

1. Горелик С. Л. и Лихтен М. Я. Нов. хир. арх., 1958, 3. — 2. Пропп Р. М. Хирургия, 1957, 6. — 3. Скубик В. М., Сияфиева Р. В. Нов. хир. арх., 1959, 6.

Поступила 15 июля 1960 г.

О ГЕМОЛИТИЧЕСКОМ ШОКЕ, ВЫЗВАННОМ ПЕРЕЛИВАНИЕМ РЕЗУС-НЕСОВМЕСТИМОЙ КРОВИ

Асп. Б. Г. Садыков, Р. Г. Ганелина и лаборант Н. А. Черменская

Изосерологическая лаборатория (зав. — Р. Г. Ганелина) Республиканской станции переливания крови (директор — Л. И. Мухутдинова) Минздрава ТАССР и 1-я кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. П. В. Маненков) Казанского медицинского института

Татарская республиканская станция переливания крови, занимаясь изучением вопроса о резус-факторе с 1956 г., явилась центром, где подтверждался серологически предположительный диагноз о гемолитическом шоке при переливании резус-несовместимой крови. Всего за 5 лет выявлено и точно установлено 4 случая такого шока. Во всех случаях не производилось определения ни резус-принадлежности крови больного, ни резус-совместимости крови реципиента и донора. 2 случая протекали легко, один был средней тяжести, и 1 — тяжелый. Ввиду практической важности шока при переливании резус-несовместимой крови, кратко описываем эти случаи.

I. Б., 59 лет, поступил в терапевтическое отделение 1-й горбольницы Казани 10/III 1960 г. с диагнозом: обострение деформирующего полиартрита. Назначено лечение, включающее переливание крови. Группа крови больного — А (II). С 15 по 28/III 1960 г. больному произведено трижды переливание крови одноименной группы с промежутками в 10 и 3 дня (145, 150 и 125 мл). Предварительно определялись двумя сериями сывороток группы крови реципиента и донора, проводилась проба на групповую совместимость, а переливание сопровождалось биологической пробой. Во время переливания крови осложнений не было. Через 5 мин после первого переливания и тотчас после двух других переливаний у больного появились озноб, слабость, чувство разбитости, повышение температуры, тошнота, рвота. Все эти симптомы с каждым последующим переливанием становились все выраженнее. Применялись строгий постельный режим, обкладывание грелками, вдыхание кислорода, дача пирамидона и димедрола. Состояние больного улучшалось. Изменений со стороны печени и селезенки, кожных покровов и видимых слизистых не наблюдалось. Кал и моча оставались нормальной окраски. При обследовании крови больного на резус-принадлежность обнаружено, что кровь больного резус-отрицательна и содержит специфические (скрытые) антитела с титром 1:256. По-видимому, в выработке высокого титра резус-антител сыграли роль повторные переливания крови, что усиливало постепенно чувствительность к резус-фактору. Нельзя не предполагать и возможную повышенную индивидуальную чувствительность данного пациента к резус-фактору.

II. Беременная П., 30 лет, поступила 27/VII 1960 г. в 3-й роддом Казани с указаниями на прекратившееся ночью с 26 на 27/VI шевеление плода и кровянистые выделения из половых путей. Диагноз: полная отслойка детского места, расположенного на нормальном месте в первом периоде родов при беременности около 40 недель, сопровождавшаяся наружным кровоотечением. В анамнезе: одни роды живым доношенным плодом, осложнившиеся кровотечением в послеродовом периоде, по поводу которого перелита кровь без осложнений. Вторая беременность закончена абортom по желанию. В данном случае срочно произведено кесарево сечение с переливанием совместимой по группе [В (III) группы] крови в количестве 250 мл. По окончании переливания у больной сильный озноб, слабость. Больная обложена грелками, дан кислород, инъекция сердечных средств и т. д. Спустя 1 час 40 минут состояние больной улучшилось, озноб прекратился. Печень и селезенка не прощупывались, кожа и видимые слизистые обычной окраски, кал и моча нормального цвета.

При исследовании крови больной на резус-принадлежность оказалось, что она резус-отрицательна со специфическими антителами с титром 1:64. В данном случае внутриутробная смерть плода, по-видимому, связана с преждевременной отслойкой плаценты на почве резус-конфликтной беременности. Больная поправилась.

