

УДК 616—056.716:616.155.194.18—07

Л.Р. Абдрахманова, А.А. Зайнуллин, Б.Г. Садыков, А.Ш. Латыпов (Казань). Молекулярно-генетическая диагностика резус-принадлежности плода по околоплодным водам при резус-изоиммунизации

В настоящее время при резус-изоиммунизации особо актуальна своевременная диагностика резус-принадлежности и степени тяжести гемолитической болезни плода для определения срока родоразрешения. Диагностика предполагает изучение анамнеза, выявление резус-антител при изосерологическом исследовании, УЗИ плода и плаценты, выявление относительной плотности билирубина в околоплодных водах спектрофотометрическим методом. С этой же целью проводят патологоанатомическое исследование мертворожденных и умерших детей. Привлекает внимание молекулярно-генетическая диагностика резус-принадлежности плода в околоплодных водах, основанная на выделении ДНК из амниоцитов методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Преимуществом этого метода является возможность определения резус-отрицательной принадлежности плода при наличии резус-антител от предшествующих беременностей. Кроме того, если анализ содержания билирубина в околоплодных водах не покажет наличия внутриутробной формы гемолитической болезни и резус-положительной принадлежности плода, то можно предположить развитие послеродовой формы гемолитической болезни и соответственно не предпринимать искусственное преждевременное родоизвлечение.

Приводим 2 собственных наблюдения.

1. Беременная Н., 28 лет: группа крови — А(II) Rh (-), у мужа — 0(I) Rh(+), гемотрансфузии отрицает.

Из анамнеза: первая беременность закончилась самопроизвольным абортom на сроке 8 нед, затем были нормальные роды (родился мальчик с массой тела 3500 г). Третья беременность также завершилась рождением мальчика с массой тела 3500 г с гидроцефалией (умер в 6 месяцев, патологоанатомическое исследование не проводилось).

При следующей беременности на сроке 32 нед произошли преждевременные роды двойней. Родились живые недоношенные девочки с массой тела 1950 и 2000 г и Rh(+). В связи с иктеричностью в первые сутки новорожденные были переведены в ДМЦ. Первая девочка умерла на 3-и сутки. Патологоанатомическое исследование: гемолитическая болезнь новорожденного, ядерная желтуха, очаги эритробластоза в печени, сердце, очаговые кровоизлияния с некрозом в толстом кишечнике, множественные эрозии слизистой желудка, кровоизлияния в легкие, сердце, двенадцатиперстную кишку и почки, гнойный омфалит, ателектазы легких, умеренная гипоплазия печени (2,5×1,5×0,8). Второй девочке было

произведено заменное переливание крови, умерла в 2 месяца по месту жительства, патологоанатомическое исследование не проводилось.

При данной пятой беременности женщины, направили в РКБ, где на сроке 15—16 нед у нее был определен титр Rh антител 1:8. По данным УЗИ, патологии плода не выявлено.

Назначен комплекс лекарственных средств, включающий дексаметазон. На сроке 21—22 нед — титр Rh антител 1:32. УЗИ патологии плода не выявило, плацента толщиной 25 мм, несколько уплотнена. При биохимическом исследовании уровень общего билирубина у беременной составил 25,67 мкмоль/л, непрямого — 25,67 мкмоль/л, общего белка — 62,2 г/л. Ввиду роста антител и крайне отягощенного анамнеза женщину госпитализировали в гинекологическое отделение РКБ для проведения курса лечения плазмаферезом гипербарической оксигенацией (ГБО). В течение беременности получила 7 сеансов плазмафереза. Титр Rh антител на протяжении беременности был нестабилен — 1:32, 1:64, 1:16.

На сроке 37 нед в родильном отделении РКБ произведен амниоцентез под контролем УЗИ. Методом полимеразной цепной реакции на ДНК, выделенной из амниоцитов, предположительно определена резус-положительная принадлежность плода (подтверждено наличие 10 экзона Rh D гена). Содержание билирубина в околоплодных водах — в пределах нормы. На сроке 38 нед произошли самопроизвольные роды. Родился живой доношенный мальчик (масса тела — 3600 г), с группой крови А(II) Rh(+). Диагностирована послеродовая желтушная форма ГБН, произведено одно заменное переливание крови. Исход: ребенок выжил.

2. Беременная Г., 39 лет: группа крови — А(II) Rh(-), у мужа — 0(I)Rh(+), гемотрансфузии отрицает.

