

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.

Мы также занялись изучением этого метода. Исследовано 70 влагалищных мазков, из них 63 взятых у нормальных беременных женщин при беременности 39—41 неделя, 3 — при преждевременных родах на 30—34 неделе и 4 — при родах переносным плодом (на 42—44 неделе).

Мазки изучались в динамике, насколько было возможно, через 2 дня на 3-й. Они брались при помощи длинного пинцета из заднего и одного бокового свода влагалища на предметное стекло. После высушивания на воздухе помещали на 5—7 мин в краску Романовского, в которую добавлено равное количество ацетона и воды.

Как и немецкие авторы, мы выделяли 4 типа мазков.

I тип — «прогрессирующая беременность» (рис. 1).

Виден промежуточный слой. Клетки лежат ровным пластом, контуры их четкие, протоплазма хорошо окрашена, базофильна. Преобладают навикулярные — ладьевидные клетки («клетки беременности»). Лейкоциты отсутствуют. Роды наступают у женщины не ранее 10—14 дней.

II тип — «предродовый» (рис. 2).

Скопления промежуточных клеток еще имеются, но много клеток уже изолированных. Появляются отдельные ороговевающие клетки (сдвиг вправо). Протоплазма и ядра по-прежнему четко окрашены, контуры клеток резкие. Ядра большей частью пузырькообразные. Появляются лейкоциты, слизи. Роды наступают через 3—5 дней.

III тип — «срок родов» (рис. 3).

Преобладают поверхностные клетки, навикулярных клеток нет. Хорошо выражен пикноз ядер. Протоплазма окрашена слабо, контуры клеток нечеткие, как бы смыты. Много лейкоцитов, слизи, разнообразная флора — палочки Додерлейна, кокки. Роды наступают в течение 1—3 дней. Иногда можно увидеть значительное количество парабазальных клеток («сдвиг влево»).

Это регрессионный тип мазка, его часто можно видеть у женщин с переносной беременностью. Парабазальные клетки свидетельствуют о падении функции плаценты, что замедляет наступление родов.

IV тип — «день родов» (рис. 4). Клетки отдельные, четкие, изолированные. Преоблада-

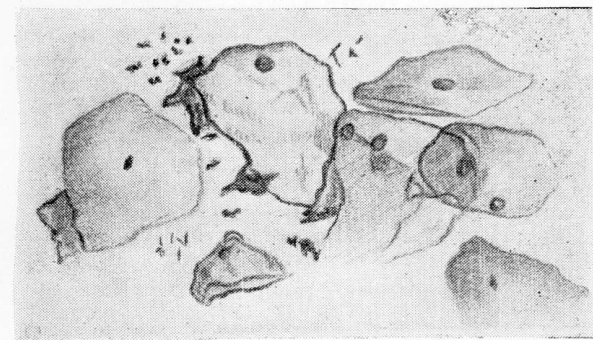


Рис. 2.

II тип влагалищного мазка — «предродовый».

ют промежуточные. Ороговевающих клеток 15—20%. Парабазальные клетки 1—3 в поле зрения. Почти нет палочек Додерлейна, и нет цитолиза. Умеренное количество лейкоцитов.

V тип — так называемый «цитолитический». Имеются только лейкоциты, палочки Додерлейна, клеточный детрит. По такому мазку срок родов определить нельзя.

Приводим свои наблюдения:

I. К., 29 лет, нормальные срочные роды 27/X-62 г. Беременность III, роды II. Последние крови 2/I. Клинический диагноз — беременность 39 недель.

30/IX — I тип мазка; 2—3/X — II тип мазка; 7/X — III тип; 10/X — IV тип мазка. 11/X — родилась девочка — 3200,0.

II. Я., 32 лет, преждевременные роды. Беременность V, роды I. Отягощенный акушерский анамнез (3 поздних выкидыша). Седловидная матка. Последние крови 4/III-62 г. Клинический диагноз: беременность 31—32 недели.

10/X — III тип мазка; 13/X — III тоже 15/X — IV тип, в этот же день роды. Родился мальчик 1500,0.

