

и Розенблат, „Вопросы ревматизма“, сб. Свердловского физиотерап. ин-та.— 8. Моисеев и Крекшин, Клинич. мед., № 3, 1935.—9. Рабинович и Муратова, Сов. педиатрия, № 8, 1935.—10. Богданов и Богодаров, Клинич. мед., № 12, 1935.—11. Шейнберг и Немченко, Сов. педиатрия, № 7, 1937.

Из детской клиники Казанского государственного ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина (завед. заслуженный деятель науки проф. Е. М. Лепский).

Переливание крови в клинике детских болезней.

Ф. Х. Басыр.

Переливание крови взрослым применяется широко, и в советской медицинской литературе имеется очень много данных, всесторонне освещающих этот вопрос. В деле же переливания крови детям мы еще до сих пор, к сожалению, отстаем. Между тем для ребенка, в особенности для ребенка раннего возраста, переливание крови взрослого человека является могущественным лечебным средством. Кровь взрослого дает ребенку не только недостающие ему эритроциты, но и иммунные тела, которыми взрослый в большинстве случаев богаче, чем ребенок. Поэтому каждое переливание крови взрослого ребенку можно рассматривать как своего рода иммунотрансфузию.

Технические трудности, возникающие при переливании крови детям грудного или раннего возраста, правда, больше, чем при переливании взрослым. Но они преодолимы без особого труда после некоторого опыта.

В Советском Союзе переливание крови получило распространение после Октябрьской революции.

Владос и Швагер начали производить детям переливание крови, а в дальнейшем переливал кровь детям Брускин. В 1925 году Меньшиков произвел переливание крови интраперитонеально 15 детям при анемиях, экссудативном диатезе и при других заболеваниях с хорошими результатами. Шумилин проделал 206 трансфузий детям при анемиях, сепсисе, ожогах и других заболеваниях. Райгородский и Турчина произвели 74 переливания 57 детям преимущественно при дистрофии. Владос и Кутукова переливали кровь детям при фурункулезе, незаживающих язвах, отитах, анемиях и других заболеваниях. Молдавский и Гальперин проделали 52 переливания крови 45 детям при атрофии, гипотрофии, интоксикации, пиелите, колите. Назаров переливал кровь 25 больным при эпидемическом агранулоцитозе, среди больных было 9 детей. Шпрингвальд-Удрис произвел 50 трансфузий крови детям при хирургических заболеваниях. Рабинович и Нечаева произвели переливание крови 12 детям, больным дизентерией. Болотная проделала 73 переливания 52 детям, больным дизентерией, колитом, интоксикацией, диспепсией, сепсисом и дистрофией. Все авторы в большинстве случаев получали хорошие результаты.

Ламборт и Связин лечили переливанием крови *maelenia neonatorum*. Петерсон снизил смертность при этом заболевании при помощи переливания крови с 50-70% до 5-10%. Исследования Генью и Сегю показали далее, что можно достичь прекрасных результатов от переливания крови у недоносков. Робертсон, ободренный хорошими результатами переливания крови взрослым при ожогах и отравлениях окисью углерода, перенес этот метод в детскую больницу; он собрал 160 случаев, и его ученики—151 случай. Они применяли переливание крови также при рожее у грудных детей, при острых кишечных интоксикациях и при скарлатине; смертность среди этих больных снизилась. Бауман переливал кровь при гипотрофии и атрофии и получал хорошие результаты. Септические заболевания в детском возрасте Мишке лечила переливанием крови. Она имела 5 случаев сепсиса у очень маленьких грудных детей. Одному из них был 1 г.

2 мес., двоим по 5 недель и двоим по одному месяцу; у всех этих больных наличие сепсиса было доказано бактериологическим путем; после переливания крови, в некоторых случаях—после повторного, все дети выздоровели.

Когда по какой-либо причине производить переливание крови внутривенно не удастся, особенно у детей грудного возраста, Сиперштейн, Сансби, Дузар и другие на основании хороших результатов своих опытов горячо рекомендуют при хронических заболеваниях производить переливание крови интраперитонеально.

