этих случаев. Без этого невозможна никакая рациональная терапия. Мы ясно себе представляем, что как и приведенном примере, так и в описании наиболее характерных симптомов нет исчерпывающей клинической картины артериосклерозов. Мы и не претендуем на полную изложения этой клинической формы заболевания. Каждому клиницисту совершенно ясно, насколько эта клиническая картина в индивидуальных случаях может варьировать. К этому вопросу нужно максимально привлечь внимание врачей, чтобы более быстрыми темпами изучить особенности артериосклероза в молодом возрасте и помочь выявлению этиологических факторов, играющих особую роль в его раннем развитии. Совершенно справедливо указывает проф. Довцкий, что особенно необходимо здесь выявить состояние эндокринной системы вообще и щитовидной железы в частности.

Областной институт переливания крови и гематологии НКЗ АТССР (директор К. С. Казаков, научный консультант проф. Н. К. Горяев, зав. клиническим отделением прив-доц. И. И. Цветков).

Переливание крови, консервированной на жидкости ИПК и 6% цитрате.

И. И. Цветков, М. А. Курицина и К. С. Казаков.

Всего лишь 5—6 лет тому назад переливание крови по Советскому союзу производилось в подавляющем большинстве случаев в виде цитратной крови от донора. Многочисленные приспособления, модификации, специальные приборы для непосредственного переливания крови от донора не нашли себе широкого применения и можно сказать быстро забываются в настоящее время. Главным неудобством переливания крови от донора служит то, что донор, являясь центральной фигурой в каждом отдельном переливании крови, требует больших затрат времени и представляет часто затруднение, чтобы его не только обследовать, но и получить в каждый нужный момент. С тех пор, как Балаховский и Владос в Центральном институте переливания крови были предложены способы заранее готовить кровь и хранить ее в консервированном виде, почти без изменения ее живых свойств, мы получили широкую возможность

в любое время, в любом доступном месте переливать кровь в отсутствии донора и не терять драгоценного времени, иногда совершенно безрезультатно, на поиски донора.

В настоящее время накопился большой клинический и практический опыт переливания консервированной крови на различных сроках хранения как в Центральном институте переливания крови, так и в его многочисленных филиалах.

Мы имеем в виду в настоящей статье сообщать результаты клинического и лабораторного наблюдения над действием консервированной крови (ИПК и 6% пикрат) на больных, находившихся за последний год в клиническом отделении Областного института переливания крови НКЗ ТР.

Материал наших наблюдений состоял из больных со следующими заболеваниями:

| | |
|---|----------------|
| 1. Абсцессы легких | 21 переливание |
| 2. Острые и хронические полиневриты | 27 " |
| 3. Рак желудка | 2 " |
| 4. Лимфатическая лейкемия хрон. | 2 " |
| 5. Миелоидная лейкемия хрон. | 6 " |
| 6. Вторичные гипохром. анемии | 1 " |
| 7. Пернициозные анемии | 5 " |
| 8. Экссудативные плевриты | 12 " |
| 9. Острый ретикулэндотелиоз | 1 " |
| 10. Артриты | 2 " |
| 11. Энцефалит | 2 " |
| 12. Тромбопения Франка | 1 " |
| 13. Прочие больные | 3 " |

Всего 73 переливания

Прослежены тщательно 73 переливания. Из 73 случаев в 40 сл. была перелита кровь, консервированная на ИПК и в 33 сл. на 6% пикрата. Мы контролировали действие консервированной крови на больного наблюдением за кровяным давлением, Нв, Ег, содержанием ретикулоцитов, кровяных пластинок, лейкоцитарной формулы по Ш и Л и т. д., определением билирубина в сыворотке и уробилина в моче и одновременно с этим проводилось, тщательное общеклиническое наблюдение за больным с момента переливания крови и в ближайшие дни после переливания. Обращалось особенное внимание на реакцию больного во время и после переливания. Обычно переливались небольшие и средние дозы крови от 100 до 300 и 350 мл.

