

ка). У опухолей же с меньшей быстротой размножения клеток газообмен нарушается под воздействием поина в меньшей мере. Доброкачественные опухоли, отличающиеся еще более медленным размножением клеток, обнаруживают еще более устойчивый газообмен при воздействии поина (например, фибромиома матки, фиброденома молочной железы). Наконец, почти совершенно не меняется под воздействием поина газообмен у клеток удаленных тканей, оказавшихся неопухолевыми, например, клетки из язвы желудка, двенадцатиперстной кишки и др. Это позволяет предположить, что поин воздействует в первую очередь на ферментные системы быстро размножающихся клеток злокачественных опухолей, метаболизм которых обеспечивает их качества, объединяемые под общим понятием «злокачественный рост». Клетки же, не отличающиеся этими свойствами, более устойчивы к поину как анти-метаболиту.

Отсюда можно предположить, что механизм действия поина антиметаболический, сказывающийся, в частности, и на газообмене. Такое объяснение носит в значительной мере предположительный характер. Однако оно, как нам кажется, представляет большой интерес и заслуживает дальнейшего исследования при изучении биологических свойств и озлокачествленной клетки, и поина.

Позволим себе сделать общий вывод о том, что для оценки противоопухолевых средств, способных нарушать у озлокачествленных клеток обмен веществ с минимальным нарушением его в нормальных тканях, с успехом может быть использована описанная в данной работе методика. Она, как нам представляется, может быть применена и для оценки степени злокачественности удаленной опухоли и ее чувствительности к тому или иному противоопухолевому средству, что может иметь значение для выбора мер предупреждения возможности рецидива и метастазов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляева М. И., Месинова О. В., Нужина А. М., Маслова И. Е., Кюне М. Ф., Юсупова Д. В. Тез. докл. VIII Международного противоракового конгресса, 1962. — 2. Вайнхаус С. Успехи в изучении рака. 1957, Изд. ИЛ, т. III. — 3. Гринштейн Д. Биохимия рака. 1951, Изд. ИЛ. — 4. Кавецкий Р. Е. Опухоль и организм. Киев, 1962. — 5. Маевский М. М. Сб. стат. Антибиотики, 1956. — 6. Фасске Э. Тез. докл. VIII Международного противоракового конгресса. 1962. — 7. Шапот Ф. С. Там же. — 8. Элпидина О. К. Тез. докл. 2-й Всесоюз. конф. по антибиотикам. 1957; Казанский мед. ж., 1958, 4; Антибиотики, 1959, 4; В кн.: Микотоксикозы человека и животных. М., 1960. — 9. Berenblum I., Chain E., Heatley N. Am. J. Cancer, 1940, 38. — 10. Boiland E. Nature, 1940, 145, 246. — 11. Dickens F., Simmer F. Biochem. J., 1930, 24; 1931, 25. — 12. Warburg O. Über den Stoffwechsel der Tumoren. Berlin, 1926; The Metabolism of Tumors. London, 1930; Science, 1956, v. 123, 309.

Поступила 24 августа 1963 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНОГРУППНОЙ РЕЗУС-ОТРИЦАТЕЛЬНОЙ КРОВИ В КОМПЛЕКСЕ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ПРИ РЕЗУС-НЕСОВМЕСТИМЫХ БЕРЕМЕННОСТЯХ

Асп. Б. Г. Садыков

1-я кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. П. В. Маненков) и акушерское отделение Республиканской клинической больницы (главврач — К. Л. Свечников), кафедра патологической физиологии (зав. — проф. М. А. Ерзин) Казанского медицинского института

В настоящее время из биологических методов десенсибилизации при резус-конфликтной беременности продолжает применяться метод введения иногруппной крови по Р. Попиванову и в различных модификациях (варьируют количество вводимой крови, длительность промежутков между инъекциями и сочетание с другими видами десенсибилизации). Исходя из идеи Винера о неодинаковой способности различных антигенов вызывать образование антител и о «конкуренции» между этими антигенами, Р. Попиванов предположил и первым использовал «конкурирующее» влияние иногруппной крови. В 1934 г. Левин отметил, что гемолитическая болезнь развивается преимущественно при совместимости групп крови отца и матери. Это положение Левина подтвердилось в наблюдениях Р. Попиванова (резус-сенсибилизация наступила у 37 (86%) женщин при совместимости групп крови ее и мужа и у 6 (14%) — при их несовместимости), Т. Г. Соловьевой (у 244 — при групповой совместимости крови матери и плода и у 64 — при несовместимости) и других авторов. В то же время С. М. Ниязова никакой зависимости между групповой и резус-принадлежностью не выявила (39 наблюдений). Наши наблюдения показывают, что резус-сенсибилизация наступила у 56 женщин при совместимости их групп крови и их мужей и у 20 — при несовместимости, у 45 — при групповой совместимости крови матери и плода и у 15 — при несовместимости.