Перехожу к разбору нашего материала. С апреля 1934 г. по 31 декабря 1936 года мы сделали 167 переливаний крови 88 детям в возрасте от 1½ мес. до 13 лет. Из них до 1 года мы имели—40, от 1 года до 5 лет—35 и старше 5 лет—13 детей. Только в 11 случаях мы пользовались свежеприготовленной цитратной кровью, причем донором служила мать больного. В остальных случаях мы пользовались консервированной кровью из обл. ин-та переливания крови в Казани давностью от 2 до 15 суток, в большинстве случаев 4-5-дневной давности.

По отдельным заболеваниям наши больные распределяются следующим образом: анемия алиментарной этиологии и на почве инфекции 14 случаев, гипотрофия и атрофия—21, колит и дизентерия—14, диспепсия и пищевая интоксикация—13, других заболеваний—26 случаев.

Перед переливанием крови каждый раз определялась группа крови у ребенка и у родителей, когда они служили донором. У всех больных были определены число эритроцитов, процент гемоглобина, цветовой показатель, количество ретикулоцитов по Паппенгейму, тромбоцитов по Фонио, продолжительность кровотечения по Дюке, время свертывания крови по Бюркеру и количество лейкоцитов. Определялся вес больного. Делалось обычное исследование мочи. Все вышеупомянутые исследования повторялись после переливания крови. Состав крови проверялся почти у каждого больного по несколько раз после переливания через 1-2-3 дня и т. д. Число и характер пульса исследовались через 1 и 2 часа и на другой день. В случае учащения дыхания измерялась температура через каждые 2 часа. Моча исследовалась в течение 4-5 дней ежедневно. В каждом случае записывалось, от какого донора получена кровь для переливания.

Всем больным мы переливали кровь не прямым методом. Детям старшего возраста мы всегда производили переливание крови в локтевую вену путем венепункции. Грудным детям мы нашли более удобным производить переливание крови в височную вену, что было нами сделано в 77 случаях. В тех случаях, когда по какой-либо причине не удавалось произвести переливание крови ни в локтевую ни в височную вену, мы производили переливание в яремную вену (в 6 случаях). В тех случаях, когда ни в какую вену не удавалось произвести переливание, мы переливали кровь интраперитонеально (всего 39 раз).

Субституирующее действие перелитой крови видно из того, что вскоре после переливания крови увеличивается число эритроцитов и повышается процент гемоглобина. Мы проверили изменения красной крови путем повторных исследований у 55,

больных. В среднем через 7 дней после переливания крови число эритроцитов увеличивалось на 900000 и гемоглобин повышался на 14%. В некоторых случаях такое изменение картины красной крови оставалось стабильным до выписки больных из клиники. Во многих случаях через 10-20 дней после однократного или повторных переливаний крови число эритроцитов и процент гемоглобина продолжали прогрессивно повышаться.

Стимулирующее действие перелитой крови сказывается в увеличении количества ретикулоцитов в периферической крови. В 51 случае нам удалось путем повторных исследований обнаружить увеличение числа ретикулоцитов в несколько раз. В наших случаях до переливания крови число ретикулоцитов равнялось в среднем 16 на 1000, а через 12 дней после переливания крови их было 46 на 1000 эритроцитов.

Бабенко наблюдал после переливания крови увеличение числа ретикулоцитов у дистрофиков с колитом и у б-ных с цереброспинальным менингитом. У атрофиков с резкой анемией, у дистрофиков с диспепсией и у дистрофиков с интоксикацией в увеличении числа ретикулоцитов закономерности не наблюдалось. Молдавский и Гальперин наблюдали увеличение числа ретикулоцитов при анемиях, атрофии и иногда при диспепсии, а при интоксикации число ретикулоцитов, по данным этих авторов, не изменяется.

По нашим данным, увеличение числа ретикулоцитов после переливания крови наблюдается при анемии, гипотрофии, атрофии, дизентерии, колите и диспепсии.

Что касается результатов, полученных после переливания крови у наших больных, по отдельным заболеваниям, то их можно свести к следующему.