При переливании пикратной крови от донора, в подавляющем большинстве случаев, мы наблюдали реакцию на переливание репипивента; эта реакция начиналась в самый момент переливания или вскоре после переливания и продолжалась несколько часов, причем реакция на переливание по своей выраженности колебалась в очень широких пределах, начиная от общей разбитости, головных болей с небольшой t° , до очень тяжелой реакции с резким ознобом и t° до 39—40, кожными проявлениями, одышкой и т. д. Реакция продолжалась от нескольких часов до нескольких суток, но заканчивалась обычно благополучно для репипивента.

Полную противоположность мы видим в материале по переливанию консервированной крови. При первых же переливаниях консервированной крови мы могли убедиться в непосредственных положительных результатах. На 73 прослеженных нами случаях переливания консервированной крови можно говорить о реакции на переливание только в 16 (22%) случаях, из которых в 12 (16%) случаях реакция выразилась в легком познабливании, повышении t° до 37,5 $^{\circ}$; у некоторых больных отмечалась небольшая тяжесть в голове, иногда тошнота, но без повышения t° . Во всех этих 12-ти случаях реакция продолжалась очень короткий срок—от 2-х до 4-х ч., почти незаметно проходила для больных и быстро кончалась.

В 2 (2,7%) случаях (экссудативный плеврит и втор. анемия) мы наблюдали реакцию, которая выражалась в сильном ознобе, повышении t° до 39 градусов, ломота в ногах, спяте и общей разбитости. Реакция закончилась в одном случае через 3 ч. и другим случае через 4 ч. Особо стоят два случая (больные с полиневритом) в легкой реакции, которая проявилась потрескавшим ознобом, t° до 40°, крапивницей, герпесом, болями в конечностях и спяте, легкой желтухой, увеличением селезенки, увеличением уробилина в моче. Большим была перелита кровь 1-дневной давности одновеной с большим группой крови. Случаи закончились вполне благоприятно через 7 дней.

Терапевтическое действие переливания консервированной крови нами оценивалось по результатам непосредственного действия на больного в смысле улучшения основного страдания. Сравнивая результаты от переливания крови донора и консервированной на различных сроках хранения, мы не можем отметить заметной разницы терапевтических результатов. При различного рода кровотечениях (язвы желудка и кишок, метроррагия, геморр. анемия лейкоемий, анемия и др.) всегда получался гемостатический эффект, не хуже чем при неконсервированной крови. Многочисленные (30 сл.) вторичные анемии на фоне острых и хронических кровопотерь в интоксикации, как правило, и резко улучшались или совершенно излечивались. Особо следует отметить два случая резкой анемии (б-ные П. и М.) вследствие хронических маточных кровотечений на фоне расстройства секреции яичников. Переливание консервированной крови не только прекратило кровотечение, но привело к восстановлению правильного цикла менструаций и излечению малолетних; им было сделано по два переливания 250 к. с. с интервалами в 6 дней; больные совершенно поправлись, стали трудоспособными и находятся под нашим наблюдением в течение 8 мес. и 1 года.

Лечение пернициозной анемии консервированной кровью по нашему впечатлению дает резкое улучшение в комбинации с лечением печенью.

Прекрасный терапевтический эффект получается при переливании консервированной крови при полиневритах—быстро восстанавливаются чувствительность, движение и исчезает атрофия мышц; о результатах лечения полиневритов сообщено в трудах первой клиники КГМИ д-ром Молчановой. Хорошие результаты получаются при лечении подострых ревматических и внутрисекреторных полиартритов. Наш опыт лечения острых и хронических лейкоемий мало утешителен, но в одном случае (больной X. с хронической миелоидной лейкоемией) нам удалось, правда, временно, снизить количество лейкоцитов с 200 т. до 10—12 т. с изменением состава лейкоцитов в смысле уменьшения молодых, незрелых форм. Очень положительные результаты получаются при лечении экссудативных плевритов к абсцессов легких; к настоящему времени у нас скопился значительный материал, который будет опубликован отдельно.

