

Переливание крови производилось при кровопотере 600—800 мл, а у 3 женщин при кровопотере 200—400 мл, что зависело от их общего состояния. При переливании восстанавливалось около $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ потерянной крови, остальное количество замещалось 5% раствором глюкозы и другими кровезамещающими жидкостями. Все женщины выведены из тяжелого состояния.

В послеродовом периоде у большинства женщин АД нормализовалось к концу вторых суток после родов.

В моче белок исчезал или содержание его резко уменьшалось, обычно на третий день после родов, у 3 женщин слабые следы белка определялись до 7—8 дня.

Анализ наших наблюдений позволяет прийти к таким выводам: 1) переливание крови, произведенное при позднем токсикозе беременности как во время беременности, так и в родах, не осложняет течения позднего токсикоза беременности; 2) при позднем токсикозе беременности можно рекомендовать переливание крови при кровотечениях в родах и для лечения анемии, сочетающейся с поздним токсикозом беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакиева Р. Г. Функциональное состояние сосудистой системы при позднем токсикозе беременных. Автореф. докт. дисс., Казань, 1961. — 2. Бодяжина В. И. и Чижикова Л. Л. Тез. докл. I съезда акуш. и гинек. РСФСР, Л., 1960. — 3. Волков Я. Н., Любимов Н. И., Покровский В. А. Акуш. и гинек., 1952, 2. — 4. Глоzman О. С., Касаткина А. П. Современные методы активной терапии острых токсикозов. Медгиз, М., 1959. — 5. Кошкина С. И. Акуш. и гинек., 1961, 2. — 6. Корякина Т. А. Здравоохр. Казахстана, 1956, 11. — 7. Лиходаева Л. Л. Акуш. и гинек., 1961, 2. — 8. Николаев А. П. Практическое акушерство, 1958, Киев. — 9. Пинкус С. Ш. Акуш. и гинек. 1961, 2. — 10. Персианинов Л. С. Там же, 1962, 6. — 11. Порай-Кошич К. В. Там же, 1961, 6. — 12. Смолина Е. И. Там же, 1962, 6. — 13. Сыроватко Ф. А. Там же, 1955, 2. — 14. Чунихина Н. А. Тез. докл. 13 научн. конф. Ленинградского мед. ин-та, 1959.

Поступила 19 февраля 1963 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ДЕСЕНСИБИЛИЗАЦИИ ПО Ф. М. АЛИ-ЗАДЕ ПРИ РЕЗУС-КОНФЛИКТНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Асп. Б. Г. Садыков

1-я кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. П. В. Маненков) и кафедра патологической физиологии (зав. — проф. М. А. Ерзин) Казанского медицинского института

Из существующих средств десенсибилизации при резус-конфликтной беременности в большинстве случаев применяются в различных комбинациях кислород, глюкоза, аскорбиновая кислота, витамины В₁, Е, К, препараты железа, прогестерон, ультрафиолетовое облучение, диатермия окологломеральной области, еженедельное введение резус-отрицательной крови, частичное обменное переливание крови, кровопускание небольшими порциями, введение гамма-глобулина, дача печени и творога. Несмотря на такое большое количество использованных средств, поиски и оценка новых методов продолжаются.

Наше внимание привлек метод Ф. М. Али-Заде. Отсутствие сообщений об этом методе в доступной нам литературе, а также весьма хорошие результаты, полученные самим Ф. М. Али-Заде, побудили нас к применению данного метода.

Метод предусматривает два этапа. Первый проводится вне беременности у резус-сенситизированных женщин с наличием в сыворотке крови резус-антител. Он осуществляется плазморефрезом с аутореинфузией эритроцитарной массы от трех до восьми сеансов. Задача — удалить изоиммунные антитела из организма и инактивировать оставшиеся в организме антитела до степени их неопределяемости. II этап лечения проводится при наступлении беременности и преследует цель предупредить развитие изоиммунных антител и оградить плод от вредного воздействия последних. Лечение состоит из четырех курсов с перерывами в 20—30 дней. Применяются внутримышечные введения: гамма-глобулина по 3 мл каждые 5 дней 3—4 инъекции; витамина Е по 1 мл (по 100 мг — токоферола) через день 10—15 инъекций; витамина В₁ — 5% по 1 мл ежедневно 10—15 инъекций и витамина С — 5% по 5 мл ежедневно 10—15 инъекций. Во втором курсе уменьшается только число инъекций витамина Е

до 10, в третьем — отменяются инъекции витамина Е и В₁, а в четвертом — сохраняется только введение гамма-глобулина.

Плазмофорез с аутореинфузией эритроцитарной массы осуществляется путем взятия крови из локтевой вены в количестве от 200 до 400 мл на консервирующий раствор, отделения плазмы от эритроцитов, с обратным переливанием эритроцитов. Кровь берется в обычный чистый флакон для двухэтапной заготовки крови на растворе № 7-6 ЦОЛИПК.