Из 14 детей, страдавших гипохромной алиментарной и инфекционной анемией, 5 получили переливание по одному разу, 6 больных по 2 раза и трое по 3 раза. Во всех случаях были хорошие результаты. Обычно состояние больных заметно улучшается на 4-5 день после переливания, в некоторых случаях улучшение наступало уже на другой день. Лицо больных розовеет, улучшается тургор кожи, появляется аппетит, они меньше капризничают, спокойно спят, начинают интересоваться окружающей средой и прибывают в весе. Очень быстро, через 4-5 дней, число эритроцитов увеличивается, повышается процент гемоглобина и увеличивается число ретикулоцитов. В среднем через 5 дней после переливания крови число эритроцитов увеличилось на 800.000, количество гемоглобина поднялось на 15% и число ретикулоцитов повысилось с 2% до 4,5%.

Больная С., 5½ месяцев (история болезни 477), поступила в клинику I. VI с указаниями на прогрессивное падение веса, отсутствие аппетита, бледность и худобу. В последние дни появилась рвота и жидкий стул 5-6 раз, ребенок стал апатичным, не интересуется окружающим и не реагирует на приветствие. Больная страдает гипохромной алиментарной анемией, гипотрофией и диспепсией, вес 3740. К 22/VI—вес 3675. За 3 недели пребывания в клинике состояние больной не улучшилось. 22.VI сделано переливание 75 см³ цитратной материнской крови. Через 2 часа после переливания—рвота, температура с 36,8° поднялась до 39°, дыхание—45 в минуту, достаточной глубины, пульс 130 в минуту, ритмичный и удовлетворительного наполнения. К вечеру сильный метеоризм. Введена в прямую кишку газоотводная трубка. Ночью газы отходили хорошо.

рвоты не было, но больная спала плохо. 23. VI утром все указанные явления прошли. Температура 36,4; рвоты и метеоризма нет; сосет грудь хорошо. Стул 2—3 раза в день, полужидкой консистенции, рвоты больше нет. Уже 26. VI вес увеличился (3750) и дальше вес все время прибывал; ко дню выписки, за 16 дней, больная прибыла на 375 г. Изменения состава крови: в день переливания 22. VI число эритроцитов 2840000, гемоглобина 49%, а через 16 дней число эритроцитов дошло до 4050000 и гемоглобина до 67%, таким образом гемоглобин абсолютно повысился на 18%, относительно—на 36,73%. Этой больной достаточно было однократного переливания крови для того, чтобы дать толчок к выздоровлению.

При хронических расстройствах питания (преимущественно гипотрофии и атрофии) сделано переливание крови 21 ребенку, из них 10 больных получило переливание крови по одному разу, 6—по 2 раза, 4—по 3 раза и один—4 раза.

Приблизительно через 6-7 дней после переливания крови состояние больных с расстройством питания резко улучшается. Улучшается тургор кожи, тонус мускулатуры, дети становятся бодрее, начинают интересоваться игрушками, на приветствие чаще отвечают улыбкой. Уже дней через 10 улучшаются статические функции. Улучшается аппетит и начинается прибавка в весе. Алиментарные отеки вскоре исчезают. Число эритроцитов и процент гемоглобина также увеличивается.

