

K. Yamasaki et al. // Surg Endosc. — 2000. — N 2. — P. 137-140.

7. Shirouzu Y., Shirouzu K., Yoshida S. Effect of fentanyl on morphine levels in the brain in rats receiving intracerebroventricular injection of TNM- α // Am. J. Physiol. — 1998. — N 275. — P. 635-640.

8. Time course of differences in lymphocyte proliferation rates after laparotomy vs CO₂ insufflation / S. W. Lee, J. C. Southall, N. R. Gleason et al. // Surg Endosc. — 2000. — N 2. — P. 145-149.

9. Laparoscopic surgery preserves

monocyte-mediated tumor cell killing in contrast to the conventional approach / C. Sietses, C. E. G. Havenith, Q. A. Eijbouts et al. — 2000. — P. 734-740.

10. Changes in T Cell subsets, Interleukin-6, and C-reactive protein after laparoscopic and open colorectal resection for malignancy / B. J. Mehigan, J. E. Hartley, P. J. Drew et al. — 2001. — P. 80-84.

11. Effects of surgical trauma of laparoscopic vs open cholecystectomy / R. Dionigi, L. Dominioni, A. Benevento et al. // Hepatogastroenterology. — 1994. — N 41. — P. 471-476.

12. The influence of surgical operations on components of the human immune system / T. W. Lennard, B. K. Shenton, A. Borzotta et al. // Br. J. Surg. — 1995. — N 72. — P. 771-776.

13. Interleukin-6 and stress hormone response after uncomplicated gasless laparoscopic-assisted and open sigmoid colectomy / R. Fukushima, Y. J. Kawamura, H. Saito et al. // Dis. Colon. Rectum. — 1996. — N 39 (Suppl). — P. 29-34.

14. Laparoscopic-assisted versus open surgery for colorectal cancer / P. M. Hewitt, S. M. Ip, S. P. Kwok et al. // Ibid. — 1998. — N 41. — P. 901-909.

УДК 616-072.1

В. В. Грубник

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА: ИЛЛЮЗИЯ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ

Изучены и обобщены данные литературы и результаты собственного опыта выполнения более 4000 видеоэндоскопических операций с целью обоснования малоинвазивности эндоскопических вмешательств. Некоторые видеоэндоскопические вмешательства, такие как лапароскопическая холецистэктомия, лапароскопическая фундопликация, лапароскопическая ваготомия, лапароскопическое удаление опухолей надпочечников, торакокопическая симпатэктомия, торакокопическое вмешательство на легких, являются менее травматичными для больных, чем открытые оперативные вмешательства.

Ключевые слова: малоинвазивные оперативные вмешательства, лапароскопия, торакокопия, пневмоперитонеум.

UDC 616-072.1

V. V. Grubnik

THE NONINVASIVE ENDOSCOPIC OPERATION: ILLUSION OR REALITY

In this study we have analyzed the data from literature sources as well as our own experience of more than 4000 videoendoscopic operations to ground the minimal invasiveness of endoscopic operations. The research has shown that such operations as laparoscopic cholecystectomy, laparoscopic fundoplication, laparoscopic vagotomy, thoracoscopic sympathectomy, thoracoscopic operation on lungs are less traumatic for the patients as compared with open operations. The detailed analysis of different laparoscopic operations will allow to see their advantages and clear up the degree of the invasiveness of these operations.

Key words: minimal invasiveness, laparoscopy, thoracoscopy, pneumoperitoneum.

УДК 616.155.194.17-053.31-08

М. Л. Аряев, д-р мед. наук, проф., Н. Л. Мерікова, канд. мед. наук, доц.

ПРОГРЕС У ПРОФІЛАКТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ГЕМОЛІТИЧНОЇ ХВОРОБИ ПЛОДА І НОВОНАРОДЖЕНОГО

Одеський державний медичний університет

Розробка ефективних методів лікування й профілактики гемолітичної хвороби плода і новонародженого (ГХН) і сьогодні залишається одним з важливих завдань сучасної перинатології. Актуальність визначається досить високою перинатальною захворюваністю та смертністю від ГХН, а також тим, що ця патологія може бути причиною тяжких уражень ЦНС з подальшою інвалідизацією дітей [1, 4].

Першу спробу терапії еритробластозу новонароджених здійснено 1927 р., коли дитині

з анемією було зроблено трансфузію цільної крові, взятої від батька. Подальшим принципово важливим кроком в історії лікування ізоімунної гемолітичної анемії була розробка Ф. Н. Аллен і співавторами (1950) методу замінного переливання крові (ЗПК) з метою профілактики ядерної жовтяниці. Значення цієї події важко переоцінити, оскільки і сьогодні цей метод не має альтернативи у лікуванні ГХН з тяжким перебігом.

