

бодной жидкости в брюшной полости не определяется. Введены сердечные средства, начато капельное внутривенное вливание физиологического раствора. Под местной анестезией произведен верхне-средне-срединный разрез; из операционной раны хлынула кровь со сгустками. Произведено прижатие рукой брюшной аорты. Пульс — 100, слабого наполнения. АД — 110/50. Дополнительное введение сердечных средств; струйное вливание внутривенно физиологического раствора. Дан эфирно-кислородный наркоз. После осушения брюшной полости обнаружено поступление крови из различных отделов верхнего этажа брюшной полости. Сделан дополнительный поперечный разрез влево. Обнаружены рваная кровотокающая рана $7 \times 0,5$ см ножки селезенки, разрыв $2 \times 0,5$ см в области хвостовой части поджелудочной железы, рана $0,3 \times 0,3$ см задней и передней стенок кардиальной части желудка, рана $1 \times 0,5$ см нижней и верхней поверхности левой доли печени, гематома 8×6 см в левой окопечечной области, кровоподтеки 3×2 см и менее — в различных отделах брыжейки поперечно-ободочной кишки. Произведено ушивание ран желудка, печени, поджелудочной железы, удалена селезенка, вскрыта гематома левой окопечечной области. На внутренней поверхности передней брюшной стенки под мечевидным отростком имеется рана $1 \times 0,3$ см; в толще стенки прощупывается инородное тело $1 \times 0,7$ см. Состояние больного ухудшается: пульс — 120, плохого наполнения, АД — 90/40, дыхание прерывистое, хриплое. Дача эфира прекращена. Введены сердечные средства, лобелин, дается кислород. Операционная рана ушита с введением марлевых дренажей к местам ранений органов брюшной полости. Во время операции введено 1500 мл физиологического раствора и гидролизина Л-103. После операции влило 1200 мл одногруппной свежесцитратной крови. Назначены: пенициллин — 600 000 ед. в сутки, глюкоза 40% — 80 мл, пантопон, камфара, кофеин, кислород, капельное вливание 5% глюкозы — 1000 мл, гидролизина — 1000 мл и физиологического раствора 1000 мл, инсулин.

Состояние в послеоперационном периоде тяжелое. Пульс — 140—160, плохого наполнения. АД — 100/50. Боли в животе. Бледность слизистых; жажда, сухость во рту. Ввиду плохого поступления жидкостей внутривенно вливания производятся внутривенно и подкожно.

На вторые сутки после операции произведено промывание желудка. Диурез свободный. Э.— 3 860 000, Л.— 18400; анизо-пойкилоцитоз, олигохронемия, сдвиг нейтрофилов влево, РОЭ не определяется из-за большой свертываемости крови.

На третьи сутки после ранения, через 48 часов после операции, состояние резко ухудшилось. Начался отек легких. В состоянии агонии применена методика оживления по Неговскому: введение под давлением физиологического раствора с глюкозой и адреналином в левую плечевую артерию, введение адреналина в сердечную мышцу, массаж сердца, искусственное дыхание. Проводимые лечебные мероприятия оказались безуспешными; больной скончался в результате паралича дыхательного центра на фоне нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности с явлениями острого отека легких.

На вскрытии в толще передней брюшной стенки под мечевидным отростком обнаружена свинцовая дробица.

Данный случай ранения интересен тем, что небольшой по размерам снаряд, пройдя брюшную полость снизу вверх сзади вперед слева направо, нанес повреждение почти всем органам брюшной полости; другая особенность этого случая в том, что при имевшемся массивном внутрибрюшном кровоизлиянии до операции не только не отмечено признаков внутреннего кровотечения, но и общее состояние раненого продолжало оставаться довольно удовлетворительным.

Поступила 27 октября 1960 г.

ОПАСНОСТЬ ВСКАРМЛИВАНИЯ МОЛОКОМ МАТЕРИ НОВОРОЖДЕННЫХ, БОЛЬНЫХ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ

Научн. сотр. Г. С. Алескеров, ст. научн. сотр. Ф. М. Али-Заде

Азербайджанский научно-исследовательский институт гематологии и переливания крови

Литературные данные и наши наблюдения показывают, что в молоке у изосенсибилизированных женщин после родов могут появляться резус-антитела.

Еще точно не установлена степень всасываемости резус-антител в желудочно-кишечном тракте.

С целью выяснить этот вопрос Борман, Додд и Гунтер двадцати новорожденным с резус-положительной кровью через рот в первые дни жизни вводили молоко или

сыворотку, содержащие резус-антитела с высоким титром. В дальнейшем изосерологическими исследованиями им не удалось обнаружить в крови у этих детей резус-антитела. Однако, несмотря на это, авторы не исключают возможности всасывания неизмененных резус-антител через пищеварительный тракт новорожденных.

