

Ф. А. ВАРШАВСКИЙ и Л. И. ЛЕВИТАС

Лечение некоторых воспалительных заболеваний женской половой сферы вливанием иногруппной крови

Из госпитальн. акуш.-гинеколог. клиники Х. М. И. (дир. проф. К. А. Козинский) и Укр. и-та неотл. хирургии и перелив. крови (дир. доц. А. И. Слободской)

Наблюдения над лечением язвы желудка и 12-перстной кишки вливанием иногруппной несовместимой крови привели к чрезвычайно ободорящим результатам, показав в 79% случаев этого заболевания полное выздоровление (Арутюнян).

Однако, характер стимулирующего воздействия несовместимой крови на столь сложное в этиологическом и патогенетическом отношении страдание, как язва желудка и 12-перстной кишки, остается еще неясным. У авторов, применявших несовместимую кровь для лечения язв желудка, отсутствуют сведения об отдаленных наблюдениях над больными, что заставляет относиться с некоторой осторожностью к высоким показателям выздоровления, приводимых этими авторами. Необходимо при этом также учесть, что больные, страдающие язвой желудка, иногда ощущают значительное облегчение после, даже непродолжительного, пребывания в клинике, с целью обследования, в результате покоя и диетического лечения.

Более убедительными должны казаться результаты лечения несовместимой кровью больных с затяжными воспалительными процессами и остаточными явлениями, хотя процент выздоровления после лечения этой группы больных ниже, чем у больных с язвой желудка. По данным некоторых авторов этот процент колеблется в пределах 26—53% (Багдасаров, Арутюнян). Но в отношении и этой группы заболеваний механизм действия перелитой иногруппной несовместимой крови остается еще мало изученным и недостаточно ясным.

Несомненно, что действие иногруппной несовместимой крови связано с разрушением эритроцитов, происходящим в результате агглютинации и гемолиза. Определение гемолизометром процента гемоглобина в плазме крови реципиента после вливания несовместимой крови показало, что гемолизу подвергаются не только эритроциты перелитой крови, но и эритроциты реципиента (Арутюнян). Стимулирующее действие иногруппной несовместимой крови становится понятным в свете теории о „коллоидоклазии“. Взаимодействие несовместимых белков крови донора и реципиента приводит к разрушению наиболее старых белковых частиц, освобождая этим самым ретикуло-эндотелиальный аппарат больного от блокады его этими белковыми элементами. Клинически проявление несовместимости белков донора и реципиента выражается наступлением реакции, которая после вливания несовместимой иногруппной крови отличается особенно бурным течением. Учитывая все это, нужно считать,

что лечение переливанием иногруппной несовместимой крови является одним из наиболее мощных видов протеиновой терапии.

Суммируя данные ряда авторов о результатах лечения иногруппной несовместимой кровью, необходимо признать эти результаты чрезвычайно хорошими. По нашему подсчету сводные данные русской литературы по лечению иногруппной несовместимой кровью охватывают 413 больных, подвергшихся 1637 вливаниям несовместимой крови. В 51% всех этих случаев было достигнуто полное выздоровление, и в 42% — улучшение.

Из 413 больных, леченных иногруппной несовместимой кровью, с гинекологическими заболеваниями было сравнительно немного — 78 чел. Вместе с тем большинство из них особенно часто страдало хроническими воспалительными заболеваниями. При этих заболеваниях вливание иногруппной несовместимой крови дает хороший эффект (Соколов, Зеликман). Эти данные побудили нас проверить на клиническом материале результаты лечения вливанием иногруппной несовместимой крови некоторых воспалительных заболеваний женских внутренних половых органов. Произведенные нами наблюдения охватывают сравнительно небольшое количество вливаний (94) несовместимой крови, произведенных 21 больному. Однако, и это ограниченное число наблюдений позволило нам притти к некоторым выводам в вопросе о результатах и целесообразности лечения этим методом хронических воспалительных заболеваний женской половой сферы.

По характеру течения болезни наших больных можно разделить на две категории: 1) больные с длительным хроническим течением воспалительного процесса (до 10 лет), которые до лечения иногруппной кровью подвергались безрезультатно лечению другими консервативными методами и 2) больные с продолжительностью заболевания от 1,5 до 6 мес., ранее не лечившиеся. По роду заболевания больные распределяются так: 1) с хроническим воспалением придатков — 5, 2) с гнойным воспалением труб — 6, 3) с воспалением придатков и одновременным перитонитом и параметритом — 5, 4) с воспалительными инфильтратами — 5 чел.

По групповому признаку крови больные распределяются так: группа О (I) — 8 больн., группа А (II) — 11 б-ных, группа В (III) — 2 больных.

