

26-28 сентября 1935 г. в Риме состоялся первый Международный Конгресс по переливанию крови. Этот Конгресс был созван добровольным Миланским Обществом переливания крови (сокращенно "АНИС"). В Конгрессе принимали участие: СССР, Италия, Германия, Бельгия, Австрия, Дания, Испания, Франция, Голландия, Ито-Славия, Польша, Румыния, Сан-Марина, Швейцария, Чехо-Словакия и Венгрия - всего 18 стран.

Англия от участия в Конгрессе отказалась. За несколько дней до открытия последнего, английские учёные уведомили Оргкомитет, что они по соображениям политического характера не могут принять участие в работе Конгресса. Не участвовала также Япония. Представителем Австрии был молодой аспирант-хирург, который приехал на Конгресс по собственной инициативе, а старые венские клиницисты, занимавшиеся переливанием крови были лишены этой возможности из-за отсутствия денежных средств.

Советская делегация была представлена: прив.-доц. А.А. Багдасаровым (директор Центрального Института Переливания крови - председатель делегации), академиком А.А. Есогомольцем (консультант ЦИК), профессором Д.Н. Воленским (руководитель Московского Филиала ЦИК), профессором Гессе (директор Ленинградского Института Переливания крови) и заслуженным деятелем науки профессором М.И. Кончаловским (зам. директора ЦИК).

Всего на Конгрессе было 110 делегатов. Наиболее многочисленной была Французская делегация - 15 учёных, во главе с проф. Трауром.

До начала работы Конгресса члены его были приняты в Капитолии губернатором Рима. Здесь с приветствием выступил профессор Ляттес, подчеркнувший в своем слове вспомнил Ландольфина ипольского учёного Гирифельда в области изучения изогемоагглютинации и советских учёных - в области изучения консервирования крови. В заключение проф. Ляттес оставил на роли Миланского общества "АНИС", систематически пропагандирующего дело переливания крови в Италии. Это

общество в сущности представляет организационный центр по донорству, которым руководит проф. Ферментано. "АВИС" имеет три филиала: Римский - для центральной Италии, Неаполитанский - для Южной и Миланский - для Северной Италии. Каждый из этих краевых филиалов имеет свои опорные периферические пункты. Все эти организации занимаются исключительно комплектованием донорских кадров (в Милане 1.300 доноров). Донорство в Италии не компенсируется и посит добровольный характер. Вербовка производится преимущественно из представителей буржуазного населения, которые подвергаются кровопусканию во имя своих религиозных побуждений. Сама организация "АВИС" существует на принципе трех лозунгов: "здравье, человечность и благоправие" - последние в своем оформлении носят исключительно религиозный оттенок. Так, ссылаясь на анонимность донора в отношении к реципиенту, а каждое кровопускание представляет акт определенного религиозного обряда. Донор, не зная реципиента, выполняет "высокий долг помочь ближнему" с самыми причудливыми представлениями об искуплении грехов.

Все эти моменты безусловно препятствуют созидательному развитию донорской проблемы в Италии и значительно ограничивают возможности широкого применения трансфузии крови. Так, в Милане за 1934 г. сделано 1.100 трансфузий - при наличии 1300 доноров. Некоторые лица дают кровь 1 раз в 2 года. Более частое кровопускание производится у доноров универсальной группы.

В общем пропаганда донорства, основанная на религиозных предпосыпках, в Италии очень широко развита. В каждом учреждении висит плакат, указывающий на адрес дежурства доноров - последние могут вынуждаться бесплатно. Оплачивается лишь хирург, производящий операцию (от 200 до 400 лир, т.е. около 40 золотых рублей).

Консервированной кровью итальянцы не пользуются; они очень заинтересовались достижениями советской науки в этой области и просили проинструктировать их.

Мы подробно об"яснили им нашу технику приготовления растворов для консервирования крови и методику ее применения.

С ответственным словом от имени иностранных делегатов Конгресса выступил проф. Гиршфельд, который указал на большую работу Миланского общества, взявшего на себя инициативу созыва Международного Конгресса.

Большой интерес представляет научный доклад проф. Гиршфельда (Польша) - "Серодиагностика при переливании крови".

Докладчик сделал подробный анализ изучения сущности реакции Вассермана, указавши, что для определения сифилиса у доноров нельзя базироваться исключительно на данных этой реакции. Он изучал вопрос о неспецифических реакциях Вассермана, наблюдавшихся при отсутствии сифилиса, например, во время или после некоторых инфекционных заболеваний. Автор также указывает, что редко удается установить у членов одной семьи положительную реакцию Вассермана при отсутствии каких либо явлений сифилиса и при наличии определенных конституциональных особенностей сыворотки; последние он называет фамильными положительными реакциями.

Проф. Гиршфельд считает, что положительная реакция Вассермана при тифе исчезает на холodu, а при сифилисе - она в этих условиях усиливается. Автор подчеркивает, что лягас-реакция зависит от выпадения липоидов и потому ее можно выявить не только с помощью связывания комплемента, но также и путем флокуляции. А при тифе реакция с флокуляцией не получается, хотя сыворотка резко реагирует на Р.В.