В данной работе представлены сведения об 11 резус-сенсibilизированных женщинах (10 беременных и 1 небеременная) в возрасте от 21 до 36 лет, получавших десенсибилизирующее лечение внутривенными микроинъекциями резус-отрицательной интогруппной крови в сочетании с ингаляцией кислорода, повторными общими кварцевыми облучениями, приемом витаминов А, В, В₁, С, внутривенными инъекциями 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой, добавлением в пищевой рацион полусырой печени и свежего творога.

Курс лечения состоял из 4 инъекций по 1, 2, 3 и 4 мл крови с недельными промежутками и месячными перерывами между курсами. Число курсов доходило до четырех (в зависимости от срока беременности, при котором начиналось лечение). Лечение проведено у 5 женщин с первой половины и у 5 — со второй половины беременности. Завершалось лечение за четыре недели до предполагаемого срока родов.

В прошлом у всех этих женщин в сумме было 34 беременности (13 — мальчиков, 7 — девочек, пол остальных неизвестен), из которых закончились родами 16, самопроизвольными выкидышами — 16, медабортами — 2. Из 16 родов 6 произошли в срок (5 — живыми, 1 — мертвым) и 10 — преждевременно (2 — живыми, 8 — мертвыми). Из 5 родившихся живыми в срок двое умерли в первые сутки (желтушная форма гемолитической болезни новорожденных) (гбн), один ребенок перенес желтушную форму гбн и в настоящее время является умственно и физически неполноценным, и двое, родившиеся от 1-й и 2-й беременностей матери, состоявшей в первом браке, живы и здоровы. Эритроциты их крови резус-отрицательны. Последующие 6 беременностей у этой женщины от второго брака завершились гибелью плодов (4 — от отечной формы гбн).

В случае рождения мертвого ребенка в срок была отечная форма гбн. Два преждевременно родившихся живыми умерли на третьи и четвертые сутки жизни (желтушная форма гбн). Самопроизвольные выкидыши произошли у 10 женщин в поздние (9 — мертвыми, 1 — живым) и у 6 — в ранние сроки беременности. Ребенок, родившийся живым, умер тотчас после родов (в 27 недель).

Таким образом, из 32 беременностей (за вычетом из общего числа бывших 34 беременностей 2 медабортов) у 11 сенсibilизированных женщин 29 беременностей закончились гибелью плода, а один из живых детей умственно и физически неполноценен, 2 остальных живы и здоровы. Пять детей страдали желтушной и 5 — отечной формой гбн.

У одной из беременных женщин имелось указание в анамнезе на бывшее переливание крови с сильной посттрансфузионной реакцией. Менструальный цикл и половая жизнь у всех 11 женщин без особенностей. Сифилис, бруцеллез, малярия исключены, а у части из них отвергнут и токсоплазмоз.

Для выявления сенсibilизации проведено определение группы крови и резус-принадлежности беременных, их мужей, новорожденных и матерей беременных (у трех). Во всех наблюдениях кровь беременных была резус-отрицательной, мужа и новорожденного — резус-положительной. У всех женщин в сыворотке крови найдены антирезус-антитела.

При десенсибилизации у женщины вне беременности проведен один курс лечения, но никаких намеков на возможное снижение титра резус-антител не получено. Напротив, титр с исходного (1:32) повысился (1:64) и находился постоянно на этом уровне. Этот пример еще раз подтверждает указания Р. Попиванова и наблюдения Т. Г. Соловьевой о том, что вне беременности данный метод неэффективен.