Как правило, больным группы О вливалась кровь гр. А; таких вливаний было сделано 28. Только в 6 случаях больным гр. О была влита кровь гр. В. В 50 случаях вливалась кровь гр. В больным гр. А и в 10 случаях больным гр. В вливалась кровь гр. А.

Курс лечения, обычно, состоял из пяти внутривенных вливаний, производимых с промежутками от 2 до 4 дней (в зависимости от силы реакции). Таким образом средняя продолжительность лечения составляла 10 — 20 дней. Первое вливание производилось в количестве 5 — 7 куб. см иногруппной крови. В дальнейшем дозы постепенно повышались — 7, 12, 17, 20, 23 куб. см. Только в двух случаях, когда реакция после вливаний была выражена очень слабо, мы позволили себе ввести дозу иногруппной крови в 30 куб. см. Интересно отметить, что и после вливаний этих доз несовместимой крови мы не наблюдали сильной реакции. Мы в этих двух случаях тщательно проверили путем последующей перекрестной пробы несовместимость крови донора и реципиента. Проверка подтвердила установленную до начала лечения несовместимость крови больного и донора.

Учитывая тяжесть реакции после вливания несовместимой крови и связанную с ней опасность наступления гемолитического шока, мы в основном старались ограничиваться лечением малыми дозами несовместимой крови. Из 94 вливаний 60 раз вливались дозы индигруппной крови до 15 куб. см, 25 раз до 20 куб. см, 7 раз до 23 куб. см и 2 раза — 30 куб. см.

Чрезвычайно важным обстоятельством, по нашему мнению, в оценке метода лечения индигруппной несовместимой кровью является реакция, наступающая после вливания этой крови. В 4 случаях после вливания небольших доз крови в 12, 15 и 17 куб. см, в первые же минуты после вливания, а иногда даже в момент окончания вливания наступали явления, характерные для начала т. н. гемолитического шока. Покраснение лица, а иногда даже и других частей тела быстро сменялось резким цианозом. При этом наблюдались явления удушья и ощущение стеснения в груди. Зрачки расширялись, пульс и кровяное давление падали; появлялись чрезвычайно сильные боли в пояснице, заставлявшие больных громко кричать. В одном случае явления затруднения дыхания были настолько сильно выражены, что пришлось прибегнуть к подушке с углекислотой.

Перечисленные тревожные симптомы как правило исчезали в течение первых 15—20 мин., сменяясь явлениями обычной так. назыв. „неспецифической протеиновой“ реакции. Появлялись озноб с повышением температуры до 39° и выше, головные боли, головокружение, тошнота, в редких случаях рвота. Два раза наблюдалась крапивница, сопровождавшаяся зудом. Ярко выраженная общая реакция сопровождалась обычно резко выраженной местной реакцией—боли внизу живота. Быстрая смена тревожных симптомов, характеризующих начальную стадию гемолитического шока, явлениями, характерными для протеиновой реакции, указывает, что и те и другие симптомы являются, очевидно, проявлениями различных фаз одной и той же реакции, типа „коллоидокластического шока“.

Реакции после вливания несовместимой крови можно разделить на три категории: 1) „тревожная реакция“ с проявлениями некоторых симптомов начальной стадии т. н. гемолитического шока; 2) сильная реакция, сопровождающаяся ознобом и повышением температуры от 38 до 39,8, а также и другими общими и местными проявлениями протеиновой реакции; 3) реакция средней и слабой степени с повышением температуры до 38° и слабо выраженными общими и местными явлениями.

Реакция после вливания индигруппной крови.

Степень реакции	Общее число случ.	%/о	Примечание
„Тревожная“	2	2,5	Реакции средней и слабой степени наступали, обычно, после вливаний первоначальных доз (5—7 куб. см.). Только в 4 случаях отмечалась слабая реакция и после вливания максимальных доз (23—30 куб. см.).
Сильная	37	39,0	
Средняя и слабая	55	58,5	

Мы ни разу не наблюдали сублетальной реакции, на которую указывает Арутюнян в своей работе. Мы пытались избежать и „тре-

возможной" реакции, тщательно соблюдая ряд мер предосторожности: кровь вводилась обязательно подогретой до температуры тела; вливание производилось очень медленно; доза крови с каждым разом повышалась осторожно с учетом степени реакции после предыдущего вливания. Эти меры предосторожности снижали число сильных реакций, но не избавили от „тревожной" реакции. „Тревожная" реакция является несомненно одной из сугубо отрицательных сторон метода вливания иногруппной крови. Она не только тягостно переносится больным, но заставляет переживать неприятные минуты и лечащего врача. Необходимо отметить, что при вливании несовместимой крови гр. В больным гр. О сильная реакция наблюдалась чаще, чем после вливания гр. А.