Больной П., 10 месяцев (история болезни № 387), поступил в клинику 25. IV 1935 г. с указаниями на то, что он плохо ест, апатичный, постоянно лежит и в последнее время сильно похудел. Объект. данные: вес 5800 г., кожа бледная, тургор понижен, подкожный жировой слой плохо развит. Мускулатура дряблая. Все время плачет. На приветствие не отвечает, не сидит. Подчелюстные и подмышечные железы слегка увеличены. Сердечные тоны глухие, систолический шумок на верхушке. Прощупывается плотноватой консистенции селезенка, край которой выступает по маммиллярной линии из-под реберного края на 2 см. Печень мягкая, слегка увеличена. Диагноз: гипотрофия и гипохромная анемия инфекционного происхождения (картину красной крови см. ниже). 29. IV сделано переливание 100 см³ цитратной крови. Донором служила мать. В этот день вечером температура с 36,7 поднялась до 38,7°. 30. IV состояние и настроение хорошие. Температура утром и вечером 36,7°. После переливания немного улучшился аппетит, но в весе плохо прибывает, состав крови улучшается очень медленно, больной еще слаб и не интересуется окружающим. 21. V сделано повторное переливание 65 см³ цитратной материнской крови, которое перенесено хорошо. После этого переливания больной стал лучше прибывать в весе; улучшился и состав крови (см. ниже). 26. V. больной сидит, забавляется игрушками, хорошо ест, цвет лица стал розоветь. Тургор кожи и тонус мускулатуры улучшились, заметно стало увеличение подкожного слоя. Селезенка больше не прощупывается. С 29. IV по 28. V прибыл в весе на 800 г. Состав крови изменился так: в день первого переливания крови (29. IV) число эритроцитов 2120000, гемоглобина 28%, 23. V—через 2 дня после второго переливания крови—эритроцитов 3200000, гемоглобин поднялся до 40%, т. е. абсолютно на 12%, относительно на 42,8%.

Больных колитом и дизентерией, которым сделано переливание крови, у нас было 14.; 8 из них получили переливание крови по одному разу, 4—по 2 раза, один—4 раза и один—5 раз. У девяти из них мы получили хорошие результаты. В большинстве случаев после однократного, в некоторых случаях после повторного переливания состояние больных быстро улучшалось. Через 4-5 дней после переливания крови гной и слизь в испражнениях исчезали, стул становился реже, консистенция приближалась к нормальной. Прекращались тенезмы, у двух больных, у ко-

торых колит был осложнен выпадением прямой кишки, через 10 дней после переливания крови выпадение кишки прекратилось. Имевшиеся алиментарные отеки через несколько дней исчезли. Один больной дизентерией и 4 с колитом через несколько дней после переливания крови умерли; это были очень тяжёлые больные.

Большая П., 8 лет (история болезни № 964), поступила в клинику 10.IX по поводу поноса с кровью, слизью, стул 10—15 раз в день. Болезнь тянется с последних чисел августа. В последнее время ребенок сильно похудел; с неделей тому назад появились отеки всего тела. Объект. данные. Вес 23600 г. Исхудание, кожа бледная, тургор понижен, отечность подкожной клетчатки, сильнее на нижних конечностях и в нижней части живота. Мускулатура дряблая. Шейные, подчелюстные и подмышечные лимфатические железы эластичные и слегка увеличены, язык обложен. Живот не вздут, пупок сглажен, болезненность в нижней части живота при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Со стороны легких и сердца—патологических изменений нет. Моча нормальная. Диагноз: дизентерия и кахектические отеки. Состояние ребенка в течение 18 дней мало изменилось к лучшему, только отеки опали. Больная слаба, сама поворачиваться не может, марает и мочится под себя, температура поднимается до 38°, аппетит плохой. Стул с кровью, со слизью 5—8 раз в день. Настроение угнетенное, на вопросы не отвечает.

28.IX сделано переливание 100 см³ консервированной крови. Вечером температура 37,8°. Самочувствие хорошее. Ужинала с аппетитом, ночью спала спокойно. На другой день утром температура 37°. Больная смеется, но еще очень слаба. Стул 2 раза в день, жидкий, со слизью и с кровью. 14.X сделано второе переливание 70 см³ консервированной крови. Переливание больная перенесла хорошо. После второго переливания прибывает в весе хорошо. Очень хорошо ест. 18.X сидит самостоятельно. Стул 2—3 раза в день, крови в нем нет; имеется лишь слизь в небольшом количестве. Пальпация живота безболезненна. Изменения в составе крови: в день первого переливания число эритроцитов 2300000, гемоглобина 35%, 22.X эритроцитов 3770000, гемоглобина 55%. С 17.X температура в пределах нормы. С 28.IX по 22.X больная прибыла в весе на 700 г.

С диспепсией и пищевой интоксикацией железы 13 больных. Из пяти больных с пищевой интоксикацией через несколько дней трое погибло, двое выздоровело. При диспепсии мы делали переливание только больным с резко подорванным питанием и плохим общим состоянием. Из 8 больных с диспепсией 1 умер, 7 выздоровело. Из 13 больных этой группы 9 получили переливание крови по одному разу, 3—по 2 раза и один—3 раза.