Единичные случаи самых разнообразных заболеваний (наркомании, ангины, фурункулез и т. д.) давали нам хорошие терапевтические результаты при переливании консервированной крови.

Приводим ниже таблицы с данными лабораторных исследований, наглядно показывающие изменения периферической крови реципиента после переливания консервированной крови.

Изменение Hb и Eг после переливания, как правило, отмечается, но не во всех случаях. При анемиях, особенно после кровотечений, непосредственное увеличение Hb и Eг всегда можно отметить, но при заболеваниях (плевриты, абсцессы легких, полиневриты), где количество Hb и Eг бывает мало изменено, нарастания их обычно не бывает. Равным образом и количество ретикулоцитов увеличивается в значительной степени больше при анемических состояниях; правда, и у другого рода больных мы имели возможность наблюдать увеличение ретикулоцитов, но не в значительной степени.

Кровяные пластинки, как правило, увеличивались во всех случаях. Билирубин сыворотки крови и уробилин мочи увеличиваются в течение первых и вторых суток, затем обычно уменьшаются до исходного предела. Кровяное давление после переливания консервированной крови заметных изменений не дает. Что касается лейкоцитарной картины крови, то следует отметить крайнее разнообразие ее; очевидно здесь, если и есть какая-либо закономерность, то она стирается основным патологическим процессом, ведущим к изменению лейкоцитарной формулы.

Таблица 1.

Переливание 150 к. с. крови, консервированной на 6% пикрате 2 сут.
Б-ной И. (Abscess pulm.).

| | №. | Вг. | Рети- куло- цит. | Кров- яв. плас- т. | L. | Н. С. | П. | Ю. | Л. | М. | Э. | Б. | Били- рубин | Уро- билин | Кров. дав. | Реакция |
|--------|----|-----|------------------------|--------------------------|-----|----------|-----|----|------|----|----|----|----------------|---------------|---------------|-------------------------|
| До | 78 | 4,8 | 6 1000 | 150 т. | 6,7 | 53 | 8,5 | — | 22,5 | 10 | 5 | — | 6,2 | — | 110 80 | |
| 2 сут. | 80 | 4,7 | 8 1000 | 250 т. | 7,5 | 56 | 10 | — | 30 | 3 | 1 | — | 24,8 | +++ | 105 80 | 1937,8 в теч. 4 час. |
| 6 сут. | 79 | 5,0 | 5 1000 | 200 т. | 6,6 | 50 | 6 | — | 32 | 9 | 3 | — | 6,2 | сл. | 110 75 | |

Таблица 2.

Переливание 300 к. с. крови, консервированной на 6% пикрате 3 сут.
Б-ная К. (Ca ventr., anemia secund.).

| | №. | Вг. | Рети- куло- цит. | Кров- яв. плас- т. | L. | Н. С. | П. | Ю. | Л. | М. | Э. | Б. | Били- рубин | Уро- билин | Кров. дав. | Реак- ция |
|--------|----|-----|------------------------|--------------------------|-----|----------|------|----|------|-----|----|----|----------------|---------------|----------------|----------------------|
| До | 18 | 1,8 | 20 1000 | 200 т. | 3,5 | 58,5 | 9,5 | — | 27 | 3,5 | — | — | 12,4 | ++ | 80 | |
| 2 сут. | 20 | 2,3 | 30 1000 | 300 т. | 9,1 | 54,5 | 21,5 | — | 19,5 | 2,5 | — | — | 24,8 | +++ | 40 82 40 | Реак- ция нет. |
| 6 сут. | 30 | 2,0 | 21 1000 | 250 т. | 5,0 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | |

Таблица 3.

