

хир., 1958, 2. — 7. Жоров И. С. Общее обезболивание в хирургии. Медгиз, М., 1959. — 8. Зайцев Г. П. и Гологорский В. А. Потенцированный наркоз в хирургической клинике. Медгиз, М., 1963. — 9. Злотник Э. И. и Лерман В. И. Вopr. нейрохир., 1957, 2. — 10. Кандель Э. И. Вopr. нейрохир., 1956, 3. — 11. Коненкова-Давиденко Т. Д. Ганглиоблокаторы в современном обезболивании. Автореф. канд. дисс., Одесса, 1961. — 12. Лазарев Н. В. (ред.). Руководство по фармакологии. Медгиз, Л., 1961. — 13. Лерман В. И. и Злотник Э. И. Вopr. нейрохир., 1959, 3. — 14. Мешалкин Е. Н. и Смольников В. П. Современный ингаляционный наркоз. Медгиз, М., 1959. — 15. Осипов В. П. Управляемая артериальная гипотония. Автореф. канд. дисс., М., 1963. — 16. Хундадзе Г. Р. и Кургелия Р. И. Хирургия, 1961, 4. — 17. Атанасов А. и Абаджиев П. Анестезиология. София, 1961.

УДК 615.38/39—616—08—06

ГЕМОТРАНСФУЗИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С РЕЗУС-НЕСОВМЕСТИМОСТЬЮ

Н. И. Серебрякова

Кафедра общей хирургии (зав. — доц. Н. В. Герасимов) Саратовского медицинского института и Саратовская областная станция переливания крови (главврач — Е. А. Ковылина)

До настоящего времени наблюдаются еще случаи переливания резус-несовместимой крови, что приводит к тяжелым осложнениям и даже летальным исходам. В связи с этим необходимо дальнейшее изучение вопроса о резус-несовместимости и более широкое ознакомление с ним врачей всех специальностей.

Мы исследовали кровь на наличие резус-фактора у 1000 больных и 300 доноров. Резус-отрицательной оказалась кровь 17% больных и 14% доноров.

В основу данной работы положены наблюдения над больными, которым производились гемотрансфузии в различных лечебных учреждениях г. Саратова и области за 10 лет.

По данным Саратовской областной станции переливания крови, с 1954 по 1963 г. включительно в Саратове и области произведено 160 145 переливаний крови. При этом у пяти женщин и одного мужчины наблюдался резус-конфликт вследствие того, что Rh (—) больным была перелита Rh (+) кровь. До гемотрансфузии резус-фактор у них не определялся, проба на резус-совместимость не ставилась или производилась неправильно. У 2 больных переливание крови осуществлялось по жизненным показаниям.

Нужно иметь в виду, что у женщин сенсibilизация к резус-фактору может возникнуть в результате беременности. Так, у одной из наших больных в анамнезе имелась повторная мертворождаемость, у остальных 4 определенных указаний на резус-несовместимость плода и матери не выявлено.

При анализе причин сенсibilизации к резус-фактору выяснено, что у всех вышеуказанных 6 Rh (—) больных она была вызвана предшествующими гемотрансфузиями Rh (+) крови, которые производились с интервалами от нескольких дней до нескольких лет. Причем перед последней гемотрансфузией, в результате которой развился резус-конфликт, недостаточно был изучен анамнез. Следовательно, врач не имеет права производить переливание крови, не выяснив предварительно, производились ли ранее переливания крови и как они переносились больным. Необходимо изучить акушерский анамнез (преждевременные роды, мертворождаемость, гемолитическая желтуха новорожденных и т. п.). Благодаря тщательному анамнезу выясняется, могли ли произойти сенсibilизация больного к резус-фактору, и предотвращается опасность резус-несовместимости. В этом отношении показательно одно наше наблюдение.

Ч., 49 лет, находился на лечении в клинике по поводу хронического легочного нагноения. В целях подготовки к операции предполагалось произвести гемотрансфузию. Больной был взят в перевязочную, где все было приготовлено для переливания крови. В дополнительной беседе было выяснено, что больному на протяжении последних 2 лет трижды переливали кровь. Первую трансфузию он перенес хорошо. Вторая сопровождалась умеренной реакцией. После третьей гемотрансфузии у больного появились судороги, тахикардия, высокая температура, ознобы, олигурия, гематурия. В результате консервативного лечения состояние больного улучшилось. В связи с такими анамнестическими данными переливание крови было отложено. Определен резус-фактор. Больной оказался резус-отрицательным. После этого до операции ему трижды переливали Rh (—) кровь по 250 мл. Затем он перенес правостороннюю пневмонэктомию. Во время операции перелито 1500 мл Rh (—) крови. Все эти гемо-

трансфузии не сопровождались какой-либо реакцией. Следует думать, что раньше больному переливали Rh (+) кровь.

