

Э. С. ОВАКИМЯН

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ РЕЗУС-
КОНФЛИКТНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Описаны и рекомендованы в практику методы ведения беременности и родов при резус-конфликтной беременности с целью профилактики гемолитической болезни новорожденных.

Актуальным вопросом современного акушерства является разработка мероприятий по дальнейшему снижению перинатальной заболеваемости и смертности. В связи с этим важное значение приобретает изучение иммунологических взаимоотношений матери и плода, играющих важную роль в течении и исходе беременности как для матери, так и для плода.

Резус-конфликт при беременности может явиться причиной патологического течения беременности, невынашивания, ante- и постнатальной гибели новорожденных вследствие гемолитической болезни.

Внедрение в практику заменного переливания крови новорожденным обеспечило значительное снижение частоты и тяжести осложнений, а также процента летальных исходов при гемолитической болезни. Однако отдаленные наблюдения за детьми, леченными заменной гемотрансфузией, довольно часто выявляют у них тяжелые неврологические и другие функциональные нарушения [4].

Открытие антирезус-иммуноглобулина дало возможность резко снизить частоту резус-сенсibilизации у первородящих женщин и развитие у их последующих детей гемолитической болезни. Антирезус-иммуноглобулин вводится после родов по 1—2 мл резус-отрицательным неиммунизированным первобеременным, первородящим родильницам, родившим резус-положительных здоровых детей. Препарат вводится однократно внутримышечно через 24—72 часа после родов. Если после второй беременности женщина родила резус-положительного здорового ребенка и антирезус-антитела в сыворотке ее крови не обнаруживаются, необходимо после родов ввести одну дозу антирезус-иммуноглобулина. Как правило, у резус-отрицательных женщин, «защищенных» антирезус-иммуноглобулином, иммунизация к антигенам системы резус не проявляется, тогда как у женщин, не получавших препарата, в 8—10% случаев развивается резус-сенсibilизация [2]. Антирезус-иммуноглобулин противопоказан резус-отрицательным родильницам, имевшим в прошлом беременность и сенсibilизированным к изоантигенам системы резус.

Физиологическое развитие беременности и родового акта обеспечивается благодаря существующему равновесию между разнотипными иммунологическими реакциями, возникающими в организме матери и плода. Спонтанное прерывание беременности в ряде случаев может быть объяснено нарушением реактивного «баланса» в связи с преимущественным развитием выраженных реакций трансплантационного и гуморального иммунитета.

В последние годы большое признание получил метод подсадки беременным лоскута кожи отцовского аллотипа. Трансплантация женщинам с резус-конфликтной беременностью кожного лоскута мужа оказывает десенсибилизирующее действие. Кожный трансплантат в результате конкурентных взаимоотношений снижает антигенную активность матери, так как в условиях повышения клеточного и трансплантационного иммунитета гуморальный иммунитет страдает. С другой стороны, кожный лоскут отцовского аллотипа, адсорбируя на себе антирезус-антитела, служит защитой для плода.

Показаниями к назначению операции аллопластики кожи являются: а) наличие симптомов выраженной изосенсибилизации; б) отягощенный акушерский анамнез (повторные самопроизвольные выкидыши, мертворождения, гибель новорожденных от ГБН); в) клинические признаки угрозы или начала прерывания беременности.

Под внутрикожной анестезией 0,25% раствором новокаина иссекается кожный лоскут размером 2×4 см, толщиной 0,3—0,5 мм со спины мужа по паравертебральной линии на уровне 4—5-го ребра. Лоскут пересаживается жене также на спине на том же уровне и фиксируется двумя узловыми швами. Повторную гемотрансплантацию рекомендуется применять в случае повышения титра гемагглютининов и гемолизинов через 10—12 недель после предыдущей. Продолжительность жизнеспособности кожного трансплантата после первой подсадки 6—8, после последующих — 4—5 недель.

Существенное значение для исхода беременности имеет не только титр антител, но и этиопатогенез возникновения антител. Так, если у беременной с резус-иммунизацией в анамнезе имела место гемотрансфузия, то тяжелые осложнения возникают при более низком титре антител, чем при иммунизации, явившейся следствием беременности в силу большой реактивности трансфузионных антител.

Ведущая роль в проведении неспецифической десенсибилизирующей терапии в настоящее время принадлежит синтетическим соединениям типа декстранов. Являясь низкомолекулярными белками, они улучшают реологические свойства крови—снижают вязкость и отдаляют иммунные частицы, в результате чего последние взаимоотталкиваются, предотвращая реакцию агглютинации. Индивидуально подобранные декстраны (гемолиз, полиглобулины, желатиноль, реополиглобулины) необходимо вводить с ранних сроков беременности. Мы рекомендуем вводить по 50 мл декстрана через день или по 150—200 мл два раза в неделю. При неэффективности одного иммуносорбента необходимо его заменить и скорректировать лечение в течение всей беременности.