При проведении десенсибилизирующего лечения беременных, разделенных на две равные группы по 5 человек в первой и второй половине беременности, нам удалось выявить одну общую закономерность — взаимосвязанное колебание титров резус- и групповых агглютининов как при повышении, так и при снижении одного из них. Снижение титра резус-антител при повышении титра групповых агглютининов с параллельным увеличением их перед родами отмечено нами у четырех женщин; у двух отмечено параллельное снижение резус- и групповых агглютининов с увеличением обоих перед родами у одной, снижением резус- и увеличением групповых агглютининов у другой; у одной — снижение и повышение то резус-, то групповых агглютининов с повышением групповых агглютининов при постоянном титре резус-антител перед родами; у одной — постоянный титр резус- и групповых агглютининов, исключая однократное повышение резус-антител; у одной — при неизменном титре резус-антител вначале повышение, затем падение и, наконец, вновь медленное повышение титра групповых агглютининов, исчезновение резус-антител с присоединением снижения титра групповых агглютининов с последующим повышением титра групповых агглютининов, а затем и появлением резус-антител. И, наконец, у одной женщины нарастание титра резус-антител привело к полному исчезновению групповых агглютининов. В этот период произошла гибель плода, а в последующем наблюдалось медленное снижение титра резус-антител и подобное же нарастание титра групповых агглютининов.

Что же касается «подавления» выработки резус-антител или их исчезновения из сосудистого русла под влиянием предпринятого нами лечения, то мы видим, что у 6 женщин в ходе лечения титр резус-антител падал до нуля, у 4 из них повышаясь вновь ближе к родам, у 1 — задолго до родов, у 1 — резус-антитела отсутствовали и перед родами. У двух женщин обнаружено нарастание титра с небольшим сниже-

нием перед родами. У одной из них титр повысился до 1:256 при полном отсутствии групповых агглютининов. У этой женщины плод погиб внутриутробно. У одной наблюдалось постепенное снижение титра до 1:4, и у одной титр резус-антител был постоянен, кроме однократных повышений титра на одно разведение и падения до нуля.

Из 10 наших беременных самопроизвольно родили в срок две, преждевременно — две (в 31 и 36—37 недель), и у 6 роды вызваны искусственно в 38 недель.

Всего родилось 10 детей: один мертворожденный недоношенный и 9 живых (1 — недоношенный, умер в первые сутки жизни и 8 доношенных). Девочек было 6, мальчиков — 4. С весом до 3 кг было 6, до 4 кг — 4 новорожденных.

Из 10 детей 2 родились без признаков гбн, у них впоследствии появились признаки анемической формы, а 8 — с признаками заболевания: 5 — с анемической формой, и 3 — с желтушной (один мертворожденный). Из 9 восемь живы, один недоношенный, родившийся в 36—37 недель беременности в асфиксии, умер в первые сутки жизни.

Диагностика формы и тяжести гбн основывалась на анамнезе и серологическом обследовании родителей, клиническом течении заболевания, общем анализе пуповинной и капиллярной крови, определении билирубина (качественном и количественном) в сыворотке пуповинной крови, а также на серологическом исследовании новорожденных.

Родившиеся живыми дети получали следующее лечение: 3 — обменное, 1 — дробное переливание крови в сочетании с гормонотерапией и комплексом лекарственных средств, 5 — гормонотерапию с комплексом лекарственных средств. Вскармливание материнским молоком начиналось после 3-кратного отрицательного анализа молока на резус-антитела, в большинстве случаев спустя три недели после родов.

При рождении здоровых детей ограничивались тщательным клинико-лабораторным наблюдением, воздержанием от грудного вскармливания, а при признаках анемии назначали гормонотерапию и комплекс лекарственных средств. Все 8 детей развиваются правильно, находятся под наблюдением от года до 4 лет 7 месяцев.

Итак, если у 11 резус-сенсibilизированных женщин из предыдущих 32 беременностей закончились гибелью плода 29, то после лечения из 10 — только две. Если в анамнезе у 4 женщин на 17 беременностей без лечения преждевременных родов было 6, то после лечения из 10 беременностей преждевременных родов было только 2.

На основе наших наблюдений мы приходим к выводу, что интогруппный антиген оказывает подавляющее действие на резус-антитела либо в случае низкого исходного титра резус-антител, либо при незначительно отягощенном акушерском анамнезе. Там же, где акушерский анамнез был значительно отягощен, несмотря на низкий исходный титр резус-антител, и если организм продуцирует сильные резус-антитела, происходит либо параллельный рост резус- и групповых агглютининов, либо подавление роста групповых агглютининов. Отсюда следует, что данный метод десенсибилизации должен являться методом выбора и показан при низких исходных титрах резус-антител и при незначительно отягощенном акушерском анамнезе. Этот вывод согласуется с выводом Т. Г. Соловьевой. Ценность данного метода при соблюдении этих условий видна из следующей таблицы:

Исходы беременностей изосенсибилизированных женщин при десенсибилизации инъекциями интогруппной резус (—) кровью

Авторы	Живые дети	Общая потеря детей
Али-Заде Ф. М.	6	14
Васильева И. А.	1	2
Гилязутдинова З. Ш. ¹	3	2
Канторович Л. И.	6	5
Попиванов Р.	5	1
Садыков Б. Г.	8	2
Соловьева Т. Г. ²	7	7
Черняк А. А. ³	7	11
Чикобава Л. Л.	1	5
Итого:	44	49

¹ Десенсибилизация интогруппной кровью по схеме Т. Г. Соловьевой в сочетании с терапией по Т. Г. Поляковой.