III. С., 23 лет, роды переносным плодом.

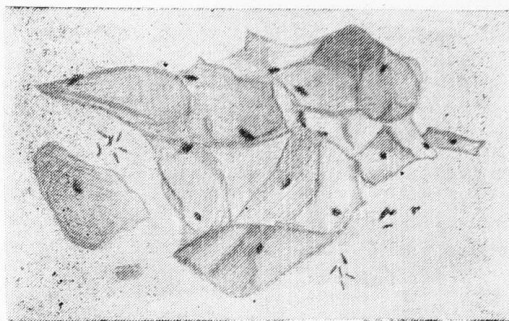


Рис. 1. I тип влагалищного мазка — «прогрессирующая беременность».

15/VI-62 г. Беременность II, роды I. Последние крови 26/IX-61 г. По первой явке — беременность 45 недель. По объективным данным — беременность 41—42 недели.

19/VI — III тип мазка; 22/VI — тоже, причем преобладает регрессионный тип переносимой беременности. 27/VI — регрессивный тип мазка. Назначена стимуляция. Роды наступили в этот же день. Родился мальчик — 4400,0 с признаками переносимости.

Интересно, что картина мазка как при переносимой, так и при недоношенной беременности к моменту родов была аналогичной картине влагалищного мазка перед своевременными родами. По-видимому, гормональные сдвиги, имеющиеся к началу родов, вызываемые неизвестными нам причинами, происходят раньше или позже положенного срока.

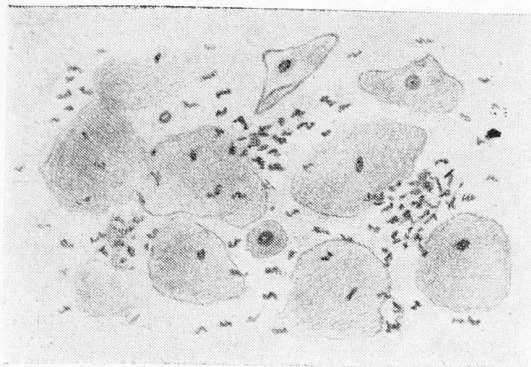


Рис. 3. III тип влагалищного мазка — «срок родов».

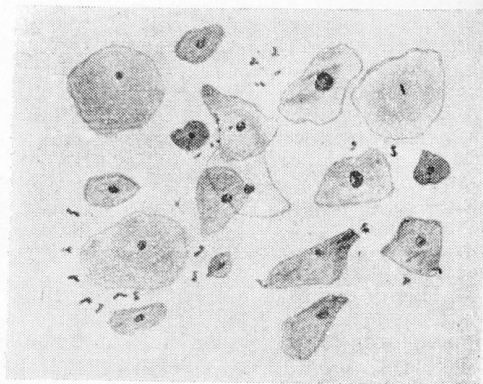


Рис. 4. IV тип влагалищного мазка — «день родов».

При переносимой беременности, когда имеется III или IV тип влагалищного мазка, стимуляция родовой деятельности дает сразу же положительный эффект, а при недоношенной беременности при III и IV типах влагалищного мазка сохранить беременность не удается.

Этим сообщением мы хотели поделиться своими впечатлениями о новом способе определения срока родов. Мы продолжаем свои наблюдения в этом направлении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кватер Е. Н. Гормональная диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии, 1961. — 2. Николаев А. П. Роль гормонов в наступлении родов. — 3. Mikław U. Zentralblatt für Gynäkologie. 1961, 83; 1962, 17. — 4. Nyklíček O. Там же, 1962, 27; 1962, 43. — 5. Zinser U. K. Die Zitodiagnostik in der Gynäkologie. 1957.

Поступила 21 декабря 1962 г.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ У ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ

Доц. В. И. Давыдов

Родильный дом УЗТМ г. Свердловска (главврач — М. С. Балаганова)

Вопросам, связанным с беременностью и родами у очень молодых первородящих и подростков, посвящено весьма мало работ как у нас в СССР, так и за рубежом. При этом отечественные и зарубежные авторы в группу очень молодых первородящих вносили рожениц разного возраста (между 11 и 20 годами). Отсюда — трудность в сравнении полученных ими выводов.

В данном сообщении мы приводим результаты анализа 180 родов (1956—1960) у первородящих в возрасте от 15 до 18 лет. Частота таких родов выразилась у нас в 1,14% (180 на 15718 родов). 15-летних оказалось 2 — 0,01%, 16-летних — 6 — 0,03%, 17-летних — 32 — 0,2% и 18-летних — 140 — 0,88%.