Терапевтичний ефект ЗПК пояснюється тим, що під час

операції видаляються еритроцити з фіксованими на них антитілами, а також частково знижується рівень циркулюючих антитіл, через що зменшується інтенсивність гемолізу в системі макрофагів у новонароджених; швидко знижується рівень білірубину у плазмі приблизно до половини його передопераційної концентрації, а також видаляється певна кількість білірубину з тканин за градієнтом зміненої концентрації; здійснюється корекція анемії донорськими еритроцитами [7-9]. Проте хоча ЗПК і є найбільш

ефективним методом зменшення гемолізу, гіпербілірубінемії та корекції анемії, цей метод не можна вважати радикальним з кількох причин:

1) після операції ЗПК через 30–60 хв і пізніше підвищується концентрація некон'югованого білірубину (НБ) на 20–30 % від його рівня після ЗПК (феномен «рикошету»);

2) ЗПК уповільнює, хоча не призупиняє зовсім гемоліз і анемізацію новонародженого, тому що сенсibiliзуються не тільки зрілі циркулюючі еритроцити, але й незрілі еритроцити на стадії гемопоезу [9].

Крім того, операція ЗПК може супроводжуватися гемотрансфузійними, метаболічними та інфекційними ускладненнями, що й було однією з причин пошуку безпечніших методів терапії.

Досить ефективними виявилися сорбційні методи лікування як новонароджених дітей з гемолітичною жовтяницею (екстракорпоральна гемосорбція), так і ізоімунованих вагітних (гемосорбція, селективна імуносорбція). Проведення гемосорбції і плазмаферезу у новонароджених сприяє зниженню гіпербілірубінемії, дещо зменшує активність гемолізу, скорочує тривалість жовтяниці. Водночас ускладнень після їх застосування менше, порівняно із ЗПК [10]. Гемосорбцію в ізоімунованих вагітних призначають після 24–25 тиж гестації, за показаннями сеанси повторюють кожні 2–3 тиж. Імуносупресивний ефект гемосорбції на антенатальному етапі пов'язаний із сорбцією як імунних антиеритроцитарних антитіл, так і лімфоцитів [8; 10; 11].

На стадії експериментальних розробок відбувається селективна імуносорбція, суть якої полягає в адсорбції материнської плазми резус-(Rh)-позитивними еритроцитами донорської крові, після чого плазма, вивільнена від специфічних антирезусних антитіл, знову інфузується до судинного рус-

ла матері [12]. Недоліком методу є досить часте подальше збільшення титру антитіл, однією з причин чого може бути антигенна стимуляція Rh-позитивними еритроцитами в реінфузованій плазмі, які залишилися після цієї маніпуляції [8; 12].

Більшого визнання набули такі методи видалення антитіл з материнської плазми, як плазмаобмін і плазмаферез. На думку деяких авторів, повторні сеанси плазмаферезу сприяють зменшенню ураження плода від гемолізу, покращують перебіг вагітності у сенсibiliзованих жінок, і, таким чином, зменшують показники перинатальної смертності від ГХН [13]. Слід відзначити, що резус-ГХН була одним з перших захворювань, при якій плазмаферез був апробований як терапевтичний метод. Проте через наявність можливих ускладнень (гемодинамічні, інфекційні, геморагічні), а також за економічними розрахунками, призначення плазмаферезу доцільне лише у вагітних з високим ризиком тяжкого ураження плода [8; 14; 15].

У 24–32 тиж гестації плоду з резус-ГХН може бути проведена внутрішньоутробна трансфузія свіжих Rh-негативних еритроцитів 0 (I) групи. У 60-х рр. минулого сторіччя еритроцити вводили до черевної порожнини плода, а після 1981 р., за методикою С. Родика і співавторів, переливання еритроцитів здійснюють через вену пуповини плода після кордоцентезу. Операція, яка проводиться з урахуванням акушерського анамнезу та результатів спектрофотометричного визначення рівня білірубину в амніотичній рідині, допомагає підвищити вміст гемоглобіну, зменшити вираженість гемолітичної анемії і запобігає водянці плода. Втім, внутрішньоутробні гемотрансфузії залишаються досить складними технічно й інвазивними для матері та плода, хоча і дещо знижують пе-

ринатальну смертність від ГХН [15; 16].

