

В. М. НЕРСИСЯН

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ АВО- И РЕЗУС-НЕСОВ- МЕСТИМОСТЬЮ МЕЖДУ КРОВЬЮ МАТЕРИ И ПЛОДА

После открытия агглютиногенов Rh—Hr как самостоятельной системы группы крови установлено их изоантигенное значение в процессе изоммунизации организма человека.

В литературе имеются многочисленные сообщения о значении антигенов системы резус в возникновении привычных выкидышей, мертворождаемости, гемолитической болезни новорожденных и посттрансфузионной реакции при переливании резус-несовместимой крови.

Роль системы АВО в патологии новорожденных долгое время оставалась спорной. Иммунологическое значение антигенов крови матери и плода указанной системы изучено лишь в последнее время [1, 3, 7—13].

По данным разных авторов, гемолитическая болезнь новорожденных, вызванная антителами системы АВО, встречается нередко. По нашим наблюдениям, она составляет 0,37% общего числа родов. Однако вопросы, касающиеся отдаленных последствий этой болезни, пока еще мало освещены. В отечественной литературе лишь в последние годы появились единичные работы [2, 3, 6], посвященные данному вопросу.

Исходя из этого, мы поставили перед собой задачу выяснить отдаленные последствия гемолитической болезни новорожденных, обусловленной АВО- и резус-несовместимостью. Под нашим наблюдением находились 75 детей, перенесших гемолитическую болезнь в течение 1961—1966 гг. Из них у 52 она была вызвана антителами системы резус-фактор, а у 23 АВО-несовместимостью. Диагноз был поставлен на основании клинических данных и изосерологического исследования крови матери и ребенка (групповая и резус-несовместимость крови матери и ребенка, наличие различных форм антирезус, иммунных анти-А, анти-В антител в сыворотке крови матери, прямой тест Кумбса с эритроцитами новорожденного).

В родильном доме дети получали обменные, дробные переливания резус-отрицательной крови и комплексную витаминотерапию. В первые 10—15 дней они кормились донорским молоком, выписались в удов-

летворительном состоянии и в дальнейшем были под наблюдением консультации. В период обследования у всех детей произведен общий анализ крови и установлено наблюдение за их физическим, психомоторным и умственным развитием. Собран подробный анамнез о перенесенных детьми заболеваниях. Самому маленькому ребенку было 2 мес., старшему—5,5 года.

Из 23 детей с гемолитической болезнью, вызванной антителами системы АВО, один умер в 2-месячном возрасте, у 2 отмечалась психическая и умственная отсталость, у 3 наблюдалась поздняя анемия, у 17 детей развитие шло нормально, их психическое и физическое развитие соответствовало возрасту.

Из 52 детей, перенесших гемолитическую болезнь, обусловленную резус-несовместимостью, за период наблюдения умерло 7 в возрасте от 2 мес. до 3 лет. Поздняя анемия сохранилась у 6, умственная и физическая отсталость наблюдалась у 7, остальные 32 ребенка развивались нормально.

При изучении последствий гемолитической болезни у детей, родившихся от резус-отрицательных матерей, обращалось внимание на распределение совместимых и несовместимых групп крови системы АВО у матерей и детей.

Из 52 детей, перенесших гемолитическую болезнь, вызванную антителами системы резус, 41 родился от группосовместимой, а 11—от группонесовместимой беременности.

Из 41 ребенка, родившегося от группосовместимой беременности, 7 умерли от сопутствующих заболеваний, у 10 наблюдались остаточные явления перенесенной гемолитической болезни, из 11 детей, родившихся от группонесовместимой беременности, ни один не умер, только у 3 отмечались остаточные явления перенесенной гемолитической болезни, связанной с резус-несовместимостью.

Для выявления действия перелитой в прошлом крови резус-отрицательным матерям (без учета резус-принадлежности) на дальнейшее развитие ребенка мы выделили две группы.

В первую группу вошли 17 детей, родившихся от матерей, иммунизовавшихся в результате резус-несовместимой беременности и переливания крови.

Во вторую—35 детей, родившихся от матерей, иммунизовавшихся только от беременности.

Наши наблюдения показали, что дети, родившиеся от матерей, иммунизовавшихся в прошлом от переливания крови, в дальнейшем развиваются плохо. Так, из 17 детей I группы 5 умерли в различном возрасте, у 4 отставало умственное и физическое развитие, у 3 отмечалась поздняя анемия, только у 5 детей психическое и физическое развитие соответствовало возрасту.

Больная А. Т., 23 года. Родила доношенного ребенка от первой беременности. В первый день у ребенка появилась желтуха, которая в последующие дни усилилась.

Установили, что у матери кровь Agh-группы с наличием в сыворотке неполных анти Rh₀, антител с титром 1:64 и полных с титром 1:2.

