

УДК 618.3-06

**ПЕРВЫЙ ОПЫТ УСПЕШНОГО ВЕДЕНИЯ  
ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ  
БОЛЕЗНИ ПЛОДА ПРИ ДВОЙНЕ**

Туриченко Ольга Витальевна – канд. мед. наук  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар

Лукьяненко Юлия Николаевна  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар

Бут Марина Алексеевна  
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,  
Краснодар

Актуальность проблемы резус-конфликтной беременности связана с высокой перинатальной заболеваемостью и смертностью. На протяжении последних 25 лет эффективным методом лечения тяжелых форм гемолитической болезни плода является внутриутробное внутрисосудистое переливание крови. Операция позволяет пролонгировать беременность до более благоприятного для плода срока родоразрешения, что значительно улучшает исход для него. В статье описаны два случая – успешного внутриутробного лечения бихориальной биамниотической двойни с тяжелой гемолитической болезнью плода и отечной ее формы с критической анемией.

Ключевые слова: ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПЛОДА, ПРЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ВНУТРИУТРОБНОЕ ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ, МАКСИМАЛЬНАЯ СИСТОЛИЧЕСКАЯ СКОРОСТЬ КРОВОТОКА В СРЕДНЕЙ МОЗГОВОЙ АРТЕРИИ ПЛОДА

UDC 618.3-06

**THE FIRST EXPERIENCE OF SUCCESSFUL  
MANAGEMENT OF SEVERE FORM  
OF FETAL HEMOLYTIC DISEASE  
IN TWINS**

Turichenko Olga Vitalyevna – MD  
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,  
Krasnodar

Lukyanenko Yuliya Nikolayevna  
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,  
Krasnodar

But Marina Alekseevna  
SBIHC «Region clinic hospital Nr 2»,  
Krasnodar

The urgency of the problem of Rh-conflict pregnancy is associated with high perinatal morbidity and mortality. Over the past 25 years, intrauterine intravascular blood transfusion has been an effective treatment for severe forms of hemolytic disease of the fetus. The operation allows prolonging pregnancy until a more favorable delivery date for the fetus, which significantly improves the outcome for it. The article describes two cases of successful intrauterine treatment of bichorionic biamniotic twins with severe hemolytic disease of the fetus and its edematous form with critical anemia.

Key words: HEMOLYTIC DISEASE OF THE FETUS, PRENATAL DIAGNOSIS, INTRAUTERINE BLOOD TRANSFUSION, MAXIMUM SYSTOLIC BLOOD FLOW VELOCITY IN THE MIDDLE CEREBRAL ARTERY OF THE FETUS

## **ВВЕДЕНИЕ**

Актуальность проблемы резус-конфликтной беременности обусловлена высокими показателями перинатальной заболеваемости и смертности. На протяжении последних 25 лет эффективным методом лечения тяжелых форм гемолитической болезни плода (ГБП) является внутриутробное внутрисосудистое переливание крови (ВПК). Проведение операции позволяет пролонгировать беременность до более благоприятного срока родоразрешения плода, что значительно улучшает исход для него.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

В перинатальном центре Краевой клинической больницы № 2 ВПК выполняют с 2000 г. На сегодняшний день проведено 630 ВПК при одноплодной беременности. В статье обоснованы два интересных случая успешного ведения тяжелых форм ГБП.

Первый случай – пациентка Ш. с бихориальной биамниотической двойней. При сроке беременности в 25 нед она была направлена на специализированный прием в перинатальный центр в связи с ростом резус-антител от 1:16 в 12 нед до 1:1024 в 24 нед.

Второй случай – пациентка Г. была направлена к перинатальный центр в 22 нед. У нее отмечалось падение титра антител с 1:8192 в 20 нед до 1:1024 в 22 нед.

При обследовании у первой пациентки было выявлено увеличение максимальной систолической скорости кровотока (МССК) в средней мозговой артерии (СМА) более 1,5 МоМ у обоих плодов. У второй пациентки при осмотре обнаружена отечная форма гемолитической болезни плода с полисерозитом (асцит, гидрперикард, гидроторакс).