² По видоизмененной ею схеме Р. Попиванова.

³ 8 — по Р. Попиванову, 10 — в сочетании с внутривенными инъекциями 40% раствора глюкозы и 10% раствора хлористого кальция, инъекциями камполлона, витамин К, В, С и АКГГ.

Из сводной таблицы видно, что почти в половине случаев (в 44 из 93) получен благоприятный исход.

ВЫВОДЫ

1. Данный метод является методом выбора — при низком исходном титре резус-антител и при незначительно отягощенном акушерском анамнезе.
2. При соблюдении этого условия данный метод снижает мертворождаемость и дает возможность успешно лечить новорожденных с гбн, вызванной резус-несовместимостью.
3. Микроинъекции иногруппной резус (—) крови одинаково снижают степень сенсибилизации независимо от срока беременности, при которой начато лечение.
4. При лечении данным методом резус-сенсибилизированных беременных, даже в случае необнаружения антител, нет оснований ожидать рождения здорового ребенка до тех пор, пока это не будет обосновано комплексным исследованием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Али-Заде Ф. М. Азерб. мед. журн., 1958, 9. — 2. Васильева И. А. Изоиммунизация при беременности и методы ее ослабления или снятия. Канд. дисс., Харьков, 1960. — 3. Гилязутдинова З. Ш., Ицич Н. П., Поцелуева Т. В. Казанский мед. ж., 1961, 3. — 4. Канторович Л. И., Черняк А. А., Тагунова Г. Тр. Белорус. НИИ перел. крови, Минск, 1957, т. VI. — 5. Ниязова С. М. Роль и значение резус-фактора в акушерской практике. Канд. дисс., М., 1956. — 6. Попиванов Р. Сов. мед., 1955, 2; Пробл. гемат. и перел. крови, 1957, 6. — 7. Соловьева Т. Г. В кн. Актуальн. вопр. перелив. крови, 1957; Значение резус-фактора в клинической практике. Докт. дисс., Л., 1957. — 8. Черняк А. А. Профилактика и лечение гемолитических заболеваний новорожденных. Канд. дисс., 1958, Минск. — 9. Чикобава Л. Л. Сб. тр. Ин-та перелив. крови им. Г. М. Мухадзе, Тбилиси, 1959.

Поступила 22 ноября 1962 г.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА РОДОВ ПО ЦИТОЛОГИИ ВЛАГАЛИЩНОГО МАЗКА

Орд. С. С. Немшилова

2-я кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. И. В. Данилов)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В настоящее время все больше привлекает внимание новый биологический метод определения срока родов — по цитологии влагалищного мазка.

Бесспорно, что в наступлении родов гормоны имеют первостепенное значение. Известно, что свободное растяжение стенок матки, необходимое для вмещения растущего содержимого, и приспособляемость матки ко все повышающемуся внутриматочному давлению всецело зависят от действия гормона желтого тела. Эстрогенные же вещества повышают возбудимость нервно-мышечного аппарата матки. Однако, как правило, беременность донашивается до конца, потому что происходит борьба противоположных мощных влияний эстрогенных веществ и гормона желтого тела, который оказывает десенсибилизирующее влияние на нервно-мышечные приборы матки, тормозя противоположное действие фолликулярного гормона. Полагают, что за 2 недели до родов количество прогестерона постепенно падает, а количество эстрогенов увеличивается почти вплоть до родов, и только за 1—2 дня до родов происходит резкий спад эстрогенов.

Эпителий влагалища является исключительно чувствительным показателем для самых незначительных отклонений выделений половых гормонов и может сигнализировать о таких изменениях, которые не могут открыть даже самые точные измерения гормонального уровня в организме.

Изучая в динамике влагалищные мазки у женщин, начиная за 2 недели до родов и вплоть до начала родов, можно точно установить срок наступления родов.

Впервые об этом методе сообщили в 1954 г. на Международном конгрессе акушеров-гинекологов в г. Женеве Лемберг, Сигфрид и Штамм, в дальнейшем Ян Шидовски и Нукличек и Н. Миклав.