

15/VIII произведено выскабливание полости матки и перелито 200 мл 0 (I) группы резус-положительной консервированной крови с биологической пробой. Группа крови у больной — А (II). Во время переливания больная почувствовала жар, слабость и легкую боль в пояснице. Через 40 мин после переливания появилось затрудненное дыхание, боли в груди, тошнота, неукротимая рвота, головокружение, цианоз губ, резкая желтушность кожных покровов и склер. Пульс слабого наполнения, АД — 45/0; олигурия — моча цвета темного пива, в последующем — анурия. Нб — 50%, Л. — 3800, РОЭ — 25 мм/час.

Ввиду тяжелого состояния больной и затруднения в диагностике экстренно вызван через санавиацию консультант-гинеколог, который диагностировал (предположительно) гемолитический шок вследствие переливания резус-несовместимой крови.

При невозможности оказания эффективной помощи и проведения серологических и прочих исследований в условиях района больная через 40 мин 15/VIII доставлена в терапевтическое отделение Республиканской клинической больницы.

Сознание сохранено, состояние крайне тяжелое, резкая адинамия, кожные покровы и склеры глаз иктеричны. Пульс не прощупывается, АД не определяется, границы сердца расширены влево, тоны очень глухие, 120 ударов в 1 мин. В легких жесткое дыхание. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, пальпируется острый край печени. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого положительный, мочи нет. Введены адреналин, кофеин, строфантин, глюкоза внутривенно, подкожно физраствор с глюкозой, витамины В<sub>1</sub>, В<sub>12</sub>, РР.

Через 4 часа начал прощупываться пульс, АД — 80/45.

16/VIII рвота, головная боль, жажда, анурия продолжают.

Нб — 8,3% (50%): Э. — 2 720 000, ц. п. — 0,9; Л. — 34 400; РОЭ — 58 мм/час, ю. — 2,5%, п. — 28%, с. — 62,5%, л. — 5%, м. — 2%.

Назначен кортизон по 25 мг 4 раза в день, продолжено лечение раствором глюкозы, обильное питье, диета без мяса.

17/VIII рвота прекратилась, появилась моча (черного цвета), уд. вес. — 1009, белка нет, желчные пигменты отсутствуют, солевые и гиалиновые цилиндры.

20/VIII состояние больной удовлетворительное. Кортизон по 25 мг 2 раза в день. 23/VIII у больной установлен эндометрит. Кортизон отменен, назначены пенициллин и биомидин.

4/IX-58 г. больная выписана.

Спустя полтора года состояние больной удовлетворительное. Проведены определение резус-принадлежности крови и проба на наличие специфических антител. Кровь больной резус-отрицательная с титром специфических антител более чем 1 : 256. Видимо, в данном случае была сенсибилизация резус-отрицательной женщины резус-положительным плодом, что и обусловило при переливании резус-положительной крови появление гемолитического шока.

Приведенный нами случай заставляет еще раз обратить внимание на: 1) необходимость определения резус-принадлежности крови женщин перед гемотрансфузией, 2) выявление у резус-отрицательных женщин признаков резус-несовместимости по акушерскому анамнезу. При невозможности определения резус-принадлежности следует попытаться выявить признаки несовместимости по акушерскому анамнезу и при их наличии переливать резус-отрицательную кровь, а при отсутствии — воздержаться от переливания крови, если нет жизненных показаний.

Заслуживает большого внимания также факт эффективной терапии кортизоном посттрансфузионных осложнений подобного типа.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гуляев А. В. Совр. пробл. гематол. и перелив. крови, 1952, 52. — 2. Кривоупск Л. Н. Акуш. и гинек., 1953, 5. — 3. Соловьева Т. Г. и Рабинович С. И. Клин. мед., 1952, 8. — 4. Струков В. А. Сов. мед., 1956, 5. — 5. Троицкий А. А. Вест. хир., 1956, 5.

Поступила 24 февраля 1960 г.

## ДВУХЭТАПНЫЙ МЕТОД ЗАГОТОВКИ И ПЕРЕЛИВАНИЯ КОНСЕРВИРОВАННОЙ КРОВИ В УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ<sup>1</sup>

Л. Х. Мавзютов

(Аксубаево, ТАССР)

В 1957 г. в районной больнице впервые применено переливание крови, которая заготавливается по «двухэтапному» методу.

Метод рекомендован Республиканской станцией переливания крови (Казань) в

<sup>1</sup> Доложено на районной врачебной конференции в марте 1960 года и на научной конференции Казанского мединститута, посвященной 40-летию ТАССР 8 мая 1960 г.