Хотя литературные данные указывают, что срок консервации иногруппной крови влияет на силу реакции после вливания этой крови, причем между силой этой реакции и сроком консервации иногруппной крови существует прямая зависимость, нам не удалось подтвердить этих положений. Мы пользовались кровью самого различного срока консервации, но установить прямую зависимость между сроком консервации и силой реакции мы не могли.

Оценивая наши наблюдения с точки зрения клинического эффекта после лечения, необходимо с самого начала оговориться, что мы не можем присоединиться к мнению тех авторов, которые видели от лечения иногруппной кровью заболеваний женских половых органов блестящие результаты (полное выздоровление в 50% случаев—Зеликман, Соколов). Мы могли констатировать полное выздоровление после лечения иногруппной кровью только у двух из 21 наблюдаемых нами больных, что составляет 9%. Для иллюстрации успеха, полученного нами у этих двух больных после лечения вливанием иногруппной крови, приводим краткие выдержки из их истории болезни.

Больная С., 18 л. (история болезни № 10406/1019), поступила в клинику 23/XI 36 г. по поводу периметрического эксудата и опухолей обоих придатков, достигавших размера кулака взрослого человека. Больна более 5 мес. Жалобы на сильные боли внизу живота. Полигиперменоррея. В клинике подвергалась в течение 2 мес. безрезультатному лечению инъекциями ихтиола, вакцинацией, аутогемотерапией, после чего предпринято лечение вливанием иногруппной крови. Больная получила 5 вливаний иногруппной крови дозами от 7 до 25 куб. см. Реакция после вливаний резко выражена. Больная наблюдалась после окончания лечения в течение 3 мес.: опухоли и эксудат совершенно исчезли; субъективно больная чувствует себя здоровой.

Больная К., 28 л. (ист. бол. № 78/13), больна 10 л. Жалобы на постоянные боли внизу живота и в пояснице. Объективно: увеличенная и болезненная матка; слева от нее увеличенные до размеров мандарина придатки; справа — значительных размеров перипараметрит. Безрезультатно лечилась обычными консервативными методами. В клинике больной проведен курс лечения вливаниями иногруппной крови 6-ю дозами в количестве от 5 до 17 куб. см. Реакция после вливаний резко положительная. Срок наблюдения над больной после выписки из клиники 2 мес. Субъективно — больная чувствует себя совершенно здоровой. Объективно: полное исчезновение опухолей правого придатка и перипараметрита, матка нормальной величины и безболезненна.

Из остальных 19 больных, которым применялось лечение вливанием иногруппной кровью, 5 больных выписались из клиники со значительным улучшением, выразившимся в полном исчезновении субъективных жалоб и при бимануальном исследовании значительным уменьшением воспалительных придатков.

У 9 больных после лечения отмечалось исчезновение субъективных жалоб, но объективно определяется лишь незначительное улучшение.

Результаты от лечения иногруппной кровью этой категории больных могут быть оценены только, как удовлетворительные. У 3 больных субъективные жалобы после лечения исчезли, но отметить улучшение объективных признаков не удалось. Две больные, страдающие параметритом, не закончили еще лечения и находятся под наблюдением.

Лабораторный контроль над больными, подвергавшимися лечению иногруппной кровью; осуществлялся в виде РОЭ, анализа крови по Шиллингу, измерения кровяного давления и анализа мочи. Все перечисленные реакции проводились до, во время и к концу лечения. РОЭ не давала каких-либо существенных изменений, так как большинство больных страдало хроническими воспалительными процессами с медленной РОЭ. Что касается картины крови, то во всех случаях лечения иногруппной кровью можно было отметить повышение процента гемоглобина (в среднем на 8—9%), увеличение числа эритроцитов на 500—800 тыс. Имевшийся до лечения повышенный лейкоцитоз обычно уменьшался на 3—7 тыс.

Необходимо отметить, что в 5 случаях применялось вливание несовместимой крови больным, у которых имелись воспалительные изменения со стороны почек, выражавшиеся в легкой альбуминурии, повышении удельного веса мочи и наличии в ней эпителия почек, цилиндров и т. д. Однако у этих больных мы ни разу не отмечали, в связи с лечением иногруппной кровью, ухудшения явлений со стороны почек.

Выводы

1. Иногруппная несовместимая кровь дает при лечении хронических воспалительных заболеваний внутренних женских половых органов удовлетворительные результаты.

2. Применение этого метода при лечении этих заболеваний дает выздоровление в 90% случаев и значительное улучшение в 25% случаев.

3. Вместе с тем вливание иногруппной несовместимой крови не может быть рекомендовано для широкого применения, так как метод не является достаточно безопасным.

4. Метод вливания иногруппной крови для лечения хронических заболеваний женской половой сферы рекомендуется применять только в тех случаях, когда другие методы лечения оказываются бессильными.

5. Максимальная доза несовместимой иногруппной крови не должна превышать 17—23 куб. см.

Поступила 16.VI. 1939.