Больная Е., 9 месяцев (история болезни № 854), поступила в клинику 20.VIII по поводу поноса со слизью до 10 раз в день, плохого аппетита и повышенной температуры по вечерам.

Объект. данные: Вес 4580 г, кожа бледная, сухая, тургор понижен, мускулатура дряблая, подкожный жировой слой плохо развит. Живот вздут, пальпация безболезненна.

Мягкий край печени из-под реберной дуги выступает по маммиллярной линии на 4 см. Стул жидкий со слизью до 5—10 раз в день. Больная очень слабая, вялая; ест плохо. Кровь: эритроцитов 2090000, гемоглобина 30%. Диагноз: диспепсия, гипотрофия и гипохромная алиментарная анемия. В течение полугода месяцев в состоянии больной улучшения не наступило. Температура поднималась до 37,6°, стул до 8 раз, жидкий, со слизью. 16.X сделано переливание 80 см³ консервированной крови интраперитонеально; больная перенесла его хорошо. Никаких патологических реакций нет. Температура все время в пределах нормы. 20.X стул еще до 6 раз в день; слизи в нем стало меньше. Слабость еще держится. Аппетит стал немного лучше. Спит спокойно. 23.X сделано второй раз переливание 65 см³ консервированной крови в яремную вену. Вечером температура поднялась до 38,6°. Утром 24.X температура нормальная. Больная

хорошо поела. Настроение хорошее. 27.X сидит, играет. Стул 1—2 раза нормальной консистенции, слизи нет. 1.XI встает, держится за кроватьную стенку. С 16.X по 15.XI прибыла в весе на 700 г. Изменения в составе крови: к 31.X число эритроцитов поднялось до 4150000, гемоглобин до 63%.

Несколько слов по вопросу о переливании крови при пневмонии, которая многими авторами считается противопоказанием к переливанию крови в виду застоя в малом кругу кровообращения. Опиц, Гросс, Ксер и друг., на основании того, что после переливания крови повышается обмен веществ, организм обогащается гормонами и ферментами, производят переливание крови при пневмонии. Райгородский и его сотрудники наблюдали улучшение локальных изменений в легких, значительное улучшение тургора и нарастание весовой кривой после переливания крови при пневмонии. Опиц рекомендует производить переливание крови при пневмонии дробными дозами.

Басс и Георги после переливания крови при пневмонии наблюдали улучшение течения, исчезновение локальных явлений. Авторы думают таким путем предупредить появление вторичной анемии.

Вышегородская приводит данные о 12 детях со сливной бронхопневмонией (в 3 случаях двусторонняя, в одном случае наличие белой асфиксии). Автор отмечает заметное улучшение после переливания крови как общего состояния, так и местных явлений. Все эти больные выздоровели. Количество переливаемой крови при пневмонии этот автор дозировал осторожно, вводя по 7-10 куб. см на килограмм веса больного.

Тассовац советует в случаях неосложненной острой бронхопневмонии у детей раннего возраста не увлекаться переливанием крови, но в тяжелых случаях переливание крови советует сделать как можно раньше.

Мы имели 11 больных пневмонией, двух с крупозной пневмонией и 9 с бронхопневмонией, которым сделано переливание крови. Трое умерли, несмотря на переливание через несколько дней, остальные 9 больных выздоровели. Среди них некоторые получали переливание крови по несколько раз.

Переливание крови больные перенесли хорошо. Патологических реакций мы не наблюдали. На 2-й или на 3-й день после переливания крови больные становились живее, лучше кушали, спокойнее спали. Изменения в легких быстро проходили.

Больная И., 1 г. 5 мес. (история болезни № 800), поступила в клинику 9.IX 1936 г. по поводу жара, кашля и одышки, которые наблюдаются с 28.VIII. Стул частый, иногда с кровью. На головке и по всему телу появились, по словам матери, гнойнички.