соответствии с инструкцией МЗ СССР от 1957 г. Метод «двухэтапной» заготовки крови состоит в том, что приготовление крови территориально и во времени расчленено на 2 этапа.

Первый этап — заготовка стерильных ампул (флаконов) со стерильными консервирующими растворами. Осуществляется в крупных центрах по заготовке крови — станциях и институтах переливания крови.

Второй этап — взятие и консервирование крови в условиях небольших отделений переливания крови и, как показывает наш скромный опыт, даже в условиях сельских районных и участковых больниц.

В 1957 г. было произведено три взятия крови по «двухэтапному» методу.

В дальнейшем для бесперебойного обеспечения потребности больницы в консервированной крови организованы резервные доноры в количестве 125 человек, они распределены по групповой принадлежности крови. Произведено амбулаторное обследование всех резервных доноров врачами основных специальностей, произведены лабораторные клинические анализы, рентгеноскопия органов грудной клетки. Серологические реакции производились в лабораториях Чистополя и Казани.

Резервные доноры по надобности становятся активными. Активных доноров насчитывается 47 человек. Некоторые из них сдают кровь по 3 раза в год. Для экстренного взятия и переливания свежесцитратной крови создана группа «дежурных» доноров из числа медицинских работников райбольницы, имеющих в основном (I) 0 группу крови. Перед каждым новым взятием крови доноры обследуются вновь. На всех резервных доноров заведены учетные карточки (учетная форма № 238), на активных доноров заведены индивидуальные карты донора (учетная форма № 200).

Взятие крови регистрируется в специальном операционном журнале, переливание — в журнале переливания крови. Тотчас после взятия крови на флакон приклеивается этикетка с указанием консерванта, срока годности, группы крови, фамилии, имени, отчества донора, количества взятой крови, даты взятия, фамилии врача, бравшего кровь. В качестве консервантов употреблялись растворы «ЦОЛИПК 7-«б» и «Л-12».

Взятая кровь переливается тотчас после взятия или в течение ближайших 4—5 часов. При возникшей необходимости кровь хранится не более 30—48 часов в изо-термическом ящике с температурой  $+4 \pm 8^\circ \text{C}$ .

Всего за 1958—59 гг. перелито 23,4 л крови, в том числе 13,9 л крови, заготовленной по «двухэтапному» методу.

По годам: в 1957 г. — 0,6 л, в 1958 г. — 2,9 л крови, в 1959 г. — 9,5 л и в 1960 г. (3 месяца) 0,8 л крови, заготовленных в больнице. Переливалась в основном одногруппная кровь; только в шести случаях по экстренным показаниям была перелита (I) 0 группа крови без определения группы крови реципиента. Группа крови донора и больного определяется дважды — при взятии крови у донора и при поступлении больного в больницу, а также непосредственно перед переливанием крови разными сериями изогемоагглютинирующих сывороток. Производится проба на индивидуальную совместимость на «водяной бане» в чашке Петри. При переливании обязательно проводится биологическая проба.

Кровь переливалась 59 больным, в том числе в хирургическом отделении 25, в родильном и гинекологическом отделениях — 30, в прочих отделениях — четырем.

Кровь переливалась по одному разу в 44 случаях, по два раза — в 12, по 3 раза — в двух и 5 раз — в одном случае (в том числе один раз внутривенно). Обычно вводилось по 200—300 мл крови. Максимальное количество введенной одному больному крови, приготовленной по «двухэтапному» методу, составляет 1840 мл.

В 55 случаях после переливания крови реакции не было, в трех была слабая реакция и в одном — сильная, выразившаяся в резком ознобе, сменившемся чувством жара и повышением температуры, падением АД, тахикардией, холодным потом. Реакция была ответом на введение крови с избытком цитрата, так как, вместо 200 мл крови, удалось взять у донора только 80 мл.

Переливание крови во всех случаях имело хорошие результаты, являясь высокоэффективным средством в борьбе за сохранение жизни больных, оказавшись безуспешным только в одном случае.

Методике заготовки и переливания крови по «двухэтапному» методу обучено 5 врачей районной больницы (из 10 врачей) и врач-хирург участковой больницы с. Кривозерки. Последний в 1958—59 гг. (до сентября 1959 г.) заготовил и перелил 4,5 л крови 18 больным.