Из этого следует вывод: Р.В. нужно ставить не только на связывание комплемента, но и на флокуляцию, так как появление только первого из этих реакций может быть обусловлено какой нибудь инфекцией, без наличия у больного лягаса.

В прениях по докладу проф. Гиршфельда выступил академик А.А.Богомолец, который указал, что до настоящего времени вассермановская реакция имеет существенное значение для распознавания сифилиса и от нее

не следует отказываться.

По этому же докладу в прениях выступили Тцалк и Шаттес, которые, между прочим, категорически отрицали возможность изменения группы крови у людей.

Одним из центральных докладов Конгресса было выступление представителя Швейцарии privat-доцента Риттор "О переливании крови в армии".

Хотя доклад имел обзорный характер литературных работ последнего времени по этому вопросу, но мы его прослушали с большим вниманием и интересом.

Автор дал описание истории вопроса и показаний к применению трансфузии крови на войне. Большой интерес представляют материалы доклада, иллюстрирующие состояние развития метода переливания крови в отдельных странах.

Так, в Дании существует добровольная организация доноров, которая находится в мирное время в распоряжении военных врачей. Общее количество доноров в этой маленькой стране равно 800.

Германия - в июне 1935 года приказом по Рейхсверу переливание крови введено, как обязательный элемент медицинской помощи. В этом приказе трансфузия крови рассматривается, как первая помощь, спасающая жизнь при больших потерях крови. Доноры в Германии комплектуются преимущественно в мирное время.

Вся немецкая армия - есть донорский резерв для действующей армии, т.е. солдаты, находящиеся в тыловой зоне считаются донорами, обязанными давать кровь для лиц, находящихся на фронте. Кроме того, донорские кадры имеются во всех полковых медицинских организациях.

Франция - в военное время предполагается организация госпиталей, богато оборудованных аппаратурой. Маленькие военные лазареты должны прикрепляться к большим гражданским госпиталям. Донорство в военное время носит добровольный характер.

В крупных гражданских госпиталях введено обязательное дежурство доноров; в других же лечебных учреждениях имеется список и местонахождение дежурных доноров. Для армии выработана четкая схема снабжения кровью, при чем, намечается производство трансфузий в дивизионных госпиталях. Во Франции существует определенная организация (ее не назвали ни представители французской делегации, ни сам докладчик — Риттер) по комплектованию донорских кадров среди женщин и мужчин в военное время.

В настоящее время взятие крови оплачивается из следующего расчета 50 франков за первые 50 см³ крови и 50 франков — за каждые последующие 10 см³.

Нидерланды. — очень сильная и четкая донорская организация под руководством Красного Креста.

Проф. Ван-Дейк выработал точные схемы организации переливания крови.

Болгария. — Донорские кадры комплектуются преимущественно из солдат. Среди них выбираются доноры, которые три раза в год проверяются на сифилис.

В заключение приват-доцент Риттер указал на возможность использования в качестве доноров легко раненых солдат, медицинского персонала и лиц универсальной группы, прикрепленных к войсковым санитарным отрядам.

Автор акцентировал внимание Конгресса на консервированной крови, подчеркивая усиленную разработку этого вопроса в СССР. Он считает невозможным делать переливание крови вблизи от линии огня. Только в очень тяжелых редких случаях можно провести переливание от универсального донора, не зная группы реципиента или дать универсальному реципиенту кровь от донора, чья группа неизвестна. Вообще же переливание крови не следует делать без предварительного определения группы.

Группу крови рекомендуется татуировать на груди или руке армейцев.

По возможности надо стараться переливать кровь от односменного донора и, только в виде исключения, от универсального донора.

Переливание крови следует производить в коротко построенных батальонных перевязочных пунктах, перевязочных пунктах хирургических отрядов, которые сятся в течение некоторого времени на одном месте; затем идут полевые госпиталя и другие военно-медицинские учреждения, находящиеся вдали от фронта. Здесь автор рекомендует переливание больших доз крови прямым методом шприцами Перси и Элеккера.

Приват-доцент Риттер остановился на важности инструктажа в мирное время офицеров,unter-офицеров и солдат о переливании крови, — им внедряется мысль, что этот метод имеет большое лечебное значение.

Советский ученый проф. Шамов не был на этом Конгрессе и по нашей просьбе председатель Конгресса Ляttэс сделал краткое реюме работ Шамова о трупной крови.

Проф. Ляttэс по "идеологическим" соображениям высказался против применения этого метода и между прочим сказал, что гереливание ~~применим~~ трупной крови есть "богохульство, которое не может быть воспринято мозгами итальянцев".

Его выступление встретило отповедь советской делегации, доказавшей в больших цифрах абсолютную возможность переливания трупной крови. Как известно, идея проф. Шамова была с успехом реализована молодым советским ученым — хирургом Сакаяном в институте им. Склифасовского под руководством проф. Юдина. В дальнейшем д-р Скундина в том же институте на сотнях случаев подтвердила ценность и допустимость этого метода.

Один день (27 сентября) был посвящен докладам советской делегации.

Большой интерес вызвал программный доклад академика А.А. Богомольца о "механизме действия перелитой крови". А.А. Богомолец суммировал

ряд работ его школы^{х)} о значении продуктов распада белка в процессе взаимодействия плазмы крови донора и плазмы крови больного.

