

В. М. НЕРСЕСЯН

К ВОПРОСУ КОРМЛЕНИЯ МАТЕРИНСКИМ МОЛОКОМ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ ИЗОИММУНИЗИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

При изоантигенных несовместимых беременностях плод может находиться под воздействием циркулирующих в крови матери изоиммунных антител. После рождения связь между организмом ребенка и матери сохраняется через материнское молоко.

Если у новорожденного имеются явления гемолитической болезни, то связь между плодом и изоиммунизированным организмом матери приобретает определенное значение, так как молоко матери может содержать изоиммунные антитела, которые усугубляют течение болезни. Литературные данные по этому вопросу скудны и противоречивы. Борман, Додд и Гунтер [9] кормили Rh (+) детей молоком, содержащим резус-антитела, но им не удалось обнаружить их в сыворотке крови этих детей. Авторы считают, что антитела под действием желудочного сока изменяются, но не исключают возможность всасывания в организм ребенка неизмененных антител.

Винер [11], Вентурелле, Гаулиани [12] считают безвредным кормить детей с гемолитической болезнью материнским молоком, которое содержит резус-антитела. По данным литературы [1—8, 10], кормление больных детей материнским молоком, которое содержит резус-антитела, оказывает вредное действие на течение болезни, так как в организм ребенка поступают добавочные порции антител.

С целью определения наличия антирезус и иммунных анти-А и анти-В антител в сыворотке молока изосенсибилизированных матерей и действия их на организм новорожденного с гемолитической болезнью мы исследовали не только кровь, но и молоко 218 рожениц, у которых наблюдалась иммунизация организма вследствие антигенной несовместимости между кровью матери и плода. Из 218 женщин 147 родили 149 детей с врожденной гемолитической болезнью, связанной с резус-несовместимостью, а 64 женщины родили 64 детей с явлениями гемолитической болезни новорожденных, обусловленной несовместимостью по агглютиногенам системы АВО.

Для выявления резус-антител мы одновременно титровали сыворотку крови 147 и молока 138 женщин, родивших детей с гемолитической болезнью, связанной с резус-несовместимостью методом конглоутинации, солевой агглютинации и непрямой реакции Кумбса. Реакция оказалась положительной в молоке 49 женщин, у 35 из них применялся ме-

тод конгломинации, у 3—конгломинации и солевой агглюминации, у 11—только непрямой метод Кумбса. Все сыворотки молока исследовались повторно 2—4 раза.

При применении метода конгломинации резус-антитела в молоке обнаруживались в 25,3% случаев, т. е. в 3—4 раза реже, чем в сыворотке. Наши данные совпадают с литературными данными [1, 2, 6].

Применение непрямого метода Кумбса дает возможность увеличить процент выявления резус-антител в молоке до 35%. Поэтому при исследовании изоиммунных антител в молоке или же в крови необходимо применять одновременно все три метода исследования.

Из 138 сывороток крови в 126 обнаружили резус-антитела с титром от 1 : 2 до 1 : 1024, из них в 49 случаях, когда резус-антитела в сыворотке крови были с высоким титром, в молоке антитела обнаруживались в титре от 1 : 1 до 1 : 32. В случаях же с низким титром или при отсутствии резус-антител в сыворотке крови матери не удалось обнаружить их и в молоке.

Когда роженица одновременно иммунизирована резус-несовместимым переливанием крови и беременностью, то в молоке резус-антитела выявляются чаще, чем если иммунизирована только при беременности.

Сыворотка крови и молока 64 женщин, родивших детей с гемолитической болезнью, связанной с несовместимостью по агглютиногенам системы АВО, параллельно титровались в солевой и коллоидной среде в пробирках и на чашке Петри. В сыворотке крови и молока 39 женщин в коллоидной среде были обнаружены в высоком титре групповые изоиммунные антитела, соответствующие групповым антигенам ребенка. У 17 женщин групповые изоиммунные антитела обнаруживались только в сыворотке крови, а в молоке их обнаружить не удалось, у 8—иммунные групповые антитела в крови и молоке не были обнаружены.

Изоиммунные антитела системы АВО в сыворотке крови иммунизированных женщин обнаруживались с титром от 1 : 128 до 1 : 32768, а в сыворотке молока—с титром 1 : 32 до 4096, т. е. на 2—3 разведения ниже, чем в сыворотке крови.

По данным Н. С. Дробышевой и З. Ф. Васильевой [2], групповые изоиммунные антитела обнаруживались в сыворотке крови у 31, а в сыворотке молока—у 24 женщин. По данным Т. М. Новаченко [4], из 22 случаев только в одном групповые изоиммунные антитела в молоке не обнаружались.