Во время взятия крови ее следует осторожно перемешивать с консервирующим раствором; после взятия крови флакон с нею оставляют в вертикальном положении для отстаивания в холодильнике при температуре $+2^{\circ}$ $+10^{\circ}$ на 48 часов, по истечении которых в манипуляционной производится отсасывание плазмы, а эритроцитарная масса переливается той же большой капельным способом. Перед каждой последующей реинфузией аутоэритроцитов кровь исследуется на наличие изоиммунных антител с определением их титра.

В настоящей работе представлены результаты лечения 22 резус-сенсибилизированных женщин в возрасте от 20 до 38 лет, три из которых лечились, начиная с первого этапа, остальные 19 — со второго.

В прошлом у всех этих женщин вместе было 117 беременностей (одна двойня). Из них родами закончились 57, самопроизвольными выкидышами 41, медицинскими абортми — 19. Из 57 родов 38 произошли в срок (26 — живыми, 12 — мертвыми) и 19 — преждевременно (4 — живыми, 15 — мертвыми). Из родившихся живыми в срок умерло 17, из родившихся живыми преждевременно умерло 4. 1 девочка, родившаяся живой при переносной беременности, умерла.

Если исключить 19 медицинских абортов, то из 98 беременностей с 99 плодами гибелью плода закончились 90, а 9 детей живы (один из живых перенес желтушную форму гемолитической болезни новорожденных).

В анамнезе у 6 из этих женщин были указания на предшествующие переливания крови.

Менструальный цикл и половая жизнь у всех этих 22 женщин — без особенностей. Сифилис, бруцеллез, малярия исключены, а у части из них отвергнут и токсоплазмоз.

Проведено определение группы крови и резус-принадлежности беременных, их мужей, новорожденных и матерей беременных у 6 женщин. У всех беременных (кроме одной) кровь была резус-отрицательная, у мужа — резус-положительная, у новорожденных (кроме трех) — резус-положительная, у матерей беременных — резус-отрицательная. У одной женщины была несовместимость по типам резус-фактора. У 6 женщин кровь мужа по группе была несовместимой с кровью беременной, и у 3 кровь новорожденных была несовместима с кровью матери.

Десенсибилизирующее лечение с первого этапа получили три резус-сенсибилизированные женщины. Одной из них произведен семикратный плазмофорез с аутореинфузией эритроцитарной массы, в результате чего достигнуто снижение титра резус-антител с исходного 1:8 до 1:2. Дальнейшее лечение прекращено из-за задержки месячных и указания на сношение. У этой женщины проведен и второй этап лечения — четыре курса. Роды вызваны по Бараци при сроке беременности 38 недель. В результате родилась девочка в 3 700,0 (детское место — 740,0). Новорожденная получила обменное переливание крови и лечение по схеме комплексом лекарственных средств (КЛС). Она перенесла анемическую форму гемолитической болезни новорожденных.

Второй женщине произведен восьмикратный плазмофорез с аутореинфузией эритроцитарной массы, причем было достигнуто снижение титра резус-антител с 1:2 до 0 после последней аутореинфузии. Данной беременной также проведен второй этап лечения — три курса. При поступлении на четвертый курс лечения установлена гибель плода, вызвана родовая деятельность по Бараци. Родилась мертвая мацерированная девочка в 700,0 (детское место — 800,0). Имелось многоводие (2,5 л).

Наконец, третьей женщине проведен 16-кратный плазмофорез с пятнадцатикратной аутореинфузией эритроцитарной массы с сохранением исходного титра резус-антител, равного 1:8. Причем титр резус-антител к третьей аутореинфузии повысился до 1:32, с четвертой по шестой достигал 1:64 и затем к двенадцатой постепенно снизился до 1:8 и в течение остальных пяти аутореинфузий оставался постоянным. Проведено 3 курса второго этапа лечения. 20/VII-63 г. произошел поздний выкидыш мертвой мацерированной девочкой в 670,0 (детское место — 310,0).

Таким образом, эти 3 наблюдения говорят, во-первых, о том, что, по-видимому, метод плазмофореза и аутореинфузии не всегда снижает титр резус-антител как при рекомендуемых восьмью сеансами (второе наблюдение), так даже и при шестнадцати сеансах (третье наблюдение), проведенных нами у исключительно сильно сенсибилизированной женщины, перенесшей до замужества переливание крови с сильной посттрансфузионной реакцией. Все 10 ее беременностей завершились гибелью плодов. Во-вторых, этот метод может оказаться неэффективным даже в случае, где первый этап лечения достиг своей цели, то есть антитела в сыворотке крови женщины снизились до степени неопределяемости. По-видимому, не у всех таких женщин (второе наблюдение) рождаются здоровые дети, не требующие последующего лечения, как указывает автор. Правда, малое количество наблюдений не дает нам возможность делать более определенные выводы, но все же ясно, что наши результаты расходятся с данными автора. Необходимо отметить, кроме того, что первый этап лечения рассчитан

на условия, имеющиеся при институтах переливания крови и отсутствующие в обычных акушерско-гинекологических стационарах.