Особенностью этих случаев является то, что присущий для гемолитического шока, вызванного резус-несовместимостью, промежуток времени «мнимого благополучия» перед началом его проявлений сведен до минимума (5 минут) при первом переливании и совсем отсутствовал при втором и третьем в первом случае, а также совершенно отсутствовал во втором. В отличие от гемолитического шока при несовместимости по системе ОАВ, осложнения начинались после переливания, а не во время его. Эти случаи гемолитического шока мы относим к «легким» и считаем, что им присуще почти полное отсутствие периода «мнимого благополучия». Подобные «легкие» случаи в литературе описываются редко, оставаясь, по-видимому, часто нераспознанными, чему способствует клиническое течение шока.

III. К., 48 лет, поступил в терапевтическое отделение железнодорожной больницы Казани 9/XII 1957 г. с язвой двенадцатиперстной кишки (пенетрирующей) с частыми кровотечениями.

Больной переведен в хирургическое отделение, где была перелита дважды (250 и 200 мл) совместимая по группе [0 (I) группы] кровь. Переливания сопровождались проведением биологической пробы на совместимость. Реакции на переливание крови не было.

4/I 1960 г. произведена резекция желудка «под защитой непрерывного капельного переливания крови» в количестве 750 мл 0 (I) группы и 250 мл протившоковой жидкости. На другой день перелито 250 мл 0 (I) группы крови. Осложнений не было. На 7-й день после операции, ввиду продолжающейся слабости, произведено капельное переливание 150 мл 0 (I) группы эритроцитарной массы без осложнений во время переливания с биологической пробой.

Через 15 мин появились жалобы на сильную головную боль, мелькание «мушек» перед глазами, резкую слабость. Сознание затемнено, судорожные подергивания ног. Пульс и АД не определяются, дыхание 35—36, поверхностное. Проведены внутривенное вливание 10% раствора хлористого кальция, двусторонняя поясничная новокаиновая блокада по Вишневскому, 10 мл 0,25% раствора новокаина и 40 мл 40% раствора глюкозы внутривенно, камфора подкожно, грелки, вдыхание кислорода. Состояние больного несколько улучшилось, появился слабый пульс, сознание прояснилось. Жалобы на головную боль. Температура—38°. АД после лечебных мер стало определяться (вначале 60/30, а затем 90/40). Через 3 дня все явления исчезли полностью, а еще через 14 дней больной выписан.

Исследование крови выяснило, что кровь больного резус-отрицательная 0 (I) группы и содержит специфические антитела (скрытые) с титром 1:128. В данном случае сенсибилизация больного наступила в результате повторных переливаний резус-положительной крови, последнее из которых и привело к шоку. Этот случай доказывает необходимость определения резус-совместимости или резус-принадлежности крови при повторных переливаниях даже тогда, когда при предшествующих переливаниях не было никаких реакций.

IV. К., 39 лет, поступила в Алькеевскую райбольницу ТАССР 13/VIII 1958 г. с диагнозом: неполный внебольничный аборт, анемия. Через день, несмотря на высокую температуру (38—39°), по жизненным показаниям произведено выскабливание полости матки и перелито внутривенно 200 мл 0 (I) группы крови с биологической пробой. Группа крови больной — А (II).

Во время переливания больная почувствовала жар, слабость и легкие боли в пояснице. Через 40 мин после переливания появились затрудненное дыхание, боли в грудине, тошнота, рвота, головокружение, цианоз губ, резкая желтушность кожных покровов и склер. Пульс слабого наполнения, АД максимальное—45, минимальное—не определяется, олигурия—моча цвета темного пива, в последующие дни—анурия. Пальпируется острый край печени.

В этот же день больная доставлена самолетом в терапевтическое отделение Республиканской клинической больницы. Оказана неотложная помощь: адреналин, кофеин, строфантин, глюкоза внутривенно и подкожно, физиологический раствор подкожно, витамины В₁, В₁₂ и РР, кортизон. Состояние через 4 часа улучшилось: появился пульс, поднялось АД (до 80/45). Однако полное выздоровление наступило только к 8 дню после шока. 4/IX 1958 г. в удовлетворительном состоянии выписана.

При исследовании крови найдено, что больная резус-отрицательная, а в сыворотке—специфические антитела с титром более 1:256. В данном случае тяжесть гемолитического шока нами объясняется сенсибилизацией из-за предшествующей резус-конфликтной беременности, что и вызвало тяжелую реакцию.

Приведенные нами случаи еще раз показывают необходимость выполнения всех без исключения правил по переливанию крови.

Поступила 10 ноября 1960 г.