Титр полных естественных и неполных изоиммунных анти-А и анти-В антител системы АВО в сыворотке крови и молока при определении пробирочным методом был на 1—2 разведения выше, чем на чашке Петри. Следовательно, лучше проводить исследование антител сывороток крови и молока пробирочным методом, чтобы не упустить из виду неполные изоиммунные анти-А и анти-В антитела, особенно с низким титром.

Мы одновременно исследовали антитела системы АВО в сыворотке молока 191 несенсибилизированной роженицы, Ни в одном случае в молоке изоиммунные анти-А и анти-В антитела не выявлялись.

Как при резус, так и при АВО «конфликте», если получается отрицательный результат, то нельзя ограничиваться однократным исследованием иммунных антител, а надо проводить его повторно, через 6—7 дней после родов (т. к. иммунные антитела могут поздно поступать в молоко), что даст возможность увеличить процент выявленных антител.

Как показывают наблюдения, при резус-несовместимости в молоке резус-антитела обнаруживаются реже, чем при групповой несовместимости. Во всех случаях, когда у новорожденных имеются явления гемолитической болезни и в сыворотке крови матери обнаружены изоиммунные антитела, а в молоке антитела не обнаружены, несмотря на это мы считаем недопустимым в первые 10 дней жизни кормить ребенка материнским молоком. Необнаружение иммунных антител в молоке еще не говорит об отсутствии антител, так как иммуногематологические методы не всегда в состоянии выявлять иммунные антитела. Как показывают наши наблюдения, даже в тех случаях, когда у новорожденного имеются слабо выраженные явления гемолитической болезни и в сыворотке крови матери обнаружены иммунные антитела, а в молоке не обнаружены, то кормление новорожденного материнским молоком отрицательно действует на здоровье новорожденного: падает процент гемоглобина, усиливается желтуха, ухудшается общее состояние новорожденного. Все эти явления быстро исчезают с переводом новорожденного на кормление донорским молоком, особенно при групповой несовместимости.

Описываем одно наблюдение.

Гр. А. П. родила доношенного ребенка (2-ая беременность). На первый день у новорожденного появилась желтуха; кровь матери ARh(—), новорожденного—ARh(+), прямая реакция Кумбса у новорожденного положительная. В сыворотке крови матери обнаружены неполные антитела с титром 1:8, непрямая реакция Кумбса с эритроцитами новорожденного положительная. В молоке резус-антитела не найдены. Ребенка кормили материнским молоком. На 6-й день состояние ухудшилось, увеличилась желтуха, процент гемоглобина понизился от 82% до 40%. В дальнейшем при кормлении сцеженным донорским молоком и применении дробного внутрикостного переливания резус-отрицательной эритроцитарной массы 0-й группы состояние ребенка постепенно улучшилось. Ребенок выписан в хорошем состоянии.

Для выяснения вопроса, в течение какого времени сохраняются иммунные антитела в молоке и когда можно возобновить кормление ребенка материнским молоком, мы повторно через 5—10 дней исследовали молоко матери. При резус-несовместимости в большинстве случаев через 10—15 дней после родов в молоке резус-антитела не обнаруживаются, только у одной роженицы в молоке антитела были выявлены на 21-й день и у другой—на 28-й день после родов. Срок обнаружения резус-антител в материнском молоке с единичным исключением находится в пределах 10—15 дней после родов. Исследования Т. Г. Соловьевой [6], Н. С. Дробышевой, З. Ф. Васильевой [2], Г. П. Поляковой [5], Р. С. Мир-

сагатовой, Б. И. Майоровой [3] и др. подтверждают наши наблюдения. По данным Г. С. Алескерова и Ф. М. Али-Заде [1], резус-антитела в молоке обнаруживаются в течение 20—35 дней после родов.

При групповой несовместимости на 10-й день после родов в сыворотке крови матери титр иммунных антител понижается и одновременно значительно падает титр иммунных антител в молоке. А на 15—20-й день в материнском молоке иммунные антитела не обнаруживаются, только в двух случаях у рожениц иммунные групповые антитела были обнаружены на 28—30-й день. По данным Т. М. Новаченко [4], при АВО несовместимости можно возобновить кормление на 8—16-й день, как только начинается падение титра иммунных антител в сыворотке крови и молоке матери.

На основании наших данных можно заметить, что кормление материнским молоком можно возобновлять после полного исчезновения иммунных антител в материнском молоке, т. к. самое незначительное количество их может отрицательно действовать на организм ребенка.

В ы в о д ы

1. В молоке женщин, изоиммунизированных антигеном АВО и резус, можно обнаружить изоиммунные антитела, соответствующие антигенам ребенка.

2. Во всех случаях гемолитической болезни новорожденных необходимо исследовать молоко матери для выявления различных форм иммунных антител.

3. В большинстве случаев титр иммунных антител в молоке бывает на 2—3 разведения ниже, чем в сыворотке крови.