Было выяснено, что трансфузия вызывает так называемый коллоидоклазический шок, т.е. частичное выпадение белков крови реципиента, которые разрушаясь вызывают эффект стимуляции различных функций организма реципиента.

В дальнейшем была тщательно изучена дальнейшая судьба продуктов распада белков и было выяснено, что такие не выделяются мочой и калом, а остаются в организме, используясь им как пластический материал.

Докладчик чрезвычайно образно подчеркнул роль продуктов распада красных кровяных телец в отношении активирования отдельных систем больного организма. Проявляющийся у реципиента при воздействии переливаемой крови коллоидоклазический шок интенсивнее всего выражен в месте патологического субстрата.

Члены Конгресса отнеслись с большим вниманием к этим данным акад. Богомольца, так как аналогичных работ на Западе почти не было.

Я выступил с докладом о новых методах применения крови при различных страданиях, указав на благоприятные результаты от переливания небольших доз (5-15 см³) несовместимой в групповом отношении крови (метод проф. Спасокукоцкого) в случаях язвенной болезни и хронических болезней суставов.

Ввиду наличия распада всех эритроцитов, а также частичного распада эритроцитов реципиента процессы стимуляции при указанной терапии наиболее энергично выражены. В настоящее время Центральный Институт и его филиалы усиленно разрабатывают вопросы показаний к применению метода переливания иногрупповой крови, при чём такая терапия некоторых хронических страданий (язва желудка, некоторые формы хроноседисса, хронические артриты) дает более эффективные результаты, нежели трансфузия больших доз совместимой крови.

^{х)} Работы А.А. Багдасарова, Н.Стопник, Н.Е. Медведевой, Н.А. Федорова, Леонтьева.

В нашем Институте в течение последних полутора лет усиленно разрабатывается методика переливания крови животных. Мной на Конгрессе демонстрировался материал эффективного лечения язвы желудка повторными вливаниями козьей крови в дозе от 3 до 12 см³.

Обычно после каждого вливания у больного возникают реактивные симптомы в виде: повышения температуры на 1-3°, озноб, головные боли, усиление боли в месте патологического субстрата и т.д. - все эти явления не чреваты какой либо опасностью, так как в последующие 3-4 часа больные уже отмечают улучшение общего самочувствия и успокоение блевых ощущений. Нами выяснено, что наиболее мягкое воздействие принадлежит козьей крови. Молоко этого животного имеет некоторую аналогию с женским молоком и весьма вероятно, что указанный фактор до некоторой степени предопределяет отсутствие явлений токсикоза при введении небольших количеств козьей крови человеку.

Эти данные вызвали большую заинтересованность членов Конгресса, так как в арсенал лечебных мероприятий при язве желудка вводится очень активное средство козья кровь, которое вызывает состояние ремиссии без соблюдения строго диетического режима.

Помимо указанных методов я также осветил вопрос о переливании крови, получаемой от доноров, подвергающихся иммунизации убитыми культурами стрептококка.

В 1919 году Райт предложил метод предварительной вакцинации переливаемой крови (в сосуде). Этот метод не получил широкого практического применения благодаря опасности введения вакцины в кровяное русло реципиента вместе с переливаемой кровью. Да кроме того, остается еще не разрешенным вопрос возможности образования антител вне организма. До этого, в 1917 году Бум применял кровь, получаемую от реконвалесцентов. Предложенный способ не получил широкого практического использования благодаря тому, что доноры реконвалесценты могут быть подвергнуты кровопусканию в очень малых дозах. В последнее время

клиника пользуется переливанием крови, получаемой от доноров, предварительно иммунизированных различными штаммами.

В нашем Институте пока мы применяем лишь поливалентную стрептококковую вакцинацию. Технически это осуществляется следующим образом: донору вводится с интервалами в 5-7 дней 0,5 - 1,0 - 2,0 см³ вакцины с титром 1 миллиард микробных тел в 1 см³. Через 6-8 дней после окончания вакцинации, донор подвергается кровопусканию.

Степень и специфичность иммунности крови донора определяется реакцией блокуляции (по методу Ромона, применяемого с 1926 г.) между стрептококковым фильтром и соответствующей сывороткой.

Метод выяснения степени иммунности подсчетом фагоцитированных стрептококков и последующим определением опсонического показателя очень кропотлив по своей технике и не является достаточным точным критерием в этом отношении.

При иммунизации доноров нами пока не могут быть отмечены какие либо отрицательные моменты в смысле торможения регенерации после кровопускания. Для большей осторожности иммунизированные доноры не используются на больших дозах выпускаемой крови (до 400 см³).

В качестве объектов, подвергаемых переливанию иммунизированной крови, нами выделены две группы больных: острый ревматизм и сепсис, развившийся после стрептококковой ангин.

Если в вопросе патогенеза ревматизма в настоящее время большое внимание уделяется изучению аллергической реакции, то в вопросе этиологии этого заболевания преимущественное значение принадлежит стрептококку.

