

шев). Внутривенное капельное введение маммофизина и окситотических гормонов, имеющимся у нас наблюдениям, является простой и эффективной функциональной пробой для определения готовности матки к родам и, в то же время, своеобразным пусковым механизмом при слабости родовой деятельности. Так как введение 1 мл маммофизина дает иногда выраженную реакцию, длительную волну сокращения с малыми интервалами между отдельными волнами, лучше назначать 0,5 мл этого препарата. Побочного действия при медленном капельном внутривенном введении 0,5 мл маммофизина на растворе глюкозы почти не наблюдается.

В заключение мы хотели бы также коснуться используемых в настоящее время аппаратов многоканальной наружной гистерографии. Все они основаны на воздушной передаче механических колебаний, возникающих при сокращении различных отделов матки. Несвершенство их заключается в том, что при воздушной передаче от капсул, расположенных на передней брюшной стенке, часть воздушной волны тратится на преодоление сопротивления резиновых трубок, идущих от датчиков к писчикам. Чем они длиннее, тем сопротивление будет выше. Это ведет к известному снижению амплитуды отдельных колебаний, особенно при небольших размерах самих датчиков. Поэтому возникает необходимость внедрения в практику более совершенных аппаратов, прежде всего более компактных, в особенности же более чувствительных. Последнее может быть достигнуто использованием для этих целей современной электронной усилительной аппаратуры.

Представляется также весьма важным конструирование приставки (датчика) для многоканального наружного гистерографа, которая позволяла бы судить о сократительной деятельности шейки матки, поскольку нормальное течение родового акта характеризуется сохранением определенных реципрокных взаимоотношений между телом и шейкой матки (И. И. Яковлев). Существующие в настоящее время для этих целей датчики (Ноак) не оправдали себя.

Нуждается в усовершенствовании система крепления датчиков на передней брюшной стенке: громоздкое крепление при помощи поясов следует заменить присасывающимися приспособлениями.

Для измерения высоты отдельных колебаний волны сокращения мы рекомендуем использовать ртутные или водяные манометры или небольших размеров тонометры, включенные по ходу отдельных каналов (по схеме Кальдейра-Барциа).

Изучение особенностей сократительной деятельности матки при различных функциональных состояниях в условиях нормы и патологии имеет исключительное значение для теории и практики родовспоможения и гинекологии. В связи с этим назрела необходимость конструирования для этих целей совершенной аппаратуры и разработки простых и доступных методов определения функционального состояния матки у женщин различных возрастных групп вне и во время беременности и при различных видах акушерско-гинекологической патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулева Л. П. В кн.: Биомеханизмы родов. Медгиз, М., 1960. — 2. Кле-
ницкий Я. С. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1965. 3 — 3. Лебедева Л. И. *Акуш. и гин.*,
1960, 6. — 4. Мартышин М. Я. *Сократительная деятельность матки во время*
беременности и в первом периоде родов. Автореф. канд. дисс., Л., 1962. — 5. Пав-
люк Е. П. *Тр. Омского мед. ин-та*, 1965, 65. — 6. Петров-Маслаков М. А.
О нейрогенных дистрофиях женских половых органов. *Медгиз, Л.*, 1952. — 7. Фой
А. М. *Тез. докл. II съезда акушеров-гинекологов РСФСР.* М., 1965. — 8. Черны-
шев Г. П. *Тр. Омского мед. ин-та*, 1964, 57. — 9. Шлейн М. П. *Материалы к изу-*
чению сократительной деятельности матки во время родов методом многоканальной
наружной гистерографии. Автореф. канд. дисс., Новосибирск, 1960; *Акуш. и гин.*,
1961, 3; *Тр. Омского мед. ин-та*, 1964, 57. — 10. Шполянский Г. И. *Роль веге-*
тативной нервной системы в патогенезе и терапии некоторых гинекологических за-
болеваний. *Медгиз, Л.*, 1939. — 11. Яковлев И. И. *Акуш. и гин.*, 1957, 1; Там же,
1963, 5; Там же, 1965, 2.