Метод особенно ценен в условиях небольших больниц, родильных домов, где трудно организовать длительное хранение консервированной крови и куда трудно бывает доставить кровь, особенно в некоторые периоды времени. Метод прост, надежен, быстрый, не требует сложной аппаратуры и позволяет обеспечить больницы консервированной кровью в необходимых количествах.

Мы рекомендуем его к широкому применению в показанных случаях.

Поступила 8 июня 1960 г.

# К КАЗУИСТИКЕ ГИДРОНЕФРОЗОВ, СИМУЛИРУЮЩИХ КАРТИНУ «ОСТРОГО ЖИВОТА»

Канд. мед. наук А. А. Айдаров

Хирургическое отделение (нач. — А. А. Айдаров) железнодорожной больницы  
ст. Агрыз, Казанской жел. дороги (нач. — Р. А. Мухаметова)

Описанные в литературе гидронефроз больших размеров иногда могут симулировать картину «острого живота». Г. И. Лукашин (1937) приводит два таких наблюдения. Правильный диагноз был установлен только во время операции. В. С. Гагариновым (1959) описан больной, которому трижды производилась операция. На первой операции по поводу предполагаемой непроходимости кишечника патологических изменений в брюшной полости не обнаружено. Через 9 дней, ввиду ухудшения состояния, больной повторно оперирован транслумбально, установлен разрыв гидронефротической почки. В третий раз — спустя 25 дней после второй операции — произведена нефрэктомия.

Приводим наше наблюдение.

Б-ной М. Ю., 16 лет, доставлен в тяжелом состоянии с диагнозом «острый живот». Заболел внезапно, после небольшого физического напряжения — случайно оступись ногой, почувствовал острые коликообразные боли в левой половине живота, сопровождавшиеся рвотой, задержкой стула и газов. Температура — 37,6°.

Телосложение правильное, физическое развитие соответствует возрасту, упитанность средняя. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски.

Органы дыхания и кровообращения без отклонений от нормы. Пульс — 60, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот асимметричен — левая половина его несколько выпячивается в верхнем отделе, в акте дыхания не участвует. При пальпации отмечается напряжение мышц брюшной стенки, особенно слева. Симптом Щеткина — Блюмберга резко положительный. Симптом Пастернацкого положительный слева. При пальпации определяется плотное, болезненное образование, занимающее левое подреберье и спускающееся по подвздошной области, без четких контуров. Печень не увеличена, безболезненна. Пальпировать селезенку и почки, из-за резкого напряжения мышц брюшной стенки, не удается.

Девять месяцев тому назад перенес закрытую травму поясничной области — упал с забора. После травмы в течение нескольких дней моча была с примесью крови, затем гематурия прекратилась, продолжал обычный образ жизни и считал себя практически здоровым.

Нб — 12,5 г%, РОЭ — 4 мм/час, Э. — 4 630 000, Л. — 9450; п. — 6%, с. — 67%; э. — 3%, л. — 24%.

Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная, реакция кислая, уд. вес — 1024, белок — 0,033%, лейкоциты — 8—10 в поле зрения.

Произведена хромоцистоскопия. Выпущенная моча прозрачная, 300 мл. Слизистая оболочка не изменена. Устья расположены на обычном месте, симметрично, шелевидной формы. Индигокармин, введенный в вену, появился из правого устья на 8 мин интенсивно окрашенной струей, из левого устья в течение 14 мин выделения не было.

Несмотря на отсутствие функции левой почки и в прошлом травму поясничной области, мы все же были склонны думать о кишечной непроходимости.

Экстренная верхняя лапаротомия под ингаляционным эфирно-кислородным наркозом. При ревизии органов брюшной полости патологических изменений не обнаружено. В забрюшинном пространстве слева определяется образование, занимающее все левое подреберье и спускающееся до подвздошной области, эластической консистенции, с четкими контурами. После рассечения области задней пристеночной брюшины установлена гидронефротически измененная левая почка, представляющая собой тонкостенный дряблый мешок. Произведена нефрэктомия.

Послеоперационное течение протекало гладко. На 12-й день после операции выписан.

Макропрепарат: почка представляет собой тонкостенный мешок, лишенный почечной паренхимы, с множественными камерами; размеры гидронефротически измененной почки 23 × 15,5 × 10 см, вес 3220,0, содержимое — мутноватая жидкость.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гагаринов В. С. Урол., 1959, 1. — 2. Лукашин Г. И. Тр. Куйбышевского мед. ин-та, 1937, сб. IV.

Поступила 2 ноября 1960 г.