4. В тех случаях, когда в сыворотке матери титр резус-антител был низким или антитела не обнаруживались, их не удалось обнаружить и в молоке.

5. Резус-антитела в материнском молоке выявляются сравнительно реже, чем анти-А и анти-В антитела, которые в молоке сохраняются более длительное время. Поэтому кормление материнским молоком новорожденных с явлениями гемолитической болезни, обусловленной резус-несовместимостью, можно возобновить на 10—15-й день жизни, а при АВО-несовместимости—на 15—20-й день, если повторное исследование молока на наличие иммунных антител дает отрицательные результаты.

6. Целесообразно одновременно с другими методами проводить исследование молока сенсibilизированных женщин по непрямой реакции Кумбса, которая дает возможность увеличить процент выявления резус-антител в молоке.

7. Для обнаружения иммунных антител системы АВО более чувствительным, по сравнению с методом на плоскости, является метод параллельной титрации в солевой и белковой средах, проводимой в пробирках.

Армянский институт гематологии и переливания крови

Поступило 8/III 1965 г.

Վ. Մ. ԿԵՐՍԵՍՅԱՆ

ԻԶՈԻՄՄՈՒՆԻԶԱՑԻԱՅԻ ԵՆԹԱՐԿՎԱԾ ԿԱՆԱՆՑԻՅ ԾՆՎԱԾ ԵՐԵՆԱՆԵՐԻ
ԿԵՐԱԿՐՄԱՆ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՋԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

1. Կս և ABO սխտեմով իմունիզացված կնոջ կաթում կարելի է հայտնարեբել իզոթիմուն հակամարմիններ՝ համապատասխան երեխայի անտիգենին:

2. Նորածինների հեմոլիտիկ հիվանդության բույր դեպքում անհրաժեշտ է քննության ենթարկել մոր կաթը՝ տարբեր տիպի իզոթիմուն հակամարմինների հայտնարեբման համար:

3. Մեծ մասամբ իմուն հակամարմինների տիրը կաթում (1—3 նստացում) լինում է ավելի ցած, քան արյան շիճուկում:

4. Երբ արյան շիճուկում ռեզուս հակամարմինների տիրը լինում է ցածր, կամ չի հայտնարեբվում, այդ դեպքում կաթում հակամարմիններ չեն հայտնարեբվում:

5. Ռեզուս հակամարմինները մոր կաթում հայտնարեբվում են համեմատաբար ավելի սակավ, քան խմբային իզոթիմուն հակամարմինները, որոնք կաթում ավելի երկար են պահպանվում, հետևաբար, ռեզուս անհամատեղելիության հետևանքով բնածին հեմոլիտիկ հիվանդությամբ տառապող նորածիններին մայրական կաթով կարելի է կերակրել կյանքի 10—15 օրից հետո, իսկ ABO անհամատեղելիության դեպքում՝ 15—20 օրից հետո:

6. Միաժամանակ նպատակահարմար է ուրիշ մեթոդների հետ մեկտեղ իմունիզացիայի ենթարկված կնոջ կաթը քննել Կումբսի շեղ ռեակցիայով, որը բարձրացնում է ռեզուս հակամարմինների հայտնարեբման տոկոսը կաթում:

7. ABO սխտեմին պատկանող իմուն հակամարմինները կոլոիդ միջավայրում ավելի բարձր տիրով հայտնարեբվում են փորձանոթային մեթոդով, քան Պյոտրի թասում:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Алескеров Г. С., Али-Заде Ф. М. Казанский медицинский журнал, 1961, 3, стр. 61.
2. Дробышева Н. С., Васильева З. Ф. В сб.: Вопросы гематологии, консервирования крови и тканей, т. 12, Л., стр. 151.
3. Мирсагатова Р. С., Майорова Б. И. Вопросы охраны материнства и детства, 1956, 3, стр. 13.
4. Новаченко Т. М. Вопросы переливания крови, т. VI, Харьков, 1961, стр. 105.
5. Полякова Г. П. Журнал акушерства и гинекологии, 1956, 6, стр. 3.
6. Соловьева Т. Г. Резус-фактор. Л., 1963.
7. Тимашенко В. А. Гемолитические заболевания новорожденных. Киев, 1956.
8. Яковенко Л. Т. Автореферат. Харьков, 1963.
9. Borgman, Dodd, Cunther. Arch. Dis Childhood, 1958, v. 33, p. 24.
10. Carriere, Ruffie, Ducos. Isoimmunisation maternelle due aux facteurs A et B. Le Sang, 1952, 1, p. 62.
11. Wiener. Proc. Soc. exp. Biol. (N. Y.), 1940, v. 43, p. 223.
12. Venturelle, Griuliani. Su un di mulatta embolica dell neonuto du incompatibilita du sistema ABO. Minerva pediatrica, 1956, 48, 1429.