

ЛЕЧЕБНЫЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ С ИЗОИММУНИЗАЦИЕЙ ПО РЕЗУС-ФАКТОРУ

С.В. Черных^{1,2}, Ю.В. Гальченко²

¹Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького, Украина

²Донецкий региональный центр охраны материнства и детства, Украина

РЕЗЮМЕ

В статье рассмотрены вопросы применения эфферентных методов в профилактике и комплексном лечении беременных с изоиммунизацией по резус-фактору. Освещен опыт работы отделения гравитационной хирургии крови Донецкого регионального центра охраны материнства и детства по профилактике гемолитической болезни новорожденных у женщин с вышеуказанной патологией.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: беременность, резус-сенсibilизация, плазмаферез

Среди причин перинатальной заболеваемости и смертности гемолитическая болезнь плода занимает одно из первых мест. Наиболее часто гемолитическая болезнь развивается вследствие несовместимости крови матери и плода по изоиммунной системе резус. Несмотря на разработку профилактических мероприятий с применением анти-Rh-иммуноглобулина, до настоящего времени остается актуальной проблема диагностики и тактики ведения беременности, осложненной резус-сенсibilизацией, гемолитической болезнью плода [1, 4].

Многие авторы сообщают о возможности применения плазмафереза для коррекции гипериммунных нарушений у женщин с изоиммунизацией. Лечебный плазмаферез является одним из основных методов профилактики и терапии гемолитической болезни плода на этапе подготовки к беременности и во время нее, при этом определенное значение имеют число операций плазмафереза, их систематичность, а также общий объем эксфузии плазмы [2, 3, 4].

Целью работы было оценить эффективность и безопасность проведения плазмафереза у беременных с изоиммунизацией по системе резус и отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом.

Работа выполнена в соответствии с комплексной НИР «Розробити та впровадити використання методів екстракорпоральної гемокорекції в комплексному лікуванні патологічних станів, що супроводжуються синдромом ендогенної інтоксикації в акушерстві та гінекології» (№ державної реєстрації 0102U006769).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В Донецкий региональный центр охраны материнства и детства поступали и

продолжают поступать женщины с высокой степенью резус-сенсibilизации, для которых донашивание беременности является большой проблемой. С 1996 года в отделении гравитационной хирургии крови Донецкого регионального центра охраны материнства и детства проведено 350 сеансов лечебного дискретного центрифужного и непрерывного мембранного плазмафереза 88 женщинам с изоиммунизацией по Rh-фактору в различные сроки беременности и на этапе ее планирования. Причинами таких проблем для женщин и врачей стали «традиционные» факты – применение трансфузионных сред без учета резус-принадлежности в анамнезе (в 30% случаев) и отсутствие профилактических мер по предупреждению резус-сенсibilизации женщин (в 70% случаев).

Дискретный плазмаферез проводился с помощью центрифуги ЦПП-3-3,5 (Москва) и пластикатных контейнеров фирмы «Равимед» (Польша); непрерывный мембранный – с помощью аппаратов «Гемос ПФ-12» и «Ге-мофеникс» (Россия), плазмодифильтров «ПФМ-800» (С-Пб) и «Роса» (Москва). Общее число операций зависело от исходного титра антител (АТ), динамики клинико-биохимических и иммунологических показателей, сопутствующей соматической патологии, данных ультразвукового, кардиотокографического, доплерометрического исследований и варьировало от 3 до 17, обычно в сроки 12-14, 18-20, 24-28, 32-36 нед. Объем удаленной плазмы за сеанс составлял 15-25% объема циркулирующей плазмы, плазмозамещение – в соотношении 1:1,5-2 кристаллоидными и коллоидными растворами, по показаниям – альбумином. Осуществлялся контроль протеинограммы, двухэтапной коагулограммы, общего

анализа крови, ее электролитного состава. Состояние плода у беременных контролировалось с помощью кардиотокографии, ультразвукового исследования, доплерометрии.

У 9% (8) женщин в анамнезе было рождение детей с тяжелой формой гемолитической болезни, антенатальная гибель плода, смерть новорожденных в раннем неонатальном периоде, многочисленные медицинские и самопроизвольные аборт. Таким пациенткам плазмаферез проводился в более интенсивном режиме, объем удаленной плазмы до родоразрешения составил от 5,5 л до 10 л, плазмозамещение – солевыми растворами, альбумином, реополиглокином, рефортаном, гепаринокриопреципитированной аутоплазмой. Параллельно с эфферентной, назначалась инфузионная (реополиглокин, глюкоза), метаболическая и антигипоксическая терапия (актовегин, инстенон, эссенциале, кокарбоксилаза, рибоксин, фолиевая кислота), иммуноглобулин человеческого нормальный для внутримышечного или внутривенного введения, проводилась профилактика синдрома дыхательных расстройств плода.

Статистическую обработку полученных данных проводили на компьютере PC Pentium IV с применением программы Excel, рассчитывали среднее (M), его ошибку (m), коэффициенты Стьюдента и Фишера, различия считали достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

До проведения плазмафереза обследованные женщины имели титры АТ

1:32-1:256. Уже после 2-х сеансов лечебного плазмафереза удавалось добиться снижения титра специфических антител в 2-3 раза. Далее назначались повторные курсы или поддерживающие сеансы плазмафереза. Общее состояние беременных во время прохождения курса эфферентной терапии оставалось удовлетворительным, гемодинамические показатели стабильными, клинико-био-химические анализы в пределах нормы, выявленные на УЗИ признаки гиперплазии плаценты не прогрессировали (табл.).