Объект. данные. Вес 7600 г. Больная худая, подкожный жировой слой развит плохо. Лимфатические железы: шейные, подчелюстные, подмышечные увеличены до мелкой горошины и плотноватой консистенции. На головке и по всему телу рассеяны фурункулы. Дыхание учащено, 30—35 в минуту. В легких с обеих сторон выслушиваются мелкие и средние влажные хрипы. Перкуторно изменений не отмечается. Температура в пределах 38,2—38,7°. Кровь 25.X: эритроцитов—3500000, гемоглобина 40%. Дважды произведенные реакции по Пирке и по Манту дали отрицательный результат. Диагноз: двусторонняя бронхопневмония, колит и фурункулез. До 28.IX состояние больной мало изменилось к лучшему. С 9 по 27.IX убыла в весе на 1150 г. 28.IX сделано переливание

50 см³ консервированной крови в височную вену. Переливание больная перенесла очень хорошо. Через 7 дней после переливания от фурункулов остались почти только следы. Явления в легких проходят. 5.X вес 6800 г. 11.X изменения в легких прошли. В стуле крови больше нет, но стул еще жидкий с тяжелым запахом. 26.X сделано второй раз переливание 50 см³ консервированной крови в височную вену. Больная и на этот раз перенесла переливание крови очень хорошо. 31.X стул нормальной консистенции, 1—2 раза в день. Больная еще слаба. 2.XI сделано в третий раз переливание 60 см³ консервированной крови в височную вену. 17.XI в четвертый раз сделано переливание 60 см³ консервированной крови в височную вену. Вес—7500 г. 19.XI эритроцитов 4800000, гемоглобина 77⁰/₁₀.

Туберкулез считается противопоказанием к переливанию крови, в виду возможности активации процесса. Все же некоторыми авторами производилось переливание крови и туберкулезным больным.

Жмакин производил переливание консервированной крови при костном туберкулезе 36 детям, было сделано 49 переливаний крови. Автор получил довольно хорошие результаты у больных, у которых туберкулез был осложнен вторичной инфекцией. Больные прибывали в весе, у них улучшался аппетит, улучшалось настроение, у некоторых больных раны, не заживавшие в течение 5 лет, после трансфузии зажили. Некоторым туберкулезным больным переливание крови производилось перед операцией; в большинстве случаев у этих больных послеоперационный период проходил гладко и больные выздоровели.

Головкина произвела переливание крови 4 больным, которые страдали туберкулезом легких. У трех больных после переливания получился стойкий хороший результат, в одном случае—временное улучшение.

Владос и Кутукова, Райгородский и Турчина также производили переливание крови больным, страдающим туберкулезом легких, и в большинстве случаев получили хороший результат.

С другой стороны, Корхов, Тимофеев и Ланцман после переливания крови у туберкулезных больных получили плохой результат—обострение процесса в легких или временное улучшение с последующим обострением.

Мы имели 7 больных с туберкулезом легких, которым сделано переливание крови. Из них двое получили переливание по одному разу, один—2 раза, двое—по 3 раза и двое—по 4 раза.

Из 7 больных один, в возрасте 1 г. 6 мес., с милиарным туберкулезом, получил 4 раза переливание консервированной крови в височную вену. После первого переливания больной начал прибывать в весе, но в дальнейшем в весе прогрессивно убывал. Через 10 дней после 4-го переливания без улучшения, больной был взят домой, где вскоре умер.

Остальные 6 больных имели туберкулезную инфильтрацию. У всех этих больных получились вполне удовлетворительные результаты. Общее состояние улучшалось, появлялся аппетит, больные начинали после переливания прибывать в весе. Улучшалось состояние крови. Явления в легких постепенно исчезали, инфильтрация хотя медленно, но неуклонно рассасывалась. Четверо из этих больных в течение 14 месяцев, двое—в течение 2 лет находились под нашим наблюдением, все они в настоящее время здоровы.

Очевидно вопрос о том, является ли туберкулез противопоказанием к переливанию крови, должен быть пересмотрен и уточнен в зависимости от формы туберкулеза.

