

Заключение

При лечении гипоксии плода антигипоксантом милдронатом (10% раствор по 5 мл/500 мг) внутривенно, капельно на 200 мл изотонического 0,9% раствора натрия хлорида с интервалом 3 час отмечено благоприятное влияние милдроната на состояние плода и новорожденного, в частности, уменьшения частоты асфик-

сии новорожденного в 7 раз. В 5 раз снизилось количество детей, поступающих в отделение интенсивной терапии новорожденных, что по европейским стандартам является очень важным показателем эффективности лечения гипоксии плода. Перинатальная смертность в 2008 г. явилась самой низкой за последние годы и составила всего лишь 0,25%.

ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ RH-АЛЛОИММУНИЗАЦИИ

© Е. В. Шелаева, Н. Г. Павлова

НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность проблемы

Неблагоприятные перинатальные исходы при тяжелых формах Rh-аллоиммунизации обусловлены анемическим синдромом у плода. Нарастающая некомпенсированная анемия нарушает функциональное состояние плода, приводит к развитию хронической гипоксии, формированию сердечной недостаточности, поражению ЦНС плода. Снижение уровня гемоглобина в крови плода менее 0,65 МоМ от физиологической нормы требует адекватной и своевременной коррекции (G. Mari, 2000). Оказание эффективной помощи плоду стало возможным благодаря внедрению в рутинную практику фетальных хирургических технологий, позволяющих проводить лечение тяжелой анемии внутриутробными гемотрансфузиями.

Цель исследования

Анализ перинатальных исходов после внутриутробного лечения тяжелых форм Rh-аллоиммунизации в НИИАГ им. Д. О. Отта СЗО РАМН за последние 4 года.

Материал и методы

Анемия, потребовавшая внутриутробного лечения плода, была диагностирована у 45 повторнобеременных с тяжелой Rh-аллоиммунизацией. У 10 пациенток при иммуногематологическом исследовании определялись только D-антиэритроцитарные антитела, 33 — были иммунизированы несколькими антигенами системы резус (D и/или C, Sw), у одной — наряду с антирезусными определялись Kell-антиэритроцитарные антитела, а у одной D-положительной пациентки — с-антиэритроцитарные антитела в титре от 1:16 до 1:32768. 10 беременным внутриутробные

трансфузии начаты в связи с наличием отечного синдрома у плода, остальным 35 — в связи с повышением максимальной систолической скорости кровотока в средней мозговой артерии плода выше 1,5 МоМ от физиологической нормы для срока беременности, вычисленной при доплерометрии по методике G. Mari (1995). Для переливания использовались отмытые и фильтрованные эритроциты донора с высоким гематокритом (>80%). Объем переливаемой крови рассчитывали по номограмме с учетом срока беременности, уровня гематокрита у плода и донора. Использовался метод сочетанного переливания отмытых эритроцитов донора и 20% раствора альбумина. Перед переливанием с целью обездвиживания плода в вену пуповины вводили бромистый пипекуроний в дозе 0,1 мг на 1 кг предполагаемой массы плода. Для оценки функционального состояния плода во время вмешательства проводился постоянный кардиомониторный контроль его сердечного ритма.

Результаты

Проведено 122 внутриматочных внутрисосудистых трансфузий плодам, от 1 до 5 на протяжении беременности с 19-ой по 35-ю неделю. Количество переливаний, выполненных одному плоду, зависело от тяжести анемии. У 16 плодов (35%) до начала лечения была выявлена анемия средней степени (гемоглобин <0,65 МоМ), у 29 плодов (65%) — анемия тяжелой степени (гемоглобин <0,55 МоМ). Выживаемость плодов составила 89%. Выжили все плоды, имевшие анемию средней степени тяжести и 24 из 29 плодов (83%), имевшие анемию тяжелой степени, в том числе и 8 из 10 плодов с отечной формой заболевания. Пять плодов погибли внутриутробно. Из них в 3 случаях (6,7%) антенаталь-

ная гибель произошла в ближайшие 12 часов после гемотрансфузии в 19, 28 и 32 недели, а 2 плода (4,3%), имевших отечную форму гемолитической болезни, погибли отсроченно в связи с принятым пациентками решением прервать лечение. Брадикардия у плода была наиболее частым осложнением операции и наблюдалась в 24,5% проведенных трансфузий. Она была связана с транзиторным спазмом артерии пуповины, образованием гематом пуповины. Более чем в половине случаев выявить объективную причину развития брадикардии не удалось, в большинстве случаев она носила транзиторный характер. В пяти случаях брадикардия, послужившая причиной срочного родоразрешения, носила стойкий характер. Среди 40 пациенток, у которых беременность закончилась живорождением, 6 были родоразрешены в срок в плановом порядке; 34 — досрочно: две — в 28 недель в связи с началом родовой деятельности и в 32 недели в связи со стойкой брадикардией;

32 пациентки — с 33 по 36 неделю, из них 8 — в экстренном порядке, а у 24 было плановое родоразрешение. Постнатальной гибели новорожденных не отмечалось. 35 новорожденным (88%) проводились заменные переливания крови (от 1 до 5 раз). У девяти новорожденных (22%) наблюдались респираторные нарушения, потребовавшие интенсивной терапии. Только у 6 (15%) новорожденных наблюдались клинически значимые неврологические расстройства различной степени тяжести, обусловленные недоношенностью и незрелостью при родоразрешении.

Заключение

Внутриматочные внутрисосудистые трансфузии отмытых эритроцитов донора в сочетании с раствором альбумина являются эффективным методом лечения тяжелых форм гемолитической болезни плода, обеспечивающим высокую перинатальную выживаемость.