УДК 616.15—618.4

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ РЕЗУС-ИЗОИММУНИЗИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

Б. Г. Садыков, К. В. Воронин и П. С. Гурезич

*И кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Р. Г. Бакиева, консультант —
проф. П. В. Маненков) и кафедра патологической анатомии (зав. — проф. Г. Г. Не-
пряхин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова*

Сенсибилизация женского организма резус-антигенами плода привлекает все боль-
шее внимание акушеров с точки зрения ведения родов. При выраженной иммуни-
зации резус-фактором страдает плод, который может погибнуть антенатально. Имму-

низация нарастает с приближением срока родов, когда значительно увеличивается возможность перехода антител от матери к плоду через плаценту [4]. Средства надежной профилактики и борьбы с резус-конфликтом в течение беременности нет, противоречива и тактика акушеров в отношении ведения родов. Так, Carter (1954), Jacobs (1959) и другие придерживаются строгого консерватизма. Беременность сохраняется до спонтанных родов, которые проводятся по общим правилам. Все большее признание акушеров получает тактика досрочного родоразрешения. Предполагается, что при родах за 3—5 недель до срока предотвращается переход антител от матери к плоду, гемолитическая болезнь принимает более легкое течение, и исходы для детей при соответствующей терапии более благоприятны. В отношении способа досрочного родоразрешения мнения авторов также расходятся. Evans (1956), А. И. Петченко (1958), Wiener (1959), Sech (1959) и др. полагают, что для этой цели приемлемо кесарево сечение. Но в последнее время многие сомневаются в целесообразности этой операции лишь по мотивам резус-конфликта, без сопутствующих показаний со стороны матери. Возможность получения нежизнеспособного ребенка с отечной формой заболевания или с пороками развития заставляет относиться к кесареву сечению с еще большей осторожностью. Другие авторы [3, 5, 7, 9, 13, 15, 18, 19] предпочитают вызывание родов. С точки зрения будущих беременностей роды через естественные пути, безусловно, выигрывают в сравнении с кесаревым сечением. Чаще всего досрочное родоразрешение показано при наличии отягощенного акушерского анамнеза (гибель детей до родов при прошлых беременностях, мертворождения, рождение детей с тяжелой формой заболевания и т. д.), при высоком уровне титра резус-антител в крови матери, при большом желании матери иметь живого ребенка. Наконец, досрочное родоразрешение позволяет более планомерно провести соответствующую терапию новорожденного.

Наш материал включает 101 наблюдение¹ за исходами беременности и родов у резус-иммунизированных женщин.

Спонтанное родоразрешение наступило у 46 беременных. Первородящих было 13 (пожилых — 2), повторно- и многорожавших — 33. Аборты самопроизвольные были у 20 женщин, искусственные — у 17. У 6 женщин дети погибли от гемолитической болезни новорожденных (ГБН) до родов, а у 20 — после родов (без лечения).

Со сроком беременности до 36 недель было 5 женщин, от 36 до 39 недель — 12, от 39 до 40 недель — 29. Средняя продолжительность родов составила $13 \pm 1,2$ час. Слабость родовых сил была у 4, гипотоническое кровотечение — у 2, функционально узкий таз — у 1, выпадение пуповины — у 1, разрыв шейки матки и промежности — у 1. В связи с этим были произведены: краниотомия — у 1 женщины, ручное отделение последа — у 1, ревизия полости матки — у 1, наложены акушерские щипцы — у 1. У всех женщин послеродовой период протекал гладко.

К искусственному вызыванию родов прибегли у 44 беременных. Первородящих было 6, повторно- и многорожавших — 38. Аборты самопроизвольные были у 19 женщин, искусственные — у 10. У 1 женщины ребенок погиб от ГБН до родов, а у 20 — после родов (без лечения). Беременность до 36 недель была у 2, от 36 до 39 недель — у 2, от 39 до 40 недель — у 40 женщин.

Средняя продолжительность вызванных родов составила $6 \pm 0,7$ час. ($P > 0,001$). С целью вызывания родов использованы методы Г. М. Шарифутдинова, М. Е. Бараца и внутривенное введение окситоцина.

Слабость родовых сил была у 3, приращение последа — у 2, синдром нижней полой вены беременных — у 2, дистоция шейки матки — у 1, разрыв шейки матки и промежности — у 6 женщин. Вакуум-экстракция плода была произведена у 1, ручное удаление последа — у 2, эпизиотомия — у 2 женщин. Осложненное течение послеродового периода наблюдалось у 3 женщин (классификация Л. А. Козлова, 1962).