Некоторые врачи считают, что при первой гемотрансфузии мужчинам можно переливать любую кровь — и Rh (+), и Rh (—), так как резус-несовместимость у них не разовьется ввиду отсутствия антител. Мы не можем согласиться с их мнением, ибо таким образом осуществляется как бы сознательная сенсibilизация: у больного с Rh (—) кровью могут выработаться антитела, и очередная гемотрансфузия, особенно производимая в экстренном порядке, может дать тяжелые осложнения.

Если гемотрансфузия производится по жизненным показаниям, когда нет времени выяснять анамнестические данные и производить пробу на резус-совместимость, нужно начинать переливание Rh (—) крови, а за это время ставить пробу на резус-совместимость с последующими порциями переливаемой крови. Чтобы это было возможно, в отделениях всегда должна быть в наличии Rh (—) кровь. При переливании крови (в плановом порядке) целесообразно определять резус-принадлежность больных и строго соблюдать методику пробы на резус-совместимость. К моменту операции больных с Rh (—) кровью должно быть в запасе нужное количество Rh (—) крови.

М. И. Дудник указывает, что при резус-несовместимости реакция начинается через 30–40 мин. после гемотрансфузии. В наших наблюдениях она возникла и позже.

У всех шести Rh (—) реципиентов после переливания Rh (+) одноклассной крови развились средней и тяжелой степени пострасфузионные реакции, а у некоторых из них — гемотрансфузионный шок и острая почечная недостаточность. 3 больных выздоровели, а 3 умерли. Такая высокая летальность должна служить грозным предостережением и заострять наше внимание на необходимости строжайшего соблюдения всех правил переливания крови.

После гемотрансфузии и выявления резус-несовместимости реципиенты обследовались на наличие Rh-антител. При этом у 5 из 6 реципиентов были обнаружены Rh-антитела с титром 1:4; 1:32; 1:1024. У одной больной резус-антитела не были обнаружены. Однако, по данным Ф. Р. Виноград-Финкель и С. Б. Скопиной, отсутствие иммунных тел не исключает сенсibilизации реципиента. Следовательно, иммунизация к резус-фактору может иногда проявляться только клинически, без наличия в крови антител. Очень важно своевременно диагностировать резус-конфликт и приступить к замещающему переливанию Rh (—) крови. Эффективность такой терапии иллюстрируется следующим нашим наблюдением.

К., 30 лет, 4/VI 1957 г. оперирована по поводу нарушенной правосторонней внематочной беременности. По жизненным показаниям было перелито 300 мл консервированной одноклассной 0 (I) Rh (+) крови без учета резус-фактора больной. Через 7 час. после операции в связи с тяжелым состоянием больной перелито еще 200 мл Rh (+) 0 (I) группы крови. После этого состояние больной ухудшилось: температура повысилась до 39°, появилась гемоглобинурия, олигурия, анемия, азотемия. На пятые сутки после операции установлено, что кровь больной Rh (—). Заслуживает внимания, что в 1943 г. больной неоднократно переливали кровь в связи с ампутацией левой ноги. В сыворотке больной найдены резус-антитела с титром 1:32. В связи с выявлением резус-конфликта больной трижды производили обменные переливания: с эксфузией 300 мл и трансфузией 400 мл одноклассной Rh (—) крови. Кроме того, вводили обильное количество жидкости, делали паранефральную новокаиновую блокаду, диатермию поясничной области и т. д. Общее состояние больной улучшилось. Исчезли асцит и пастозность. Функция почек стала нормальной. Больная выписана 6/VII 1957 г. в удовлетворительном состоянии.

К сожалению, не всегда удается ликвидировать последствия резус-конфликта. Возможно, это связано с особой чувствительностью некоторых реципиентов к Rh-фактору вследствие высокого титра антител и общего состояния организма больного в момент резус-конфликта.

Одна из наших Rh (—) больных погибла после трансфузии Rh (+) крови, несмотря на все предпринятые меры. Вторая из умерших после резус-конфликта была очень ослаблена интоксикацией в связи с раковым поражением желудка. У третьей был высокий титр антирезус-тел (1:1024).

При лечении больных с гемотрансфузионными осложнениями, связанными с резус-конфликтом, необходимо шире применять обильное кровопускание с последующим введением резус-совместимой крови. Там, где это возможно, нужно прибегать к использованию аппарата искусственной почки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беккер С. М., Полякова Г. П. Сов. мед., 1959, 5. — 2. Виноград-Финкель Ф. Р. и Скопина С. Б. Хирургия, 1951, 5; Совр. пробл. гем. и пер. крови, 1953, 28. — 3. Дудник М. И. Врач. дело, 1956, 8. — 4. Соловьева Т. Г. Резус-фактор в лабораторной и клинической практике. Медгиз, М., 1957. — 5. Филатов А. Н. Хирургия, 1955, 3.