З цих причин, незважаючи на досить великий перелік антенатальних методів лікування ГХН, пошук більш ефективних і безпечних методів триває. Так, багато дослідників пов'язують перспективи антенатального лікування ізоімунізації з імуносупресивною терапією вагітних, оскільки перебіг вагітності та внутрішньоутробний стан плода за Rh-ГХН залежать від характеру імунологічних взаємовідношень між організмом матері та фетоплацентарним комплексом [6; 17].

З урахуванням літературних даних про імуносупресивний ефект прометазиу гідрохлориду в експерименті та клініці [18], ми вивчили можливість медикаментозної імуносупресії ізоімуного конфлікту (насамперед, Rh-конфлікту) з використанням доступного в Україні дипразину. Препарат призначали ізоімунованим вагітним при досягненні титру Rh-антитіл 1:16 і вище із розрахунку 150–175 мг/добу (ця доза суттєво перевищує середньотерапевтичну, яка забезпечує звичайний антигістамінний ефект), курсами по 4 тиж упродовж 8–12 тиж. Для виключення можливого тератогенного ефекту препарат призначали не раніше другого триместру вагітності.

Результати дослідження показали позитивний вплив антенатального призначення дипразину на наслідки Rh-ізоімунованих вагітностей та клінічний перебіг Rh-ГХН. Відмічалось зменшення частоти тяжких природжених форм гемолітичної хвороби. Клінічне спостереження за хворими новонародженими у ранньому неонатальному періоді показало зниження кількості необхідних ЗПК, особливо повторних. Гіпербілірубінемію й анемію у постнатальному періоді частіше контролювали тільки консервативною терапією. З позитивним клінічним ефектом дип-

разину корелював доведений результатами імунологічних досліджень імуносупресивний вплив препарату.

У ізоімунізованих вагітних відмічалось зниження титру специфічних антитіл та рівня В-лімфоцитів і Т-хелперів, підвищення Т-супресорної субпопуляції лімфоцитів на фоні зниження імунорегуляторного індексу Т-хелпери/Т-супресори. Водночас у новонароджених дітей не спостерігалось суттєвих змін показників клітинного та гуморального імунітету.

Про безпечність імуносупресивної терапії дипразином свідчить відсутність збільшення частоти перинатальних інфекцій у новонароджених та інфекційних ускладнень у матерів. Зпоміж побічних впливів препарату відмічені седативний та атропіноподібний ефекти, проте вони зникали або значно зменшувалися до кінця першого тижня терапії дипразином. Індивідуальна непереносимість (нудота, головний біль, виражена сонливість, тахікардія), яка зумовлювала відміну препарату, спостерігалась лише у кількох жінок [8; 14; 19].

Таким чином, ці дослідження свідчать про принципову можливість зниження гіперімунізації у матері та запобігання тяжким формам гемолітичної хвороби шляхом призначення консервативної імуносупресивної терапії, без використання інвазивних оперативних методів на антенатальному етапі.

До загальноновизнаних методів постнатального лікування ГХН належать, окрім ЗПК, також фототерапія, призначення фенобарбіталу та інфузії розчину глюкози. Ці методи спрямовані на досягнення гіпобілірубінемічного ефекту через фотоокислення молекули НБ з утворенням менш токсичних ізомерів, покращання кон'югації НБ у печінці та виведення білірубину з жовчю і через нирки [8; 20; 21]. Значно менше вивчено таку ланку патогенезу ГХН, як стан еритроцитарних

мембран у новонароджених з ізоімуною анемією, і, як наслідок, досі не розроблені принципи мембранотропної терапії.

Наші дослідження показали, що розвиток ГХН супроводжується зниженням осмотичної та кислотної резистентності еритроцитів, інтенсифікацією процесів пероксидації, порушенням функціонування фізіологічної антиоксидантної системи, появою метаболічного ацидозу і тканинної гіпоксії, причому є взаємозв'язок між вираженістю цих відхилень і періодом та тяжкістю гемолітичного процесу [22].

Отримані результати обґрунтували доцільність застосування в комплексній терапії ГХН вітчизняного мембранотропного й антиоксидантного препарату ліпін дозою 10–15 мг/(кг·добу) внутрішньовенно повільно курсом до 5–7 днів. Клінічна апробація ліпину довела його позитивний вплив на клінічну динаміку ГХН: відмічені скорочення тривалості жовтяничного періоду, зменшення кількості необхідних ЗПК завдяки зниженню активності патологічного гемолізу еритроцитів.