Родоразрешение путем кесарева сечения было осуществлено у 11 женщин в связи с выраженной резус-иммунизацией в сочетании с другой акушерской патологией (узкий таз, нефропатия беременных и др.). Все женщины были повторно- и многорожавшими. В анамнезе самопроизвольные аборты были у 3 женщин, искусственные — у 4. У 2 женщин дети погибли до родов, а у 6 — после родов (без лечения). Беременность до 36 недель была у 1, от 36 до 39 недель — у 3, от 39 до 40 недель — у 7 женщин.

Таким образом, у женщин с искусственно вызванными родами осложнения наступают не чаще, чем у женщин с самопроизвольными родами.

Потери детей были более значительными при спонтанном родоразрешении (табл. 1).

При искусственном вызывании родов значительно уменьшается не только смертность новорожденных, но и мертворождаемость детей (табл. 2). Статистический анализ не выявил существенного увеличения выживаемости детей, которым произведено обменное переливание крови. Это объясняется тем, что заменное переливание крови предпринималось у детей с более тяжелой степенью гемолитической болезни.

¹ В разработку включены только те случаи резус-иммунизации, которые вызвали развитие гемолитической болезни новорожденных.

Исходы родов для детей

Типы родоразрешения	Всего новорожденных	Умерло	Незрелые дети						Зрелые дети					
			формы ГБН						формы ГБН					
			желтушная		анемическая		отечная		желтушная		анемическая		отечная	
			всего	умерло	всего	умерло	всего	умерло	всего	умерло	всего	умерло	всего	умерло
Спонтанные роды	47 ¹	17	12	5	—	—	8	8	19	2	8	2 (2)	—	—
Вызванные роды	44	6	2	—	2	1	—	—	38	4 (1)	1	—	1	1
Кесарево сечение	11	3	4	2	—	—	—	—	6	—	1	1	—	—

Примечание. В скобках — количество детей, погибших не от ГБН.

Таблица 2

Исходы родов для детей в зависимости от вида лечения

Тип родоразрешения	Исходы для детей		При комплексе лекарственных средств		При заменном переливании		Всего
			незрелые дети	зрелые дети	незрелые дети	зрелые дети	
Спонтанные роды	родились	мертвыми	—	—	—	—	8
		выжили	5	12	3	11	31
		умерли	2	1	4	1	8
Вызванные роды	родились	мертвыми	—	—	—	—	1
		выжили	1	9	2	26	38
		умерли	—	1	1	3	5
Кесарево сечение		выжили	—	—	2	6	8
		умерли	1	—	1	1	3

Как видно из представленных данных, профилактическое лечение резус-иммунизированных женщин, плановое родоразрешение (досрочное прерывание беременности), лечение детей, больных ГБН, способствовали снижению смертности детей в 2 раза.

Искусственно вызванные роды, по нашим данным, протекают легче и завершаются быстрее, что выгодно отличает их от спонтанных родов. Осложнения у женщин наступают при этом не чаще, чем при спонтанных родах.

При искусственном преждевременном родоразрешении ребенок иногда бывает несколько (обычно на 1—2 недели) недоношен. Однако этот незначительный дефект окупается вышеперечисленными преимуществами.

Следует подчеркнуть, что одно искусственное преждевременное родоразрешение не предотвращает развития ГБН.

Один из основоположников изучения ГБН А. Винер считал, что желтушная форма ГБН развивается в результате проникновения резус-антител к плоду лишь во время родов. Это подтвердили наши морфологические исследования трупов детей, родившихся от изосенсибилизированных матерей и умерших в первые часы после рождения от случайных причин (родовая травма, эмболия и т. п.). В этих случаях были обнаружены только начальные проявления гемолитической болезни.

Отечная, анемическая формы ГБН и внутриутробная смерть с мацерацией плода при резус-конфликте возникают при прохождении резус-антител через плаценту в течение беременности. Однако сам факт развития разных форм заболевания говорит против беспрепятственного проникновения резус-антител в организм плода и в этих случаях.

Все это позволило нам (П. С. Гуревич, 1965) высказать мнение, что резус-антигенов (в том числе блокирующие) проходят от матери к плоду не беспрепятственно и

1 Одна двойня.

беспорядочно, а лишь периодически, при повышении проницаемости плацентарного барьера вследствие заболевания и повреждения плаценты, а также от нарушения гестационной доминанты [1].