Переливание 200 к. с. крови, консервированной на 6% пикрате 10 сут.
Б-ной Ч. (Pleurit exsud.).

| | №. | Вг. | Рети- куло- цит. | Кров- яв. плас- т. | L. | Н. С. | П. | Ю. | Л. | М. | Э. | Б. | Били- рубин | Уро- билин | Кров. дав. | Реак- ция |
|--------|----|-----|------------------------|--------------------------|-----|----------|----|----|------|------|-----|----|----------------|---------------|---------------|--------------|
| До | 95 | 4,8 | 5 1000 | 300 т. | 6 | 47 | 18 | — | 32,5 | 10,5 | — | — | 6,2 | — | 110 70 | |
| 2 сут. | 96 | 4,8 | 6 1000 | 280 т. | 5,4 | 57 | 13 | — | 15 | 12 | 1 | — | 24,8 | +++ | 110 70 | 1937,5 |
| 6 сут. | 96 | 5,0 | 5 1000 | 300 т. | 8 | 54 | 8 | — | 38 | 1,5 | 0,5 | — | 12,4 | — | 100 70 | |

Переливание 200 к. с. крови, консервированной на ИПК 11 дн.
Б-ая А. (Апаемиа pernicios).

Таблица 7.

| | Нв. | Ег. | Рети- куло- цит. | Кро- вян. пласт. | L. | Н. С | П. | Ю. | Л. | М. | Э. | В. | Били- рубин | Уро- билин | Кров. давл. | Реакция |
|--------|-----|-----|------------------------|------------------------|----|---------|----|----|----|----|----|-------|----------------|---------------|----------------|--------------|
| До | 33 | 1,5 | 20 1000 | 80 т. | 4 | 57 | 6 | — | 37 | — | — | — | 12,4 | + | 90 | Реакция вет. |
| 2 сут. | 40 | 1,7 | 37 1000 | 150 т. | 9 | 51 | 7 | — | 37 | 3 | 1 | 124,8 | ++ | 40 100 | | |
| 6 сут. | 36 | 1,8 | 30 1000 | 100 т. | 8 | 50 | 8 | — | 31 | 5 | 2 | 12,4 | ++ | 50 100 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 55 | | |

Переливание 300 к. с. крови, консервированной на ИПК 21 день.
Б-ая П. (Апаемиа pernicios).

Таблица 8.

| | Нв. | Ег. | Рети- куло- цит. | Кро- вян. пласт. | L. | Н. С | П. | Ю. | Л. | М. | Э. | В. | Били- рубин | Уро- билин | Кров. давл. | Реакция | |
|--------|-----|------|------------------------|------------------------|-----|---------|----|----|----|----|----|----|----------------|---------------|----------------|--------------|--|
| До | 20 | 0,56 | 90 1000 | 70 т. | 1,5 | 31 | 3 | — | 58 | 3 | 4 | 1 | 24,8 | + | 70 | Реакция вет. | |
| 2 сут. | 22 | 0,91 | 120 1000 | 75 т. | 1,8 | 29 | 4 | — | 60 | 4 | 2 | 1 | 48,6 | +++ | 80 25 | | |
| 6 сут. | 20 | 0,9 | 100 1000 | 80 т. | 2 | 30 | 5 | — | 57 | 5 | 3 | — | 24,8 | + | 80 30 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Количественные изменения билирубина и уробилина при переливании консервированной крови на ИПК и 6% цитрате характеризуются тем, что при 6% цитрате увеличение билирубина и уробилина больше, чем при ИПК, вместе с этим и реакция на переливание консерв. на 6% цитрате сравнительно встречается чаще и выражена сильнее. Конечно, на материале в 73 случая выяснить преимущество консерватов на 6% цитрате и ИПК представляется затруднительным, мы можем говорить лишь о впечатлении, которое остается у нас после переливания того или другого консервата. В заключение мы должны отметить, что морфологические и физико-химические изменения в консервате, которые отмечаются в отдельных случаях, нельзя отнести на всю массу консерватов, различных как по длительности хранения, так и по интенсивности гемолиза эритроцитов и физико-химическим изменениям в плазме. При переливании консерватов больным с различными заболеваниями и различным состоянием их кроветворных органов, количественные изменения билирубина и уробилина реципиента могут зависеть и от степени гемолиза эритроцитов в консервате и от состояния кроветворных органов (ретикуло-эндотелиальной системы) реципиента.