В комплексе неспецифической десенсибилизирующей терапии с успехом применяется новокаин 2% по 5 мл в течение месяца, метионин, ЭАКК, поливитамины, глюкоза с аскорбиновой кислотой, витамин В₁₂, курантил, фолиевая кислота, витамин Е, рутин и с 28-й недели беременности преднизолон по 5 мг ежедневно в течение 2 недель, учитывая, что малые дозы кортикостероидов оказывают иммунодепрес-

сивное действие. С целью улучшения маточно-плацентарного кровообращения необходимо назначать сибгетин, АТФ и кислородно-травяные коктейли. Из трав можно рекомендовать отвары из смеси солодки, брусники, ромашки.

В последние годы для профилактики гемолитической болезни новорожденных нами с успехом применяется зиксорин, который индуцирует оксидазную ферментативную систему смешанной функции микросомальной фракции печени, усиливает образование глюкуроида, способствуя тем самым выведению из организма эндогенных метаболитов и ксенобиотиков, выделяющихся в виде глюкуроида, и увеличивает количество желчи. Зиксорин вводится за 3 дня до родов 1 раз в сутки—400 мг. При желтухе новорожденных зиксорин назначается 1 раз в сутки по 10 мг на кг массы в течение 3—5 дней.

В течение беременности комплексную терапию рекомендуется проводить в отделении патологии беременных не менее 3—4 раз с интервалами в 2 месяца. Наиболее оптимальные сроки госпитализации 12—14, 24, 30 и 34 недели.

Резус-конфликтная беременность, как правило, приводит к досрочному родоразрешению, что объясняется повышением титра антител к концу беременности, большей чувствительностью зрелого плода к воздействию антирезус-антител, а также возрастанием степени проницаемости плаценты. Родовозбуждение и досрочное родоразрешение необходимо проводить при сроке беременности 37 недель после предварительной подготовки шейки матки назначением ганглерона 2,0 в/м, дибазола 0,5%—2,0×2 в/м, белладонных свечей, фолликулина—по 20.000 в/м 2 раза в день. Стимуляцию родовой деятельности лучше проводить по Барцу с вскрытием плодного пузыря.

Одним из основных условий ведения родов является бережное родоразрешение. В первом периоде родов необходимо строго следить за состоянием внутриутробного плода, проводить профилактику внутриутробной гипоксии плода и слабости родовой деятельности. В течение первого периода родов мы рекомендуем также один, иногда 2 раза проводить инфильтрацию шейки матки: новокаин 1,4%—10,0+лидаза 64 ед.+дибазол 0,5%—2,0 и сеанс электроанальгезии, что способствует более быстрому укорочению и сглаживанию шейки матки и сокращению I периода родов. Если учесть имеющиеся в литературе данные относительно поступления большого количества антител от матери плоду во время схваток, то такое ведение родов в какой-то мере предохраняет плод от дополнительных отрицательных воздействий. С началом второго периода родов целесообразно инфильтрировать промежность лидазой. При размерах плода 3000,0 и более у первородящих, 3500 у повторнородящих лучше предварительно произвести эпизию или перинеотомию, по мере возможности меньше придерживать головку плода и дать ей свободно закончить дефлексию и наружный поворот.

Возникновению гемолитической болезни новорожденных, помимо резус-отрицательной крови у матери и резус-положительной у отца,

способствуют также характер проницаемости плаценты и сосудов и реактивность организма женщины. Большую роль при этом играет наличие экстрагенитальных заболеваний, эндокринных нарушений, перенесенных во время беременности инфекционных заболеваний, а также токсикозов беременных.

В профилактике гемолитической болезни новорожденных известную роль играет реабилитация вне беременности женщин, имевших в прошлом резус-конфликтную беременность. Необходимо также проведение обследований и лечебно-профилактических мероприятий женщинам групп повышенного и высокого риска. При наличии титра антител вне беременности целесообразно проведение специфической десенсибилизирующей терапии, в отдельных случаях—в сочетании с плазмофорезом.

Кафедра акушерства
и гинекологии Ереванского
медицинского института

Поступила 3/IV 1987 г.

Է. Ս. ՀՈՎԱԿԻՄՅԱՆ

ՀԴԻՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ԾՆՆԴԱՐԵՐՈՒԹՅԱՆ ՎԱՐՈՒՄԸ ՌԵԶՈՒՍ
ԿՈՆՖԼԻԿՏԱՅԻՆ ՀԴԻՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Բերվում են ռեզուս կոնֆլիկտային հղիության ընթացքի և ծնունդների վարման մեթոդներ, նորածինների հեմոլիտիկ հիվանդության կանխարգելման նպատակով հղիների մոտ զիկսորինի օգտագործման փորձը:

E. S. HOVAKIMIAN

THE CONDUCTION OF THE PREGNANCY AND DELIVERY
OF WOMEN WITH Rh-CONFLICT PREGNANCY

The methods of the pregnancy and delivery conduction of the women with Rh-conflict pregnancy are brought in the article. The application of zixorine during pregnancy for the prophylaxis of hemolytic disease of the newborns is suggested.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Волкова Л. С. Иммунологические взаимоотношения организмов матери и плода. М., 1970.
2. Нерсисян В. М. Методические рекомендации. Антирезус гамма-глобулин. Ереван, 1977.
3. Персианинов Л. С. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. М., 1981.
4. Таболин В. А. Билирубиновый обмен и желтухи новорожденных. М., 1967.