Наявність гемічної гіпоксії та розвиток вторинної тканинної гіпоксії у новонароджених дітей з ГХН дозволили вперше обґрунтувати доцільність застосування методу гіпербаричної оксигенації (ГБО) у модифікованому нами режимі (тиск — 1,5 атм, швидкість компресії — 0,1 атм/хв, декомпресії — 0,05–0,08 атм/хв, тривалість ізопресії — 20 хв, на курс лікування — 3–5 сеансів) [2; 3]. Включення в комплексну терапію тяжких жовтянично-анемічних форм ГХН з ознаками вираженої анемічної і тканинної гіпоксії методу ГБО сприяло швидкому регресу неврологічної симптоматики, покращанню білірубінкон'югаційної функції печінки, нормалізації параметрів КЛС, а також збільшенню показників внутрішньо-

тканинної pO_2 за відсутності активації процесів ПОЛ. Визначено клінічні протипоказання до лікування гіпербаричним киснем у новонароджених: недоношеність II–III ступеня, порушення мозкового кровотоку і патологія легень [22; 24].

Вивчення особливостей метаболізму білірубину і концентрації середньомолекулярних пептидів при гіпербілірубінеміях різного генезу у новонароджених показало, що найбільш виражені відхилення характерні для ГХН і вони корелюють зі ступенем активності ізоімуного гемолітичного процесу. Доведено специфічність, високу чутливість і прогностичну цінність концентрації середньомолекулярних пептидів як додаткового критерію тяжкості перебігу ГХН і маркера білірубінової інтоксикації [25; 26]. Ці дані обґрунтували використання методу ентеросорбції за ГХН з метою поліпшення глюкуронілтрансферазної та протейсинтетичної функції печінки, що пришвидшує нормалізацію пігментного обміну і зменшує небезпеку розвитку білірубінової інтоксикації.

Наші дослідження показали ефективність вітчизняного сорбційного препарату ентеросгель, який призначали залежно від тяжкості гіпербілірубінемії від 1,0 до 1,5–2,0 г/(кг·добу) протягом 7–10 днів. Відмічений позитивний клінічний вплив ентеросгелю — зниження тяжкості та зменшення тривалості жовтяничного синдрому, швидше відновлення толерантності до їжі — корелював з більш вираженими темпами зниження рівня НБ. Дуже важливим показником доцільності використання методу ентеросорбції при ГХН є трохи зменшена потреба в інвазивних оперативних методах лікування: при середньотяжкому перебігу жовтяничної форми ГХН рідше проводили замінні гемотрансфузії, при тяжкому перебігу зменшувалась кількість повторних ЗПК [27; 28].

Розробка ефективних методів профілактики Rh-ГХН залишається однією з важливих проблем перинатології. Висока частота Rh-конфлікту, яка констатується в Україні, зумовлена, насамперед, недостатньою ефективністю специфічної профілактики анти-Rh-імуноглобуліном (RhIgG) за стандартною методикою. Ця методика не передбачає проведення антенатальної специфічної профілактики Rh-ГХН, а також визначення величини фетоматеринської трансфузії (ФМТ) для індивідуального розрахунку дози RhIgG.

Проведені нами дослідження показали ефективність специфічної профілактики Rh-ГХН при введенні на 28-му тижні гестації однієї дози RhIgG Rh-негативним вагітним, не сенсibilізованим до Rh-антигену, за умови Rh-позитивної належності крові чоловіка.

Порівняння факторів ризику акушерського анамнезу з величиною ФМТ, яку визначали після пологів у перші 24–48 год, дало підстави стверджувати, що високу специфічність і високу прогностичну цінність щодо збільшення об'єму ФМТ мають нефропатія, поєднаний гестоз, ендокринопатія, переносена та багатоплідна вагітність, акушерська допомога й операція кесаревого розтину на фоні перинатальної патології, а також ручне відділення плаценти, ручне обстеження порожнини матки та передчасне відділення нормально розташованої плаценти і хоріоамніоніт [29].

Клініко-параклінічні зіставлення показали, що модифікація дози RhIgG у відповідності з величиною ФМТ забезпечує клінічні переваги порівняно зі стандартним методом імунопрофілактики Rh-ГХН. Ефективність специфічної імунопрофілактики виявилася значно вищою після введення однієї дози RhIgG на кожні 24 мл ФМТ.

У разі масивних трансплантаційних геморагій найліпші результати досягаються, якщо

збільшити розраховану дозу препарату ще на одну дозу.