С целью диагностики анемии плода для решения вопроса о проведении внутриутробного лечения определяли МССК в СМА с последующей зональной оценкой ее показателей по номограмме, разработанной G. Mari [1] и принятой в перинатальном центре.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

У пациентки Ш. с двойней беременность была шестая, в анамнезе четверо родов и медицинских аборта в сроке 6–7 нед, предыдущая беременность завершилась ранней неонатальной смертью в первые сутки от гемолитической болезни новорожденного (ГБН). Срок гестации на момент обращения составлял 25 нед. При проведении первой гемотрансфузии в исходном анализе крови обоих плодов выявлена анемия тяжелой степени. Произведена полная коррекция анемического синдрома обоим плодам. Динамический осмотр беременной проведен только через 3 нед. При осмотре выявлено увеличение МССК в СМА более 1,6 МоМ у обоих плодов. У второго плода обнаружены признаки отечной формы гемолитической болезни (ГБ): асцит, подкожный отек. У первого плода выявлена тяжелая анемия, но без отека (Hb – 47/35 г/л, Ht – 13,8/10 %). Для купирования отечной формы ГБ второму плоду было выполнено два ВПК с 20%-м альбумином. Четыре внутрисосудистых переливания крови произведено первому плоду и пять – второму. Это позволило пролонгировать беременность до 34 нед. В первые сутки детям выполнены два обменно-заменных переливания крови (ОЗПК), на пятые сутки они были переведены на второй этап выхаживания.

Пациентка Г. впервые была направлена в перинатальный центр в связи с выявлением высокого титра резус-антител 1:8192. При первичном осмотре обнаружена отечная форма ГБП с выраженным асцитом, гидротораксом, гидроперикардом. При проведении доплерометрического исследования МССК в СМА соответствовала 2,0 МоМ. На следующий день была выполнена первая внутриутробная гемотрансфузия. В исходном анализе показатели красной крови оказались ниже референтных значений, заложенных в аппарате. Только с помощью газового анализатора смогли определить уровень: Hb – 1,9 г/дл, FCOHb – 7,9 %, FMetHb – 3,6 %, лактата – 3,7 ммоль/д, рН 7,42, общего билирубина – 48,7 ммоль/л. Первая гемотрансфузия была

выполнена только отмытыми эритроцитами донора, анемия была скорректирована до легкой степени. Через 5 дней проведена повторная гемотрансфузия, для коррекции гипопропротеинемии использовали сочетание донорских эритроцитов с 20%-м альбумином. После трех ВПК отмечено купирование отечного синдрома. Всего выполнено пять ВПК. В 35 нед беременная была родоразрешена в плановом порядке. Ребенок родился массой 2530 г, рост составлял 46 см, оценка по шкале Апгар 7–7 баллов. На восьмые сутки новорожденному была выполнена гемотрансфузия, на пятнадцатые сутки ребенок был выписан домой под наблюдение педиатра.

### **ОБСУЖДЕНИЕ**

Многими авторами была показана и обоснована эффективность применения ВПК при тяжелых формах ГБП [2, 3, 4]. В рассмотренном клиническом случае доказана эффективность внутриутробных методов лечения тяжелых форм ГБП. В нашей практике это был первый случай ведения беременности с бихориальной биамниотической двойней с ГБП. У плодов в двойне степень тяжести анемии может отличаться, что предусматривает разную кратность проведения повторных ВПК каждому из плодов. Критерием проведения очередной гемотрансфузии являлось увеличение максимальной скорости кровотока в СМА.

Отечная форма ГБП является критичной. При выраженном полисерозите у плода проводят внутриутробное лечение, так как велик риск антенатальной гибели при выполнении манипуляции. Для плода уровень гематокрита 5 % является критическим, в случае с пациенткой Г. исходный Ht был значительно ниже, так как уровень гемоглобина соответствовал 1,9 г/дл. Поэтому при первом ВПК для увеличения количества переносчиков кислорода использовали только отмытые эритроциты. При проведении второго ВПК для коррекции гипопропротеинемии использовали 20%-й альбумин.

Случаи успешного ведения тяжелых форм ГБП показывают эффективность применения внутриутробных гемотрансфузий.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведение ВПК является эффективным методом лечения тяжелых форм ГБП, что позволяет купировать отечную форму заболевания и пролонгировать беременность до более комфортных для плода сроков родоразрешения даже при многоплодной беременности.

### Список литературы

1. *Mari G.* Noninvasive diagnosis by Doppler ultrasonography of the fetal anemia due to maternal red-cell alloimmunization / *G. Mari* // *New England J.* – 2000. – Vol. 342. – pp. 9–14.
2. Наш опыт многократных внутриутробных переливаний крови плоду с тяжелой формой гемолитической болезни плода при резус-конflikте / *Г. М. Савельева, А. Г. Коноплянников, Е. Я. Караганова, А. А. Смирнова, М. М. Астраханцева, Н. Г. Мартынова, О. А. Латышкевич* // *Российский вестник акушера-гинеколога.* – 2021; 21(1):61-68.
3. *Макагон А. В.* Гемолитическая болезнь плода: мониторинг, лечение плода и родоразрешение / *А. В. Макагон, И. В. Андрюшина* // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* – 2018; 17(3): 45–52.
4. *Айламазян Э. К.* Изоиммунизация при беременности / *Э. К. Айламазян, Н. Г. Павлова.* – СПб.: Изд-во Н-Л, 2012. –163 с.