Путем переливания обычной крови мы добиваемся осаждения грубо-дисперсных белков и последующего растворения осадка образующимися проприптинаами. Этим самым мы выводим организм из состояния гиперергии и оказываем благоприятный терапевтический эффект на купирование артритических приступов. Обично, появление признаков, указывающих на сти-

жение процесса, сопровождается менее значительными изменениями в соотношении коллоидных фракций - уменьшается сдвиг влево за счет падения фибриногена, а в связи с этим наблюдается замедление реакции оседания эритроцитов.

Эта терапия не может считаться специфической для ревматизма, ибо она не обуславливает обрыва патологических изменений со стороны сердца.

С целью предупреждения тяжелых осложнений сердечной деятельности в нашем Институте, под руководством прив.-доц. Х.Х. Владоса, д-рами М.С. Дуланим, Н.Л. Бредихиной, К.А. Герман, З.И. Чукановой, О.П. Заевой разрабатывается метод иммунотрансфузии при остром ревматизме.

Из 16 случаев, проведенных на указанной терапии (переливание 100-250 см³ крови) мы у всех больных получили благоприятный терапевтический эффект в смысле исчезновения суставных поражений.

У 12 больных, поступивших в Институт уже с выявленными нарушениями со стороны сердечной деятельности мы не имели возможности наблюдать обрыва этих патологических изменений и при изучении отдаленных результатов во всех случаях нами определялась та или другая недостаточность сердца. У 1 больного констатировался остро протекающий эндокардит.

У 4 больных, прибывших в клинику Института на 2-3 день от начала заболевания, мы в течение последующих 10-12 месяцев не могли заметить каких либо кардиальных изменений. Эти больные сохраняли прекрасное самочувствие, не испытывая отрицательных ощущений.

Касаясь вопроса лечения септических заболеваний следует сказать, что на основании данных нашего Института, обычное повторное переливание крови в малых дозах дает благоприятный эффект в случаях хронических форм, сопровождающихся поражением миокарда и суставов.

Для изучения влияния иммунотрансфузии при септических заболеваниях нами избрались случаи, давшие развитие процесса после стрептококковой ангины без выявленных нарушений со стороны эндокарда и почечных гломерул.

Обично, параллельно с интермиттирующей температурной реакцией у больных сопровождалась гиперегенераторная анемия с редукцией Нв до 45%.

С более резкими сдвигами редукции крови больные не подбирались, так как в большинстве случаев указанное анемическое состояние может быть классифицировано как гипопластическое и оно характеризует анергический стадий заболевания, при котором нельзя расчитывать на стимулирующее влияние гемотрансфузии.

В 3 случаях мы получили кратковременное улучшение от повторного вливания небольших количеств (100-150 см³) имущей крови. В других 3 случаях нами отмечается стойкий терапевтический эффект в смысле падения температурной кривой до нормы, купирования наблюдавшегося малокровия.

Указанным больным производилось переливание крови в дозе 100-150 см³ до 7 раз, при чем, следует отметить, что симптомы выздоровления лучше всего выявлялись через 1½-2 месяца после начала лечения.

В заключение я остановился на работах Центрального Института Переливания крови и его филиалов в области консервирования крови.

Опыт СССР по этому вопросу был изложен в докладе проф. Беленского. Доклад был очень интересен и вызвал оживление преия, так как западная наука в области консервирования крови сильно отстает от работ советских ученых.

Проф. Беленский указал, что законсервированная кровь претерпевает непрерывный ряд биохимических и морфологических изменений. Им указано, что из морфологических элементов крови наименее устойчивыми оказываются тромбоциты, затем лейкоциты, в ряду которых в первую очередь погибают нейтрофилы. Наибольшую резистентность сохраняют красные кровяные шарикки, однако, к концу 2-й недели - началу 3-й недели уже выявляются более или менее резкие сдвиги в сторону уменьшения дыхательной функции эритроцитов (по Баркрофту) и тогда следует говорить о выраженных процессах гемолиза, при этом гемоглобин не претерпевает глубоких структурных изменений.

Биохимические изменения в консервированной крови сводятся к постепенному падению сахара, возрастанию фосфора и молочной кислоты и в незначительной степени остаточного азота, — интенсивность всех этих процессов зависит от свойств консерванта.

Наименьшую функциональную пригодность обнаруживают цитратно-солевой раствор (первые явления гемолиза на 10-й день); значительно более эффективной средой является жидкость ИПК и глюкозо-цитратный раствор. Докладчик указал на высокие консервирующие свойства морской воды, как эквивалентированного раствора (Барилейн). Важное значение приобретает консервированная кровь, как среда убивающая плазмодии малярии на 4-6 день. Эти данные получены Акерманом и Филатовым. В качестве подтверждения следует указать на отсутствие заражения малярией больных прогрессивным параличом после трансфузии им крови, заведомо содержащей плазмодии и консервированной в течение 6 дней. Докладчик подробно остановился на показаниях к применению метода переливания крови.

Затем выступил заслуженный деятель науки проф. Кончаловский М.Н., который использовал заявленный Центральным Институтом Переливания крови (Х.Х. Владос) доклад — "Анализ 6.000 трансфузий крови", искусно обединив его со своей темой "О применении переливания крови при внутренних болезнях".