Непрямая реакция Кумбса с эритроцитами ребенка резко положительная. Ребенок с группой крови ARh+, прямая реакция Кумбса положительная с титром 1:2. Отец с группой крови AB Rh+. Из анамнеза выяснилось, что роженица за три года до замужества два раза получала переливание крови без учета резус-принадлежности, которое послужило причиной развития у первого ребенка тяжелой формы гемолитической болезни. Ребенок в дальнейшем стал развиваться плохо, отставал в физическом и умственном отношении. На 7-м месяце ребенок поступил в неврологическое отделение детской больницы, где у него был диагностирован церебральный паралич, от которого умер на 10-м месяце жизни.

Переливание резус-несовместимой крови резус-отрицательной матери способствует более сильной иммунизации организма, вследствие чего у рождающихся от них резус-положительных детей развивается тяжелая гемолитическая болезнь, отрицательно отражающаяся на развитии ребенка.

Дети II группы, родившиеся от матерей, иммунизовавшихся в результате беременности, в дальнейшем развиваются сравнительно лучше. Так, из 35 детей умерли двое, у 3 развилась поздняя анемия, у 3 наблюдалось отставание умственного и физического развития, у 27 детей физическое и психическое развитие шло нормально.

Наблюдения показали, что дети, перенесшие гемолитическую болезнь, обусловленную изоантигенной несовместимостью между кровью матери и плода, тяжело переносят сопутствующие заболевания, часто болеют катаром верхних дыхательных путей, ангиной и другими заболеваниями.

В ы в о д ы

1. Дети, рождающиеся от резус-отрицательных матерей, иммунизовавшихся переливанием резус-несовместимой крови и беременностью, развиваются плохо: у них часто наблюдается отставание умственного физического развития по сравнению с детьми, родившимися от матерей, иммунизированных только беременностью.

2. Дети, родившиеся от АВО-конфликтной беременности, в дальнейшем развиваются сравнительно лучше, чем рождающиеся от резус-конфликтной беременности.

3. В детских консультациях необходимо уделять особое внимание детям, перенесшим гемолитическую болезнь, с целью своевременной диагностики и лечения у них остаточных явлений перенесенной гемолитической болезни.

Վ. Մ. ՆԵՐՍԻՍՅԱՆ

ՄՈՐ ԵՎ ՊՏՂԻ ԱՐՅԱՆ ABO ԵՎ ՌԵԶՈՒՍ ԱՆՀԱՄԱՏԵՂԵԼԻՈՒԹՅԱՆ
ՀԵՏԵՎԱՆՔՈՎ ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ՄՈՏ ԱՌԱՋԱՑԱԾ ԲՆԱԾԻՆ ՀԵՄՈԼԻՏԻԿ
ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԹՈՂԱԾ ՀԵՏԱԳԱ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Ա մ փ ո փ ու մ

Ուսումնասիրելով 64 երեխաների հետագա զարգացումը, որոնք տարել են բնածին հեմոլիտիկ հիվանդություններ՝ կապված ABO և Rh-անհամատեղելիության հետ, հեղինակը եկել է հետևյալ եզրակացության.

1. Արյան փոխներարկման և հղիության հետևանքով իմունիզացված մայրերից ծնված երեխաները հետագայում ավելի վատ են աճում, քան այն երեխաները, որոնք ծնվել են միայն հղիության միջոցով ծնված մայրերից:

2. Այն երեխաները, որոնք ծնվել են ABO-անհամատեղելի հղիությունից, հետագայում անհամատեղ ավելի լավ են աճում, քան այն երեխաները, որոնք ծնվել են ռեզուս-անհամատեղելիությունից:

3. Նորածինների հեմոլիտիկ հիվանդությունների հետագա բարդությունները ժամանակին ախտորոշելու և բուժելու նպատակով անհրաժեշտ է մանկական կոնսուլտացիաներում հատուկ ուշադրություն դարձնել հեմոլիտիկ հիվանդություն տարած երեխաներին:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Васильева З. Ф. Педиатрия, 1960, 10, стр. 37.
2. Дробинский А. Е. Вопросы переливания крови, VI. Харьков, 1962, стр. 110.
3. Ганзбург С. Э., Таболин В. А., Коновалова А. В. Вопросы охраны материнства и детства, 1964, 11, стр. 3.
4. Соколова К. Г. Вопросы охраны материнства, 1961, 10, стр. 67.
5. Новаченко Г. М. Проблемы гематологии и переливания крови, 1960, 2, стр. 29.
6. Таболин В. А. Педиатрия, 1957, 6, стр. 17.
7. Нерсисян В. М. Журнал экспериментальной и клинической медицины АН Арм. ССР, 1963, 2, стр. 77.
8. Нерсисян В. М., Бишарян С. А., Григорян М. К. Вопросы охраны материнства и детства, 1965, 4, стр. 78.
9. Bresler J. Human Biol., 1961, 33, 1, 11.
10. Fischer K., Unrath M. Klin Wochenschr, 1959, 37, 493.
11. Fischer K. Med. Wochenschr, 1961, 86, 15, 727.
12. Venturello R., Giuliani L. Minerva pediatrica, 1956, 48, 1429.
13. Wiener A., Unger L. Med. und Surg., 1955, 13, 3, 204.