По данным Винера ребенок через несколько дней после рождения приобретает способность переваривать протеины молока. Только незначительное количество непереваренных антител может адсорбироваться, что, по его мнению, не является опасным для жизни новорожденных.

Английские ученые, как указывает Винер, тоже считают безопасным вскармливание больных эритробластозом новорожденных молоком матери, содержащим резус-антитела.

Целями настоящей работы были выявление резус-антител в сыворотке молока изосенсибилизированных матерей и изучение вредного их действия на организм новорожденных, родившихся от изосенсибилизированных женщин.

Мы исследовали кровь и молоко 386 родильниц, сенсибилизированных к резус-фактору.

Для исследования проверялись кровь и молоко на резус-антитела. Мы применяли реакцию солевой агглютинации, конгломинации и реакции Кумбса.

Из 386 родильниц у 98 в молоке обнаружены резус-антитела с титром от 1:1 до 1:128, в сыворотке крови у этих родильниц титр резус-антител колебался от 1:1 до 1:1024.

Полученные нами результаты в основном согласуются с литературными данными. Возобновление кормления новорожденного материнским молоком нами допускалось, при отрицательных результатах, после двукратного контрольного исследования молока матери на резус-антитела.

По данным Мирсагаевой, Майоровой, Соловьевой, Поляковой, Тиминской и др., срок содержания резус-антител в материнском молоке находится в пределах 12—20 дней, а по нашим материалам — 20—35 дней.

Тимошенко, Струнов и др. описывают усиленное развитие тяжелой желтухи после кормления детей материнским молоком, содержащим изоиммунные антитела. В дальнейшем при кормлении сцеженным донорским молоком без лечения состояние новорожденных постепенно улучшалось, и они были выписаны в хорошем состоянии.

Полагая, что наблюдения по этому вопросу представляют известный интерес, приведем собственные наблюдения, где гемолитическая болезнь новорожденного усиливалась после кормления материнским молоком с изоиммунными резус-антителами в нем.

Родильница А. А., 1926 г. рожд., имела 5 беременностей, из коих первые две закончились рождением доношенных детей, которые развиваются нормально. Третья беременность в 1956 г. закончилась рождением доношенного ребенка, который на 7-й день умер от желтушной формы гемолитической болезни. Изосерологические исследования крови не были произведены.

Четвертая беременность закончилась 9/II-58 г. рождением нормального ребенка мужского пола. На четвертый день, 13/II, у ребенка появилась иктеричность кожных покровов, что заставило врача-педиатра назначить анализ крови и запретить до получения ответа кормление ребенка материнским молоком.

Кровь новорожденного принадлежала к группе А, резус-положительна. Реакции Кумбса были отрицательны. Кровь матери принадлежала к группе А, резус-отрицательна. В сыворотке крови содержались резус-антитела с титром: полные 1:8, неполные 1:256. Молоко не было исследовано.

В течение последующих четырех дней с 13/II по 17/II, во время кормления сцеженным донорским молоком, общее состояние ребенка было удовлетворительным, иктеричность кожных покровов исчезла, клиническое исследование крови новорожденного от 17/II-58 г. отклонений от нормы не показывало.

Ввиду хорошего состояния ребенка 17/II-58 г. повторно было разрешено кормление материнским молоком без предварительного исследования, и ребенок был выписан из роддома в хорошем состоянии.

Однако, через пять дней после выписки, у ребенка развилась желтуха, по поводу которой его повторно поместили в роддом.

При поступлении состояние ребенка было крайне тяжелым. Кожа и видимые слизистые темно-желтого цвета, не сосал, глаза не открывал, стонал. Температура нормальная, дыхание поверхностное, учащенное и неритмичное. Тоны сердца глухие. Печень и селезенка увеличены на 2—3 см. Моча темно-желтого цвета.

В день поступления прямая реакция Кумбса резко положительная, непрямая — отрицательная. Нв — 20%, Э — 11 900 000. В молоке матери содержались неполные резус-антитела с титром 1:128 и агглютинировали эритроциты новорожденного при 37 и 42° в течение 1—2 минут.

На следующий день ребенок скончался. Патологоанатомическое вскрытие подтвердило диагноз — гемолитическая болезнь.

Родильница К. Н., 29 лет, имела три беременности. Из них первая, ввиду несоответствия размеров таза и плода, закончилась кесаревым сечением, ребенок был извлечен мертвым. После операции перелита кровь в количестве 200 мл без учета резус-принадлежности крови. Переливание крови перенесла хорошо.