72 % женщин родоразрешено путем операции кесарева сечения в сроках от 32 до 36 недель, 28% – самостоятельно через естественные родовые пути в сроках от 32 до 38 недель. Вес новорожденных варьировал от 2200 граммов до 3225 граммов. После рождения всем детям был выставлен диагноз гемолитической болезни новорожденных, анемической или желтушно-анемической формы, легкой или средней тяжести. Проводилось комплексное лечение гемолитической болезни новорожденных, в 16 случаях – однократное заменное переливание крови, в 15 случаях – однократная трансфузия отмытых донорских эритроцитов, в 10 случаях – лечебный плазмаферез.

Практически все женщины выписались из стационара с детьми. В одном случае пациентка после основного курса эфферентной терапии уехала в другой город, не продолжив рекомендованные поддерживающие сеансы плазмафереза и через 3 месяца поступила с антенатальной гибелью плода в 34 недели беременности.

Таблица

Динамика некоторых клинико-лабораторных показателей до и после проведения курса эфферентной терапии (M±m)

Показатель	До лечебного плазмафереза	После лечебного плазмафереза
Титр анти-Rh-АТ	1:32-1:256	1:8-1:64*
Гемоглобин, г/л	118,12±3,10	116,90±3,20
Ht, %	35,42±0,80	34,11±0,73
Общий белок, г/л	70,50±2,10	68,90±1,50
Креатинин, мкмоль/л	62,62±4,21	59,31±2,53
Мочевина, ммоль/л	6,20±0,81	5,32±0,40
Протромбиновый индекс, %	91,00±5,20	92,00±4,00
Фибриноген, г/л	3,72±0,30	3,80±0,20
АЧТВ, сек	23,47±1,43	25,68±1,14
РФМК, мг%	4,58±1,35	3,32±1,06
ТВ, сек	15,60±1,11	16,03±1,21

* достоверность разницы с исходными данными ($p \leq 0,05$)

ВЫВОДЫ

1. Включение плазмафереза в комплекс лечебных мероприятий у беременных с изоиммунизацией по резус-фактору, особенно с высокой степенью резус-

сенси-билизации и отягощенным акушерским анамнезом способствует эффективному снижению титра антител, позволяет завершить желанную беременность жизнеспособным плодом.

2. Таких «проблемных» пациенток

необходимо концентрировать в клинических лечебных учреждениях, где есть возможность их обследования, лечения с применением современных технологий, а также своевременного родоразрешения и дальнейшего

выхаживания новорожденных. Перспективой дальнейших исследований является изучение новых методов реабилитации новорожденных с гемолитической болезнью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Конопляников А.Г. //Акушерство и гинекология. - 2005. - № -6.- С. 63-68.
2. Марчак А.А. // Вестник акушера-гинеколога. - 1998. - № 2. - С. 5-7.
3. Митря И.В., Федорова Т.А., Донсков С.И. / Материалы семинара «Новые медицинские технологии в акушерстве, гинекологии и неонатологии». - М. - 2005. - С. 69-73.
4. Сидельникова В.М., Антонов А.П. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. -М.:Изд-во Триада. - 2004 - 192 с.

ЛІКУВАЛЬНИЙ ПЛАЗМАФЕРЕЗ У КОМПЛЕКСНОЇ ПРОФІЛАКТИЦІ ГЕМОЛІТИЧНОЇ ХВОРОБИ ПЛОДА У ВАГІТНИХ З ІЗОІМУНІЗАЦІЄЮ ЗА РЕЗУС-ФАКТОРОМ

С.В. Чермних^{1,2}, Ю.В. Гальченко²

¹Донецький державний медичний університет імені М. Горького, Україна

²Донецький регіональний центр охорони материнства та дитинства, Україна

РЕЗЮМЕ

В статті розглянуті питання застосування еферентних методів у профілактиці та комплексному лікуванні вагітних з ізоімунізацією за резус-фактором. Висвітлений досвід роботи відділення гравітаційної хірургії крові Донецького регіонального центру охорони материнства та дитинства з профілактики гемолітичної хвороби новонароджених у жінок з вищевказаною патологією.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вагітність, резус-сенсibilізація, плазмаферез

THERAPEUTIC PLASMAPHERESIS IN COMPLEX PROPHILACSIS OF FETUS HEMOLYTIC DESEASE IN PREGNANT WITH RHESUS-ISOIMMUNIZATION

S.V. Chermnykh^{1,2}, Yu.V. Galchenko²

¹Donetsk State Medikal Universiti named after M. Gorky, Ukraine

²Donetsk Regional Center for Maternity and Child Care, Ukraine

SUMMARY

In the article the problems on efferent methods using in prophylaxis and complex treatment of pregnant women with isoimmunization due to rhesus-factor are discussed. The experience of the department for gravitational blood surgery of Donetsk Regional Center for Maternity and Child Care on the prevention of newborns hemolytic disease in women with the above mentioned pathology is highlighted.

KEY WORDS: pregnancy, rhesus-sensibilization, plasmapheresis