Таким чином, аналіз отриманих результатів свідчить про доцільність удосконалення стандартної методики специфічної профілактики Rh-конфлікту шляхом комбінованого введення RhIgG в анте- і постнатальному періодах з урахуванням величини ФМТ. Удосконалена методика імунопрофілактики Rh-ГХН є більш ефективною, що дозволить знизити перинатальну захворюваність, смертність і інвалідизацію від Rh-конфлікту [30].

Незважаючи на досить вагомий досягнення у діагностиці, профілактиці і лікуванні ГХН, цю проблему не можна вважати розв'язаною, насамперед тому, що за наявності численних методів терапії досі немає загально визначених стандартів ведення ГХН, які були б обґрунтовані диференційованим призначенням анте- і постнатальних методів. Подальший прогрес щодо ведення ізоімунної вагітності та новонароджених дітей з ГХН буде пов'язаний з більш детальним вивченням патогенезу не тільки Rh-конфлікту, а й АВ0-ізоімунизатії, а також з розробкою патогенетично обґрунтованих стандартів лікування і профілактики цієї патології в Україні.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Причини смертності дітей в Україні* / Н. Г. Гойда, Р. О. Мойсеєнко, В. В. Бережний та ін. // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1999. — № 4. — С. 7-8.
2. *Нагорна А. М., Грузєва Т. С.* Особливості та тенденції захворюваності дитячого населення України в динаміці 1991–1998 рр. // Там же. — 1999. — № 4. — С. 7.
3. *Дизик Г. М., Лавровська Н. Ц., Омельчук Н. Ц.* Імунний резус-конфлікт: статистика, патогенез, біологічні наслідки // Там же. — 1996. — № 3. — С. 37–41.
4. *Запорожан В. Н., Аряев Н. Л.* Практические проблемы перинатологии // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии. — 1995. — № 5. — С. 10-15.
5. *Мизчина Т. И.* Фізичний розвиток та захворюваність дітей першого року життя після перенесеної гемолітичної хвороби // Педіатрія, акушер-

ство та гінекологія. — 1998. — № 2. — С. 17-19.

6. *Ткаченко С. К., Алферова И. П., Головка И. М.* Становление иммунитета у детей первого года жизни, перенесших ГБН // Педиатрия. — 1996. — № 1 — С. 14-17.

7. *Liley A. W.* Intrauterine transfusion of fetus in hemolytic disease // Brit. Medic. J. — 1963. — Vol. 2. — P. 1107–1109.

8. *Аряев Н. Л., Зелинский А. А., Мерикова Н. Л.* Гемолитическая болезнь новорожденных. — К.: Здоров'я, 1992. — 153 с.

9. *Аряев Н. Л., Семенов И. В., Рожковська Н. М.* Практична перинатологія. — К.: Здоров'я; Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 1999. — 196 с.

10. *Hemosorption in the prevention of severe form of hemolytic disease in newborn in sentization* / A. C. Konoplahnikow, E. A. Saikina, N. B. Goriushina et al. // Obstetr. Genecol. — 1993. — N 3. — P. 31-33.

11. *Сергиенко Н. С., Малиновская С. Я., Сичинова Л. Г.* Лечение гемолитической болезни плода методом гемосорбции // Акушерство и гинекология. — 1998. — № 9. — С. 56-58.

12. *Конопляников А. Г., Састиния Е. А., Гришина Н. В.* Гемосорбция в лечении тяжелых форм гемолитической болезни новорожденных при резус-сенсibilізации // Там же. — 1993. — № 3. — С. 31-33.

13. *Маргак А. А.* Гравитационный плазмаферез в комплексной терапии резус-сенсibilізованных беременных // Там же. — 1998. — № 2. — С. 53-56.

14. *Лікування та профілактика гемолітичної хвороби плода і новонародженого* / М. Л. Аряев, Н. Л. Мерикова, О. О. Зелінський та ін. // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1994. — № 3. — С. 8-10.

15. *Маркова В. И., Шабалов Н. П.* Клиническая фармакология новорожденных: (Руководство). — 2-е изд. — СПб.: Сотис, 1993. — 374 с.

16. *Михайлов А. В., Константинова Н. П., Пичина Т. В.* Внутриматочные переливания крови плоду как способ лечения отечных форм ГБН // Акушерство и гинекология. — 1990. — № 7. — С. 41-44.

17. *Aryaev N. L., Merikova N. L.* Fetomaternal Transfusions and perinatal problems // Pediatrics. — 1996. — N 1, Supl. 1. — P. 293.