Среди наших больных имеются единичные случаи гнойного плеврита, малярии, пиурии и другие. Во всех случаях мы получили довольно хорошие результаты. Сделать какие-нибудь общие выводы на основании результатов переливаний крови этим больным невозможно из-за малочисленности случаев; поэтому мы на них подробно не останавливаемся.

Нас интересовал вопрос: когда побочные явления встречаются чаще: после переливания свежей цитратной или консервированной крови, при интраперитонеальном или при внутривенном переливании.

Количество побочных явлений при переливании цитратной и консервированной крови внутривенно и интраперитонеально.

Таблица 1.

Какая кровь и куда перелита	Количество случаев всего	Повышение температуры	Рвота	Метеоризм	Крапивница	Головные боли
Цитратная:						
В вену	6	5	—	—	—	—
Интраперитонеально . . .	9	6	6	7	—	—
Всего: . .	15	11	6	7	—	—
Консервированная:						
В вену	121	10	5	—	1	2
Интраперитонеально . . .	31	8	7	5	—	—
Всего: . .	152	18	12	5	1	2

Из этой таблицы видно, что побочные явления при интраперитонеальных переливаниях встречаются сравнительно чаще, чем при внутривенных. Вместе с тем видно, что после переливания свежеприготовленной цитратной крови реакции в виде повышения температуры, рвоты и метеоризма встречаются чаще, чем после переливания консервированной крови.

Мы наблюдали один случай смерти на 3-й день после третьего переливания крови.

Больная Т., 6 месяцев (история болезни № 182), поступила в клинику 9.III по поводу исхудания, начавшегося три месяца тому назад после перенесенного кровавого поноса. Объект. данные: Вес 3175 г. Кожа бледная, собирается в тонкие складки, жировой слой очень плохо развит. Не умеет еще сидеть. В легких—сухие хрипы. Глухие тоны сердца; пульс слабого наполнения. Живот запавший, печень и селезенка не увеличены. Р. Пирке и Манту отрицательны. Моча нормальная. До 17.III состояние ребенка не улучшается, аппетит у него плохой, и в весе он не прибывает. Стул 5—8 раз в день, жидкий со слизью. Кровь больной принадлежит ко II группе. Диагноз: атрофия и диспепсия. 17.III сделано переливание 40 см³ консервированной крови в височную вену. Больная переливание перенесла хорошо. Температура все время в пределах нормы. 24.III вес—3500 г. Стул еще жидкий, со слизью. Аппетит улучшается. 26.III сделано второй раз переливание 85 см³ консервированной крови одной именной группы в височную вену. Больная и на этот раз переливание перенесла хорошо. 27.III вес 3775 г. Стул 2—3 раза в день, иногда еще содержит слизь в небольшом количестве. Больная стала подвижнее; лицо ее порозовело;

она кушает хорошо. 31.III сделано в третий раз переливание 90 см³ консервированной крови от 17.III, одноименной группы. Часть этой же крови 26.III была перелита другому больному без дурных последствий. Через 20 минут после переливания больной сделалось дурно: рвота (3 раза), малый частый пульс и цианоз. В дальнейшем температура повысилась до 40°, появилось глубокое, токсическое дыхание и метеоризм. Лейкоцитов 77000 (1). Аускультаторных и перкуторных изменений в легких не было. Мочу исследовать не удалось, из-за невозможности собрать ее. Несмотря на применение сердечных (кофеин, камфора, питуитрин) и подкожного вливания глюкозы с физиологическим раствором больная через 2 суток умерла. На аутопсии было обнаружено: общая венозная гиперемия, мелкие кровоизлияния в плевре, краевая эмфизема. Кроме того имелись следы бывшего ранее колита, жировое перерождение печени и множественные камни в почках.

Думается, что в этом случае нет основания видеть причину смерти в каком-либо недочете в технике приготовления крови, хранении ее и т. п. Основная причина, повидимому, в сенсibilизации больного предшествовавшими переливаниями. В течение 14 дней между первым и третьим переливанием больная могла выработать специфические антитела против веществ, имевшихся в крови первого донора, например против открытых Ландштейнером и Левиным антигенов М. N или Р. Если эти же вещества были в крови третьего донора, то это могло вызвать тяжелую реакцию. Имевшаяся у больной дегенерация печени и сравнительно большая доза перелитой крови, которая впрочем только на 5 куб. см превышала дозу, перенесенную раньше хорошо, могли содействовать более тяжелому течению реакции и летальному исходу.