Систематически изученный материал, относящийся к 200 больным с эпидемической анемией показал, что не во всех случаях печеночная диета помогает наступлению ремиссии. Лихорадящие формы и формы, осложненные пневмониями, требуют комбинированного лечения (диета и переливание крови); в 85 случаях было произведено 200 повторных переливаний крови с большим успехом.

Особенный эффект автор наблюдал в 10 случаях гемофилии (трансфузии тромбокиназы).

300 трансфузий крови при белокровии дали терапевтический эффект в хронических случаях миэлоза.

При гемолитической желтухе наблюдались случаи гемоглобинурии в посттрансфузионном периоде. Однако, при условии необходимости назначения этим больным операции спленэктомии отказываться от трансфузии, несмотря на указанный риск, не следует. Интересно, что после удаления селезенки, эти больные прекрасно усваивают переливую кровь. При болезни Верльгофа можно расчитывать на эффект при хронической рецидивирующей пурпуре, при подострой форме — эффекта обычно не наблюдается. В 17 наших случаях до и после спленэктомии переливание крови приносило пользу.

В заключение докладчики-указали, что современная клиника должна отказаться от того взгляда, что болезни крови являются специфическим выражением нарушения кроветворения. При этих процессах обычно поражаются и другие системы больного организма (желудочно-кишечный тракт, нервная система и др.), благодаря чему наиболее эффективными являются комбинированные методы лечения: переливание крови, плюс диета, переливание крови, плюс физиолечение, переливание крови, плюс желево и т.д.

Большое внимание уделил Конгресс докладу проф. Гессе относительно важнейшего осложнения при переливании — гемолитического шока и, главным образом, о борьбе с этим явлением.

Проф. Гессе удалось собрать 217 случаев гемолитического шока. Смертность — в 56%. В 46 случаях гемолитический шок наступил после переливания крови от "универсального донора." Гемолиз может возникнуть и после переливания одноименной консервированной крови. Главными факторами, оказывавшими вредное влияние, являются: гемолиз, перегревание и денатурация белков.

Гемолитический шок сопровождается в основном изменениями со стороны сосудов и сердца (расширение капиллярной сети со стазом и спазмом сосудов, поднятие кровяного давления), усилением перистальтики кишечника и угнетением нервной системы. Из субъективных признаков выделяется

ощущение боли в пояснице. Эти боли гемолитического характера зависят от спазма почечных сосудов. Для предупреждения гемолитического шока следует устанавливать одноименность подгрупп А₁ и А₂.

Докладчик предложил в качестве наиболее рационального метода лечения гемолитического шока — повторное переливание одногруппной крови 200-300 см³, указывая, что это мероприятие нейтрализует токсическое действие продуктов распада белков при указанном состоянии.

Докладчик указал, что спазм почечных артерий расслабляется уже после введения небольшого количества (25-50 см³) крови. Особенную осторожность надо проявить в случаях, в которых уже имеется поражение почек и наблюдается алигуря и анурия, так как в таких случаях и переливание значительного количества даже одноименной крови — плохо переносится. Опыты Гессе, Веселкина и Филатова доказали, что при явлениях гемоглобинурии и анурии, внутривенозное вливание глюкозы оказывает благоприятное действие, так как этим стимулируется диурез.

Со времени применения указанного метода, гемолитический шок уже не является столь опасным осложнением после переливания крови.

Следует указать, что все делегаты Конгресса проявили большой интерес к работам советских ученых. Первые два дня в коридорах, во время перерыва, мы открывали маленькие заседания и около нас собиралось по 5-6 делегатов, с которыми мы беседовали о нашей методике иммунизации доноров, методике консервирования крови и целом ряде других вопросов.

После наших выступлений проф. Танк (Франция) сделал прекрасный доклад "Переливание крови при инфекционных заболеваниях".

В этой работе автор с одной стороны изучал механизм действия переливания крови и воздействие его на целый ряд инфекционных заболеваний, из которых особенно большое внимание уделено тифу.

Большинство терапевтических средств можно разделить на 2 группы.

1. Действие эффект во всех случаях, например, ртуть и бисмут при сифилисе, хинк при падицезме, некоторые вакцинации.
2. Действующие индивидуально: протеино-терапия, гомотерапия, некоторые вакцино-терапии и т.д. Здесь вмешательство ведет к выздоровлению косвенным путем.

Переливание крови в различных случаях может играть роль и общедействующего мероприятия и метода индивидуального воздействия.

Как пример общедействующего терапевтического вмешательства можно указать: 1) переливание при больших кровопотерях, 2) переливание крови от выздоравливающих после инфекции для прерывания инфекции у реципиента, 3) пассивная иммунизация путем переливания.

Как пример индивидуально действующего мероприятия можно указать: 1) излечение от септицемии, которое пытаются об'яснить перенесением иммунных свойств от конвалесцента. Однако, это неверно, так как можно в некоторых случаях получить тот же эффект, переливая от донора совершенно не иммунизированного. Здесь трансфузия не играет прямой роли фактора, ведущего к выздоровлению, а только косвенную роль. Так, например, вводя одно и то же вещество двум лицам, можно получить совершенно различную реакцию на это вещество.

