

Изобретение относится к области медицины, а именно акушерству и может быть использовано для лечения невынашивания беременности при изолейкоцитарной несовместимости,

Данная форма невынашивания беременности характеризуется тем, что у беременных образуются антилейкоцитарные антитела в результате несовместимости матери и плода по изоантигенам системы HLA.

Несмотря на барьерную роль плаценты, материнский организм в процессе беременности оказывается иммунизированным трансплантационными антигенами плода. При нормально протекающей беременности устанавливается равновесие между иммунологической активностью и толерантностью, если же механизм толерантности отсутствует или видоизменен, организм матери может проявлять гиперсенситизацию, то есть ускоренное отторжение тканей плода. Клиническим проявлением этого может быть преждевременное прерывание беременности в различных сроках.

Известен способ лечения изолейкоцитарной несовместимости путем использования иммуносорбентов в сочетании с десенсибилизирующей терапией. Гемодез и реополиглюкин вводили по 100мл внутривенно через каждые 4 дня, на пятый по пять внутривенных введений на курсе. Курс лечения повторяли в каждом триместре беременности. При наличии высокого титра антилейкоцитарных антител (более 40 - 50%) авторы рекомендовали начинать лечение с переливания совместимой по группе и подобранной по резуспринадлежности крови в обычных "стимулирующих" дозах 150 - 200мл. Переливание крови применяется как мощный метод патогенетической неспецифической десенсибилизирующей терапии, предшествующей введению иммуносорбентов.

Недостатком последнего метода является то, что не всегда учитываются индивидуальные особенности сыворотки в каждом конкретном случае и не проводится подбор иммуносорбента индивидуально для каждой больной, тем самым не обеспечивается максимальная иммуноабсорбция циркулирующих в крови беременной изоиммунных антилейкоцитарных антител.

В основу изобретения положена задача повышения эффективности лечения невынашивания беременности при изолейкоцитарной несовместимости.

Поставленная задача решается тем, что в известном способе лечения невынашивания беременности при изолейкоцитарной несовместимости, включающем внутривенное введение иммуносорбентов, согласно изобретения, определяют в сыворотке крови блокирующий фактор и уровень антилейкоцитарных антител, и при отсутствии в сыворотке крови блокирующего фактора при одновременном уровне антилейкоцитарных антител свыше 10% проводят индивидуальный подбор иммуносорбентов, которые вводят в курсовых дозах до исчезновения антител.

Заявленный способ заключается в том, что проводится подбор иммуносорбента следующим образом: сыворотку беременной смешивают с рядом высокомолекулярных веществ, обладающих свойствами иммуносорбента в

отношении антилейкоцитарных антител (полиглюкин, реополиглюкин, гемодез и другие). Сыворотку и иммуносорбент берут в соотношении 1 : 1 и оставляют в термостате на 30мин при 37°C. Затем ставят лимфоцитотоксическую пробу; причем к лимфоцитарной взвеси вместо сыворотки добавляют 0,03мл смеси сыворотки с иммуносорбентом. Иммуносорбент, вызвавший максимальное снижение лимфоцитотоксической активности сыворотки данной беременной, рекомендуется для проведения лечения.

Уровень антилейкоцитарных антител до 10% рассматривается как норма. Свыше 10% и до 25% считается средним, с 26% до 38% - тяжелая иммунизация. Повышение индекса выше 40% требует немедленного переливания крови. После последнего введения иммуносорбента (в каждом курсе лечения) определяется наличие или отсутствие в сыворотке крови блокирующего фактора и уровень антилейкоцитарных антител, в зависимости от этих показателей делается перерыв в лечении на 2 - 3 недели, а затем вновь определяется блокирующий фактор и уровень антител. Последующие интервалы между курсами лечения могут быть удлинены или сокращены в зависимости от динамики уровня антилейкоцитарных антител.

Подобранный индивидуально иммуносорбент вводится внутривенно по 50 - 70мл с интервалами в 5 - 6 дней, на курсе лечения 5 - 6 вливаний с обязательным серологическим контролем после окончания курса.

Способ иллюстрируют следующие примеры:

1. Больная А., амбулаторная карта №344.

Диагноз: Беременность 6 - 7 недель. Угроза прерывания беременности. Изолейкоцитарная несовместимость.

Обследована. Беременность первая. Блокирующий фактор в сыворотке крови отсутствует. Уровень антилейкоцитарных антител - 20%.

После индивидуального подбора иммуносорбента рекомендован реополиглюкин по 70мл через 4 дня на 5 - й, на курс лечения 5 вливаний.

После проведенного курса лечения уровень антилейкоцитарных антител снизился до 10%. В сыворотке крови появился блокирующий фактор.

2. Больная К., амбулаторная карта №805.

Диагноз: Беременность 12 недель. Угроза прерывания беременности. Изолейкоцитарная несовместимость.

Обследована. В анамнезе два самопроизвольных аборта в ранние сроки (6 недель, 8 недель). Диагноз изолейкоцитарной несовместимости поставлен в 1993 году, после 2 - го выкидыша. Уровень антилейкоцитарных антител - 25%. Блокирующий фактор отсутствует.

После индивидуального подбора иммуносорбента рекомендован полиглюкин по 70мл через 5 дней, количество вливаний - 6.

После прозе де иного курса лечения исчезли явления угрозы прерывания беременности: боли внизу живота, кровомазание.

Уровень антилейкоцитарных антител - 15%. Рекомендован повторный курс лечения.

После повторного курса лечения уровень антилейкоцитарных антител - 7%. Блокирующий фактор в сыворотке крови появился.

3. Больная Д., амбулаторная карта №903.

Диагноз: Беременность 13 недель. Угроза прерывания беременности. Изолейкоцитарная несовместимость.

Обследована. Настоящая беременность вторая. Первая беременность закончилась искусственным абортом в 1994 году. Уровень антилейкоцитарных антител - 38%. Блокирующий фактор в сыворотке крови отсутствует.

Проведен индивидуальный подбор иммуносорбента.

Назначено лечение: гемодез по 80мл через 4 дня, на курс лечения 6 вливаний. После лечения уровень антилейкоцитарных антител снизился до 25%. После 2-недельного перерыва назначен повторный курс лечения, после которого уровень изолейкоцитарных антител - 10%. В сыворотке крови появился блокирующий фактор. Исчезли явления угрозы: боли внизу живота, кровомазание.

Таким образом индивидуальный подбор иммуносорбента, а также выявление блокирующего фактора с одновременным установлением уровня антилейкоцитарных антител позволяет лечить изолейкоцитарную несовместимость при любой степени тяжести данного заболевания.