18. *Charles A. V., Blumenthal L. S.* Promethazine hydrochloride therapy in severely Rh-sensitized pregnancies // Obstet. Gynecol. — 1982. — N 60. — P. 627-630.

19. *Аряев Н. Л., Мерикова Н. Л., Луценко О. С.* Профілактика і лікування резус-імунізації в збереженні репродуктивного здоров'я у юних первобережних // Тез. доп. II Наук.-практ. конф. лікарів-гінекологів дит. та підлітк. віку України. — Одеса, 1995.

20. *Шабалов Н. П.* Неонатология. — СПб., 1997. — 553 с.

21. *Аряев М. Л., Зубаренко О. В.* Дитячі хвороби. Неонатальний, малюковий і ранній вік. — Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2001. — 328 с.

22. *Десятская Ю. В.* Клиническое значение мембранотропной терапии и гипербарической оксигенации в комплексном лечении гемолитической болезни новорожденных: Дис. ... канд. мед. наук: 14. 10. — Одесса, 1997. — 216 с.

23. *Аряев М. Л., Десятская Ю. В.* Функциональный стан мембран эритроцитов при гемолитичній хворобі новонароджених // Перинатология. — 2002. — № 1. — С. 29-31.

24. *Десятская Ю. В.* Клиническое значение мембранотропной терапии и

гипербарической оксигенации в комплексном лечении гемолитической болезни новорожденных: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14. 10. — Одесса, 1997. — 20 с.

25. *Васильченко Л. В.* Специфичность, чувствительность и прогностическая ценность среднемолекулярных пептидов для определения степени тяжести гемолитической болезни новорожденных // Вісн. мор. медицини. — 1999. — № 3. — С. 99-101.

26. *Васильченко Л. В.* Клінічне значення ентеросорбції в комплексному лікуванні гемолітичної хвороби новонародженого: Дис. ... канд. мед. наук: 14. 10. — К., 2001. — 186 с.

27. *Васильченко Л. В.* Сучасні методи лікування гемолітичної хвороби новонароджених // Нові технології у на-

вчальному процесі, теоретичної та клінічної медицині. Дод. до «Одес. мед. журналу». — Одеса, 1999. — С. 238-239.

28. *Васильченко Л. В.* Клінічне значення ентеросорбції в комплексному лікуванні гемолітичної хвороби новонародженого: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14. 10. — К., 2001. — 20 с.

29. *Луценко О. С.* Специфічна профілактика резус-гемолітичної хвороби новонароджених з урахуванням величини фетоматеринської трансфузії: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.10. — К., 1998. — 20 с.

30. *Аряев Н. Л., Мерикова Н. Л., Луценко О. С.* Значення величини фетоматеринської трансфузії для розрахунку дози імуноглобуліну антирезус. // Педіатрія, акушерство і гінекологія. — 1995. — № 2. — С. 48-50.

УДК 616.155.194.17-053.31-08

М. Л. Аряев, Н. Л. Мерикова

ПРОГРЕС У ПРОФІЛАКТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ГЕМОЛІТИЧНОЇ ХВОРОБИ ПЛОДА І НОВОНАРОДЖЕНОГО

Проаналізовано розвиток методів лікування та профілактики гемолітичної хвороби плода і новонародженого. Викладені результати дослідження з проблем ізоімунної гемолітичної анемії. Для профілактики дитячої інвалідизації, перинатальної захворюваності та смертності розроблено й впроваджено методи сучасної тактики ведення гемолітичної хвороби: антенатальна імуносупресивна терапія дипразином, ентеросорбція, ГБО, мембранотропна терапія, удосконалена схема специфічної профілактики.

Ключові слова: перинатологія, ізоімунний конфлікт, профілактика, лікування.

UDC 616.155.194.17-053.31-08

M. L. Aryayev, N. L. Merikova

ACHIEVEMENTS IN PREVENTION AND TREATMENT OF THE HEMOLYTIC DISEASE OF FETUS AND NEWBORN

There were analysed methods of treatment and prevention of hemolytic disease in fetus and newborn. Results of investigation on the problem of isoimmune hemolytic anemia are presented. Modern methods of treatment of hemolytic disease of newborn are applied: antenatal immunosuppressive therapy by diprazyn, enterosorption, hyperbaric oxygenation, membrane-tropic therapy, modified scheme of specific prevention. These methods can prevent severe neurological outcomes, perinatal morbidity and mortality.

Key words: perinatology, isoimmune incompatibility, prevention, treatment.