Вторая беременность в 1957 г. тоже закончилась извлечением ребенка путем кесарева сечения ввиду рубца на матке. Ребенок умер через 12 часов после его извлечения с явлениями желтухи. По поводу кровопотери родильнице была перелита кровь без учета резус-принадлежности, что сопровождалось сильнейшей реакцией.

Третья беременность закончилась 20/III-59 г. рождением нормального ребенка мужского пола весом 3650 г, длиной 52 см.

Исследования крови новорожденного, произведенные на следующий день после родов, отклонения от нормы не показали. Через 5 дней после родов у ребенка отмечалось пожелтение кожных покровов, которое, нарастая, приобрело лимонно-шафрановый цвет. Состояние ребенка стало тяжелым. Кожа, склеры и видимые слизистые были темно-шафранового цвета. Ребенок на раздражения не реагировал, был вял, неохотно брал грудь и срыгивал после материнского вскармливания. Дыхание было поверхностное и неравномерное. Тоны сердца были неритмичные и глухие. Отмечался цианоз вокруг рта. Печень и селезенка увеличены. Моча желтого цвета, на пеленке оставляла желтые пятна. Кал в норме. Установлено, что у родильницы кровь группы 0, резус-отрицательна. В сыворотке крови содержатся неполные резус-антитела с титром 1:512. Непрямая реакция Кумбса положительная с титром 1:64. В молоке содержатся резус-антитела с титром 1:64.

Кровь ребенка принадлежит к группе 0, резус-положительна. Прямая реакция Кумбса резко положительна. Нв — 50%, Э — 3 000 000, ц. п. — 0,83, нормобласты — 20, эритробласты — 40.

Реакция Вассермана у младенца и у матери отрицательна.

Наряду с другими терапевтическими средствами, назначено кормление ребенка сцеженным донорским молоком. Ребенок в течение 9 дней не вскармливался материнским молоком. Общее состояние ребенка стало удовлетворительное, и Нв возрос до 85%. Однако мать, увидев, что состояние ребенка стало удовлетворительным, без согласия врача начала кормить ребенка своим молоком, в результате чего через 5 дней состояние ребенка опять резко ухудшилось. Нв за 5 дней снизился до 48%. После прекращения кормления материнским молоком состояние ребенка постепенно улучшилось, Нв нарастал, и ребенок был выписан из роддома в удовлетворительном состоянии. В настоящее время ребенок развивается нормально.

Второй случай тоже говорит об опасности кормления ребенка, страдающего гемолитической болезнью, материнским молоком при содержании в нем антител.

Наши наблюдения, еще немногочисленные, позволяют сделать следующие выводы:

1. Молоко изоиммунизированных женщин после родов должно подвергаться изосерологическим исследованиям.

2. Не во всех случаях при резус-антителах в сыворотке крови сенсibilизированных родильниц можно обнаружить в их молоке резус-антитела (по нашим материалам, в 25,6%).

3. Высота титра резус-антител в сыворотке молока большей частью зависит от высоты титра резус-антител в крови.

4. В большинстве случаев титр резус-антител в сыворотке молока бывает на несколько разведений ниже, чем титр резус-антител в сыворотке крови. Однако установить параллелизм между титром резус-антител в сыворотке крови и в сыворотке молока не удалось.

5. Антитела в сыворотке молока довольно неустойчивы и исчезают раньше, чем в сыворотке крови.

6. Мы считаем, что возобновление кормления материнским молоком должно допускаться при двукратном отрицательном результате исследования сыворотки молока матери на резус-антитела.

7. Интервал между первым и вторым контрольным исследованием должен быть не менее 5 дней.

8. Нельзя кормить новорожденного, страдающего гемолитической болезнью, материнским молоком при наличии в нем антител.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мирсагатова Р. С., Майорова Б. И. *Вопр. охр. матер. и дет.*, 1956, 3.
2. Полякова Г. П. *Акуш. и гинек.*, 1956, 6.
3. Она же и Тыминская Е. М. *Гемолитическая болезнь новорожденных*. Медгиз, 1958.
4. Соловьева Т. Г. *Резус-фактор в лабораторной и клинической практике*. Медгиз, 1957.
5. Струнов В. А. *Сов. мед.*, 1959, 5.
6. Тимошенко Л. В. *Гемолитические заболевания новорожденных*. Киев, 1956.
7. Тимошенко Л. В. *Педиатрия, акушерство, гинекология*, 1953, 1.
8. Voorman K. E., Dodd B. E., Gunther M. *Arch. dis. childhood*, 1958.
9. Wiener A. S. *An. Rh-Hr Syllabus. The Types and Their Applications*, New York, 1954.