Лечение только вторым этапом метода у нас получили 19 резус-сенсibilизированных беременных, причем с первой половины беременности — 12, пять из которых вместо витамина Е в инъекциях по 100 мг альфа-токоферола получали витамин Е внутрь (по 1 чайной ложке 3 раза в день); со второй половины беременности лечилось 7 женщин, две из которых также получали витамин Е внутрь.

Из семи резус-сенсibilизированных беременных, получавших с первой половины беременности витамин Е в инъекциях, две получили по два, две по три и три — по четыре курса лечения.

У пяти женщин беременности закончились рождением живых детей; из этих женщин получили три — 4, одна — 5 и одна — 2 курса лечения. У двух женщин, которые получили 4 курса лечения, дети родились здоровыми и живы. Отсутствие гемолитической болезни у этих новорожденных можно отнести за счет проведенного лечения. У одной женщины, получившей 4 курса лечения, ребенок страдал анемической, у двух других, получивших 3 и 2 курса лечения, — желтушной формами гемолитической болезни новорожденных. Эти трое детей получили обменное переливание крови в сочетании с КЛС; все они живы, здоровы, развиваются правильно. У двух беременных, успевших получить лишь два и три курса лечения, беременность завершилась рождением мертвых отечных плодов (в 33 и 40 недель беременности).

В группе получавших с первой половины беременности витамин Е внутрь у всех пяти беременность закончилась гибелью плода. У всех женщин, кроме одной, где гибель плода не была связана с гемолитической болезнью новорожденных, отмечено возрастание титра резус-антител по мере приближения срока родов (выкидыша). У женщины, у которой погиб плод вне связи с гемолитической болезнью новорожденных, титр резус-антител снизился с 1:32 до 0.

У пяти женщин, лечившихся со второй половины беременности инъекциями витамина Е, три беременности закончились благополучно, а две — гибелью плода. Беременности у двух женщин, лечившихся витамином Е внутрь, завершились благополучно.

Итак, распределив всех резус-сенсibilизированных женщин на две группы: 1) леченных по Ф. М. Али-Заде без изменений его схемы и — 2) с заменой инъекций витамина Е приемом его внутрь, мы видим следующее. В первой группе, состоящей из 15 женщин, было 15 беременностей, из которых 9 закончились срочными родами живым плодом. Из этих 9 детей 2 (один резус-отрицательный и один резус-положительный) родились здоровыми, 4 перенесли желтушную, а 3 — анемическую формы гемолитической болезни новорожденных. 6 беременностей завершились гибелью плода. Во второй группе из семи резус-сенсibilизированных женщин только две родили живых детей, перенесших впоследствии желтушную форму гемолитической болезни новорожденных и выживших. 5 беременностей закончились гибелью плода. Отсюда ясна необходимость применения витамина Е в инъекциях.

Таким образом, наши данные значительно отличаются от таковых Ф. М. Али-Заде. Если у автора из 43 резус-конфликтных беременных 36, из 76 — 71, из 16 — 15 и из 92 — 87 родили живых и здоровых (!) детей, то у наших 15 женщин, лечившихся по Ф. М. Али-Заде, только у 9 роды завершились рождением живых детей, 7 из которых перенесли желтушную или анемическую формы гемолитической болезни новорожденных и остались в живых. Если рассматривать эти 15 совместно с семью, где витамин Е давался внутрь, то из 22 беременностей закончилась рождением живых детей только половина. Наши несколько худшие, чем у Ф. М. Али-Заде, результаты возможно объясняются тем, что в данную группу женщин нами сознательно подбирались значительно сенсibilизированные (по отягощенности акушерского анамнеза, высоте титра резус-антител).

Дети, родившиеся с гемолитической болезнью новорожденных, получали следующее лечение: 8 — обменное переливание крови (6 — с желтушной и 2 — с анемической формами гемолитической болезни новорожденных) в сочетании с КЛС. У одного с анемической формой гемолитической болезни новорожденных лечение ограничилось КЛС. У 2 родившихся здоровыми мы ограничились тщательным наблюдением за их состоянием. У всех, кроме одной, страдавших гемолитической болезнью новорожденных, грудное вскармливание началось после трехкратного отрицательного анализа молока матери на специфические антитела. У одного ребенка оно начато через две недели. Все 11 детей живы, развиваются правильно, находятся под контролем от 1 г. 7 месяцев до 2 лет 7 месяцев.

Итак, если у 22 изосенсibilизированных женщин до лечения из 98 беременностей с 99 плодами погибло 90 плодов, то после лечения по Ф. М. Али-Заде на 22 женщины летальные исходы у плодов наступили только у половины. Уже этим оправдывается применение этого метода для борьбы с перинатальной смертностью детей при резус-конфликтной беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Али-Заде Ф. М. Азерб. мед. ж., 1958, 9; В кн: Сб. тр. НИИ перел. крови им. акад. Г. М. Мухадзе, Тбилиси, 1959.