Нормальная плацента здоровой, хотя и изосенсибилизированной женщины непроницаема для резус-антител в течение беременности, развитие плода совершается при этом нормально. Однако во время родов разрушение ворсинок и сократительная деятельность матки приводят к тому, что резус-антитела все же попадают в организм плода. Резус-конфликт начинает разворачиваться при этом после родов, и ГБН проявляется в виде желтушной формы. Лишь сравнительно редко (по нашим данным — 1 раз на 100—150 родов у изосенсибилизированных женщин) возможно рождение совершенно здорового ребенка, не получившего определенной дозы материнских антител.

Обязательное проникновение резус-антител во время родов (самопроизвольных или искусственно вызванных) заставляет проводить новорожденному полный комплекс лечебных мероприятий (обменное переливание крови, медикаментозное лечение и т. п.).

Сокращение длительности родов при искусственном их вызывании может привести к уменьшению количества антител, проникающих через плаценту, и тем самым к более легкому течению ГБН.

Нормализация труда, быта, питания, психического состояния беременной способствует укреплению гестационной доминанты и лучшему функционированию плацентарного барьера.

Являясь сторонниками активной тактики родоразрешения при резус-иммунизации, мы должны согласиться с Townsend, Glenning и др., что не следует расширять показания к грубой нефизиологичной операции кесарева сечения лишь по мотивам резус-иммунизации. Оно приемлемо только при сочетании резус-конфликта с какой-либо акушерской патологией.

Тактика досрочного родоразрешения особенно целесообразна у женщин, у которых при прошлых беременностях дети погибали до родов или родились с тяжелой формой гемолитической болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аршавский И. А. БМЭ, 1957, 2, 258; В кн.: Проблемы гистогематических барьеров. М., 1965. — 2. Гуревич П. С. Патологическая анатомия и некоторые вопросы патогенеза ГБН. Автореф. канд. дисс., Казань, 1965. — 3. Зак И. Р. Сов. мед., 1961, 2; БМЭ, 1962, 28, 201. — 4. Маслова А. С., Обыденна Е. А. В кн.: Тез. докл. XI научн. конф. НИИ акуш. и гинек. М., 1957. — 5. Павлова Л. С. В кн.: Тез. докл. IX научн. сессии ин-та акуш. и гин. АМН СССР, Л., 1957. — 6. Петченко А. И. В кн.: Гемолитическая болезнь новорожденных. Медгиз, М.—Л., 1958. — 7. Рожнова М. Ф. Там же. — 8. Садыков Б. Г., Воронин К. В. Казанский мед. ж., 1965, 4. — 9. Alvey J. P. Am. J. obstet. gyn., 1964, 90, 6. — 10. Carter V. B. Lancet, 1954, 6825. — 11. Čech J. Čsl. gynek., 1959, 17. — 12. Evans T. N., Arbor A. Am. J. obstet. gyn., 1963, 85, 6. — 13. Glenning P. J. obst. gyn. Br. Cwlth., 1962, 69, 4. — 14. Jacobs W. M. Surg. gyn. obst., 1959, 108, 4. — 15. Kelsall G. A., Vos G. H., Kirk R. Z. Brit. med. J., 1958, 5094. — 16. Martius G. Die Pathogenese des Morbus haemolyticus neonat. Stuttgart, 1956. — 17. Polacek K. Čsl. gynek., 1960, 25, 7. — 18. Robertson J. G. J. obst. gyn. Br. Cwlth., 1964, 71, 1. — 19. Townsend S. L., Mackay E. V., Shelton J. G., Krieger V. I., Campbell K. I. J. obst. gyn. Br. Cwlth., 1961, 68, 3. — 20. Wiener A. S. Proc. Soc. exp. Biol. Med., 1964, 61, 4; Exp. Med. Surg., 1959, 171, 1.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.329—072.1—616:14—007.64—611.329

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ И ЛЕЧЕБНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭЗОФАГОСКОПИИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ПИЩЕВОДА

И. Т. Батюнин

Кафедра болезней уха, носа и горла (зав.—проф. Е. Н. Мануйлов) Московского
медицинского стоматологического института

Варикозное расширение вен пищевода наблюдается сравнительно редко. В основе заболевания лежат стеснения кровообращения в системе воротной вены, венозного кровообращения селезенки, желудка и поджелудочной железы, верхней полой вены, пищевода и средостения. У стариков варикозное расширение вен пищевода возни-