Это имеет большое практическое значение в смысле дозировки крови. При воздействии, где основная цель — повлиять на индивидуальные свойства организма, количество вводимой крови не важно. Если же надо воздействовать в общем смысле, тогда следует вводить большие количества (при кровопотерях, анемиях и т.д.).

Проблема иммuno-трансфузий.

Существует путаница между двумя понятиями — иммунитет и выздоровление, которые не зависят один от другого, так как может наступить выздоровление без признаков рефрактерного состояния. При рецидиве заболевания может дать совершенно одинаковую картину, как в 1-м случае.

Инфекционные заболевания делятся на следующие, в отношении иммунных свойств, группы:

Группа а). Сюда относятся лица с врожденным состоянием устойчивости. Устойчивость собаки против сифилиса. Кровь собаки не переносит эти качества на человека и не защищает его от заболевания сифилисом.

Это наименее интересующая группа, так как это состояние иммунитета не передается от одного животного организма другому.

Группа б). Ко второму классу относятся заболевания, сопровождающиеся высиной. Эти заболевания не только создают иммунитет, но сыворотка конвалесцента может предотвратить заболевание, если ввести ее другому лицу в прородильном периоде. Она не имеет лечебного свойства, так как введение ее лицу, у которого заболевание уже выявились, не оказывает никакого действия. Интерес представляют иммuno-профилактические свойства этой сыворотки.

Группа в). К третьей группе относятся случаи дифтерийной инфекции, где сыворотка имеет терапевтическое лечение (появившемуся нейтрализующая).

Группа г). В четвертую группу включены случаи тифа, холери. В этой группе, если при иммунизации превысить определенную дозу вируса, можно получить гораздо более тяжелую реакцию, чем у лица, не подвергавшегося иммунизации.

Группа д). Сюда входят случаи хронических инфекций. Так, например, в случае сифилиса нельзя говорить об иммунитете, так как были случаи повторных инфекций.

В этой группе заболеваний (сифилис, туберкулез, лепра) переливание крови не дало хороших стойких результатов.

Группа е). Сюда относится заболевание, вызванное инфекцией различными кокками.

В этих случаях иммuno-трансфузии дали наилучший эффект.

Автор подчеркивает, что для того, чтобы дать иммунно-трансфузию, недостаточно дать кровь от реконвалесцента или от лица, вакцинированного против определенного заболевания, а следует убедиться, какими свойствами обладает кровь донора.

ЛЕЧЕНИЕ ТИФА ПЕРЕЛИВАНИЕМ КРОВИ.

Лечение тифа переливанием крови было предложено впервые еще Либертом в 1880 г., который пытался прекратить, таким образом, профузное кровотечение. Затем этот метод применен был лишь в 1915 г. Оттенбергом с прекрасными результатами. В 1924 г. получены были сообщения от ряда авторов о хороших результатах переливания крови при тифе.

Показания к переливанию следующие:

- а) Как профилактическое средство в дозах не больше 100 см³ - заметно улучшает течение заболевания.
- б) При кровотечениях во время тифа можно дать от 500 -800 см³ - очень часто спасает жизнь.

При переливании тифозному больному крови от конвалесцента, производится ли настоящее иммунное переливание?

За это говорит:

1) Действие на температуру - она дает быстрое снижение (лихорадка).

2) Действие при аддитивических формах. Многие авторы описывают замечательное действие переливания крови при этих формах - все тяжелые явления быстро исчезают.

3) Действие при энцефалитических формах. Наблюдался ряд выздоровлений при этой, чрезвычайно тяжелой форме тифа после переливания крови.

Против иммунного действия крови реконвалесцента говорит:

1) кровь конвалесцентов, переливая в первые дни инфекции, не дает лучших результатов, чем при переливании не иммунной крови. Особого эффекта на развитие заболевания эта кровь не оказывает.

2) После излечения тифа иммунизированным переливанием наблюдались рецидивы заболевания. Автор делает вывод, что нельзя пока утверждать, что при переливании крови реконвалесцента переносится настоящий иммунитет, т.е. устойчивость против этого заболевания.

Ряд авторов стоит на точке зрения, что кровь реконвалесцента имеет антитоксическое действие вна связи с факторами иммунизации. Этим можно объяснить большую эффективность в ряде случаев в крови конвалесцентов.

Далее автор указывает, что хорошее действие крови неиммунизированного донора следует отнести за счет стимулирующего действия перелитой крови.

Хорошие результаты, полученные при переливании крови в случаях тифа (даже тяжелых форм его) заставляют рекомендовать этот метод для широкой практики.

В последующем докладе Долности о показаниях к переливанию крови, в качестве новации, является применение переливания крови (200 см³) при диабете, где оно понижало содержание сахара в крови. По мнению автора, в некоторых случаях, когда организм сопротивляется действию инсулина, следует применять переливание крови. При помощи этого можно временно изменить состояние гликемии.

В отдельных инфекционных заболеваниях, автор считает, что в первой стадии инфекции переливание не дает результатов и может привести вред. В остром периоде, когда ретикуло-эндотелиальная система насыщена бактериями и продуктами разложения, прибавление крови может преиспользовать возможности защитной системы.