Среди больных, получивших у нас переливание крови, было 4 таких, которые случайно имели до того контакт с коревыми больными.

Первому 6-му К., 1 г. 6 мес. сделано переливание 110 см³ консервированной крови в день контакта, он не заболел корью. Второй 6-ной, Ю., 2 лет, в день контакта было сделано переливание консервированной крови в количестве 50 см³. После инкубации она заболела корью в легкой форме. Третий 6-ной Г., 3 лет, на 5-й день после контакта было сделано переливание 100 см³ консервированной крови; четвертый 6-ной, Т., 6 мес., переливание 65 см³ консервированной крови было сделано на 13-й день после контакта. Оба последних больных после инкубации заболели корью.

Эти наблюдения показывают, что переливание крови действует профилактически против кори только тогда, когда производится своевременно и в достаточном количестве. Во всяком случае, при отсутствии противокоревой сыворотки можно применить и переливание крови.

Выводы. 1. При анемиях алиментарного и инфекционного происхождения, при гипотрофии, атрофии, диспепсии, колите и дизентерии у детей переливание крови дает в большинстве случаев хорошие результаты.

2. Действие перелитой крови сводится не только к замене недостающих эритроцитов и к стимуляции кроветворения; для детей раннего возраста переливание крови взрослого имеет значение имунотрансфузии, повышающей сопротивляемость организма.

3. При заболеваниях детей, когда диететические и медикаментозные мероприятия не дают желательного эффекта, или когда имеется значительное ослабление организма и понижение жизненного тонуса, следует применять переливание крови, если не имеется к этому специальных противопоказаний.

Из Саратовского тубинститута (директор д-р А. В. Михайлов).

Инфильтративные формы тбк у детей.

Э. Ф. Герб и Е. Н. Липовецкая.

Ранняя диагностика инфильтрированных у детей имеет такое же профилактическое значение, как и диагностика „ранних инфильтратов“ у взрослых.

В вопросе патоморфологии инфильтрированных форм легочного тбк у детей до сих пор нет полной ясности. Вот почему мы решили разработать и проанализировать имеющиеся в нашем распоряжении материалы по детскому отделению института и его рентгеновскому кабинету за 1930—1934 гг. Некоторые дети прослежены нами как рентгенологически, так и клинически в течение ряда лет.

Всего за 5 лет прошло через наш кабинет около 1000 детей в возрасте от 5 мес. до 14 лет. Из них у 230 никаких отклонений от нормы не наблюдалось. Старый первичный комплекс обнаружен только у 50 детей, между тем как одни обызвестленные железы без Гоновского очага обнаружены у 240 детей, что подтверждает мнение Гюбшмана и других авторов о возможности полного рассасывания первичного очага. У 83 детей нами обнаружены (возможно, как исход инфильтративных форм) индуративные явления корня легких; в 15 случаях—индуративные явления в легочной ткани. Как сопровождающее инфильтративные формы явление часто встречаются интерлобарные плевриты: на нашем материале мы имели свежие междолевые плевриты в 18 случаях и шварты в интерлобарной щели в 19 случаях. Необходимо также отметить, что нам удалось выделить только 5 достоверных случаев опухолевидного бронхоаденита. Мы отличали рентгенологически малые прикорневые инфильтрации и более обширные, дающие нередко интенсивную тень инфильтрации, причем первых на нашем материале оказалось 97 (из них с видимым участием плевры—7) и обширных инфильтраций—58 случаев. Очагово-диссеминированных форм легочного тбк мы имели 34 случая при 156 случаях инфильтрации. Таким образом мы видим количественное преобладание инфильтраций среди активных форм тбк у детей, поэтому их изучение составляет большой интерес с точки зрения борьбы с детским туберкулезом.

Если обратиться к истории вопроса об инфильтрациях, то надо