Переливание может оказать влияние только во 2-й стадии или при переходе в хроническую форму.

В отношении же переливания крови при профессиональных отравлениях и при схожих Долиотти целиком основывался на научных работах советских врачей (Владос, Дульцин, Шумилин, Введенская и др.).

ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ, КАК МЕТОД ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ.

Проф. Шталь.

В последнее время в клинике снова начали широко применять стимулирующую терапию. Цель, которая преследуется при применении ее — это поднять защитные силы организма и изменить реакцию организма, таким образом, помогая ему справиться с заболеванием.

При применении молока или бактериальных белков создается двухфазная реакция: в 1 фазе, сопровождающейся подъемом температуры, преобладает симпатикус, нарост кальций в крови, наблюдается ацидоз, миэлоидная тенденция со стороны белой крови, повышается обмен веществ и сахар крови; во 2-й фазе — перевес берет влагу, уменьшается кальций крови, имеется сдвиг в щелочную сторону, лимфоцитов, обмен веществ падает, понижается сахар крови, падает температура.

Кроме того, имеется вторая группа мероприятий, действующих не так резко и дающих более искную затягивающую реакцию. Сюда относятся раздражение кожи, ванны, различные облучения, диета.

Переливание крови применяется в основном с целью заменить большую потерю крови.

Кроме того, переливание ~~и~~ действует очень часто как кровоостанавливающее средство. При септических заболеваниях хороший эффект от переливания крови относят за счет прямого переноса противовируса.

Клиника показала, что переливание действует как стимулирующая терапия. Научная разработка этого вопроса только лишь начинается. Более точное знание в этой области представляет большой интерес, так как позволит выработать определенные показатели для

дозировки переливания. По наблюдениям автора в переливании крови мы имеем средство, обединяющее обе формы стимулирующей терапии - острую и более плавно действующую и обе эти формы выявляются организмом одна за другой.

Тут же после переливания наблюдается озноб и повышение температуры, являющиеся проявлением 1-й острой фазы воздействия. Эта температурная фаза может длиться от нескольких часов до 2-3 дней. Высота температуры также колеблется в различных случаях.

Очень пеструю картину дает кривая лейкоцитов. В некоторых случаях количество лейкоцитов остается без изменения, а других - наблюдается подсчет от 5000 до 33.000. Наивысшей точки подсчета лейкоцитов достигает к концу 24 часов. Гофф отмечает, что в случаях очень высокой дозировки раздражавших тел иногда наступала скоропреходящая лейкопения.

При изучении лейкоцитарной формулы находят спустя 1/2 часа после трансфузии нарастание палочковых форм (1-10%) до того, как поднимается температура или появляется озноб. Во время озоба, когда общее количество лейкоцитов еще не повышается или даже понижается, количество палочек достигает 20-40%, а к моменту подъема это количество достигает 50%.

Лимфоциты, наоборот, нарастают в течение первых 20 минут от 18 до 35%. Спустя 3-24 часа наступает лимфопения, которая выравнивается к 48 часам.

За этим первым воздействием перелитой крови наступает период междуенного нарастания хорошего или улучшенного самочувствия. Только спустя 3-4 недели можно считать, что прямое воздействие перелитой крови закончилось. Больной поправляется, или его состояние остается без дальнейшего улучшения, или его состояние начинает ухудшаться и требует нового вмешательства с нашей стороны.

В механизме действия перелитой крови кроме стимулирующей терапии мы еще имеем результат пересадки красных кровяных шариков, затем с кровью переносимся гормоны, витамины, антитела и другие еще неизвестные субстанции, которые ведут к улучшению состояния больного организма. Нам удается наблюдать, однако, ряд биологических явлений, которые являются результатом воздействия раздражавших тел.

Автор наблюдал вместе с Бахманном у пернициозных анемиков значительное нарастание ретикулоцитов в крови на 5-12 день. В некоторых случаях удавалось наблюдать подъем ретикулоцитов вторично, спустя 3 недели. Содержание агглютининов в крови реципиента также наростало к 7-11 дню (Моритц и Носке). Согласно наблюдениям Говеля изучение онкологического индекса показывает, что нарастание комплемента связанных антител наступает позже.

Автору удалось с помощью интерферометрии углубить изучение механизма действия трансфузии.

Абдергальден указал, что в человеческой сыворотке имеются ферменты, которые в стеклянном сосуде способны вызвать распад белка внутри секреторных органов. После распада белок диффундирует через мембрану и его можно определить количественно в этой жидкости с помощью интерферометра.

Арнольд Приммер установил нормальную интерферометрическую кривую, проверив ее у большого количества здоровых людей. У больных наблюдаются отклонения от нормальной кривой.

При исследовании сыворотки у ряда больных после трансфузии автор написал, что если до переливания крови, железы внутренней секреции давали нормальные цифры по интерферометру, то они не менялись после переливания или давали небольшие, скоропреходящие сдвиги в ту или другую сторону и затем возвращались к норме.

Автор часто находил у своих больных патологические изменения "эндокринной картины крови". Стойкие изменения, которые должны рассматриваться как показатели улучшения, наблюдались лишь на 5-20 день. Эти показатели улучшения не являются результатом прямого перенесения гормонов, а является результатом неспецифической стимуляции организма. У доноров наблюдается различная эндокринная картина крови.

Какую же роль играет прямое перенесение гормонов с кровью при переливании?

Определенное действие перенесенных с кровью гормонов отрицать не приходится, но организм быстро вынуждает то, что ему не подходит. Так, одному больному с бирмеровской анемией перелили кровь от донора-астматика. У реципиента через несколько часов был тяжелый приступ астмы; в дальнейшем эти приступы не повторялись.

У двух доноров наблюдалась высокие цифры распада для тимуса (интерферометрически). У одного реципиента низкие показатели для тимуса поднялись: очень мало тут же после переливания и сильнее всего спустя 1-4 дня, — таким образом, не путем перенесения гормонов, а благодаря раздражению. У второго реципиента с нормальными цифрами для тимуса — после переливания эти цифры понизились и через несколько дней вернулись к норме.

Переливанием крови мы создаем в организме благоприятные условия для борьбы с заболеванием, вызываем тенденцию к выздоровлению. На чем она основана — мы не знаем. Возможно, что она стоит в связи с первичной регуляцией, о которой мы так много слышим в течение последних лет. У тех больных, у которых эта регуляция недостаточна — раздражающая терапия не оказывает эффекта.

У доноров кровопускание также ведет к сдвигам со стороны эндокринных показателей крови там, где имеются сдвиги в этих показателях, кровопускание выравнивает их и возвращает к норме.

Особенно четко выступает раздражающее действие переливания крови в случаях язвенного колита. Хорошие результаты получены при атонии кишечника, как мероприятия, подготовляющие к операции, при торпедных случаях язвы желудка и 12-перстной кишки. Здесь еще нужно учесть замедляющее действие и кровоостанавливающее действие перелитой крови.

В случаях пернициозной анемии, которые не поддаются лечению печенью, после трансфузии печень начинает действовать. Хорошие результаты описаны при астме, тяжелых схолах, газовых отравлениях, также септических случаях и при тифозных заболеваниях.

Из демонстраций технических достижений особенный интерес вызвали шприц Чарроти и электроприбор Бекара.

Первый шприц чрезвычайно прост и удобен для непосредственного переливания крови от донора к больному.

Наша делегация ознакомилась с техникой работы этим шприцем и ставит себе задачу освоить отечественное производство указанного прибора.

По окончании Конгресса мы несколько дней потратили, чтобы ознакомиться с некоторыми научными учреждениями Рима.

Мы видели два научных учреждения, при чем, учреждения, которые нам показали, были действительно учреждениями первосортными.

Первый из них — знаменитый Институт Форланини — заболеваний органов дыхания. Это колоссальный город на две тысячи коек с отдельными двухэтажными корпусами: Институт был построен не только на итальянские деньги, но и на $\frac{3}{4}$ построен си на рокфеллеровскую субсидию. Там все оборудовано по последнему слову техники, вплоть до движущихся стен.

Второй Институт — это Институт Одонтологии. Это тоже новый институт. Что нас там удивило? Мы пришли туда в 12 ч.10 мин, а в институте никого не было, кроме директора. Мы спросили: почему никого нет? Оказалось, что у них прием от 9 до 12 часов, а в 12 часов все уходят и институт больше не работает. Причем они дали понять, что врачу здесь неко

неинтересно работать, потому что он занимается дома частной практикой. Мы спрашиваем: ведь вы можете организовать другую смену? Но нам ответили, что все врачи вечером работают дома. Таким образом, прекрасное учреждение используется только на половину своих возможностей. Учреждение действительно прекрасное, с колоссальными залами и мраморными стенами и полами, но каждый из нас личный раз почувствовал, что в условиях буржуазной действительности такие роскошные учреждения не могут быть в достаточной степени использованы.

После этого мы внесли в Милан, где знакомились с работой "АВИС".

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Присутствуя на Конгрессе мы должны также учиться у заграницы. В этом отношении следует отметить хорошо организованную работу по вербовке доноров во многих странах Запада.

У нас в Союзе, хотя число произведенных переливаний значительно превосходит соответствующее количество в любой из стран мира, но все же организации донорских кадров у нас не нашла еще должного оформления и рост числа доноров - не пропорционален потребностям наших медицинских учреждений в широком использовании метода переливания крови.

Следует отметить органическую помощь красно-крестных обществ на Западе в деле вербовки доноров.

В стране строящегося социализма предпосылки для широкого комплексования доноров имеются в гораздо большей степени и такие добровольные общества, как РОКК и ОСО должны вилотную подойти к повседневной заботе об увеличении донорских кадров из числа своего актива.

Трудящиеся СССР создают важную лечебную и оборонную роль развития донорской проблемы в нашем Союзе, и охотно откликаются на каждый призыв - выполнить свой высокий товарищеский долг по отношению к больному человеку.

Ярким примером является следующий факт: на одном женском собра-

25.

Наш после нашего доклада о переливании крови все присутствующие ответили поднятием руки на вопрос о готовности вступить в число доноров при необходимости.

Если мы окружим общественным вниманием такое важное дело, то вопрос развития организованного донорства получит свое необходимое разрешение.