Первая беременность на сроке 4 нед закончилась самопроизвольным абортom, вторая — нормальными родами (девочка — Rh(-), масса тела — 3200 г). Третья беременность завершилась антенатальной гибелью мальчика (масса тела — 5500 г), патологоанатомическое исследование не проводилось. При четвертой беременности на сроке 33—34 нед определен титр Rh антител 1:8. На сроке 39 нед женщина родоразрешена в родильном отделении РКБ — родился мертвый мальчик (масса тела — 4800 г). Патологоанатомическое исследование: ГБН, отечная форма, множественные очаги эритробластоза в печени, селезенке, гепатоспленомегалия, асцит, гидроторакс, гипоперикард. Вне беременности — титр Rh антител 1:16.

Через два года при пятой беременности со срока 11—12 нед пациентка наблюдалась в РКБ: титр Rh антител 1:2. Назначен комплекс лекарственных средств с дексаметазоном. На сроке 17 нед титр Rh антител 1:16; по данным УЗИ, плод соответствует 18—19 нед беременности, плацента толщиной 20 мм, количество вод в норме.

На сроке 18—19 нед беременности женщину направили в гинекологическое отделение РКБ, где ей по поводу истмико-цирвикальной недостаточности был наложен шов на шейку матки, проведен курс лечения, включавший дексаметазон, активированный уголь, ГБО. Титр резус-антител на протяжении беременности — 1 : 16, 1 : 32.

На сроке 27—28 нед, по данным УЗИ, плод соответствует 29—30 нед, масса тела — 1420 г, печень и селезенка плода незначительно увеличены, плацента по задней стенке толщиной 33 мм, "О" степени зрелости, количество вод в норме, воды чистые, признаков нарушения ФПК нет, СДО в пупочной артерии — 24.

Госпитализирована в родильное отделение, где на сроке 33—34 нед произведен амниоцентез и молекулярно-генетическим методом определена резус-положительная принадлежность плода: выявлено наличие 10 экзона Rh D гена в амниоцитах.

Анализ содержания билирубина в околоплодных водах показал наличие гемолитической болезни плода легкой степени, хотя на вид воды были желтые. Через неделю был произведен повторный амниоцентез — результат тот же. С учетом крайне отягощенного анамнеза (отечной формы ГБН), резус-положительной принадлежности плода женщина родоразрешена на сроке 36 нед через естественные родовые пути по М.Е. Бараци с амниотомией. Родился живой мальчик с массой тела 3200 г, группа крови 0(I) Rh(+). Диагностирована ГБН, врожденная желтушная форма средней степени. Произведены 3 замененные переливания крови. Исход: ребенок выжил.

Таким образом, молекулярно-генетический метод диагностики резус-принадлежности плода по околоплодным водам позволяет провести раннюю диагностику гемолитической болезни, заблаговременно до срока родов определить время и способ родоразрешения.

УДК 616.64—007.24—089.844

Ю.Н. Ярисов, В.А. Чернов, Л.Н. Орлов, С.В. Верендеев (г. Чебоксары). Фаллопластика при мочеполовой аномалии

Экстрофия мочевого пузыря чаще встречается у мальчиков и является одной из тяжелых форм аномалии. Ей часто сопутствуют сочетанные аномалии половой системы, костей таза, почек: эписпадия, расхождение лобковых костей, деформация и недоразвитие полового члена, гипоплазия яичек, простаты, почек. После успешного хирургического лечения экстрофии мочевого пузыря в детстве с возрастом может появиться необходимость в реабилитационных хирургических вмешательствах по поводу сопутствующей аномалии.

Укорочение и деформация полового члена делают невозможной половую жизнь. При наличии либидо и эрекции мысль о своей мужской неполноценности становится доминантной, причиной сильных психических переживаний.

Приводим свое наблюдение по реабилитации такого больного.

Описания фаллопластики и эндопротезирования при подобной патологии в доступной нам литературе мы не нашли. Считаем, что данное наблюдение представляет интерес для хирургов.

К., 21 года, поступил в урологическое отделение 21.10.1997 г. с жалобами на невозможность половой жизни из-за деформированного короткого члена. Либидо и эрекция есть.

При рождении установлены экстрофия мочевого пузыря и тотальная эписпадия. Родители дали согласие на операцию, когда мальчик достиг 5-летнего возраста. Был выполнен везикосигмоанастомоз по А.Н. Михельсону.

Объективно: рост — 162 см, масса тела — 57 кг, несколько инфантилен. Со стороны органов грудной клетки изменений нет. АД — 130/80 мм Нг. На нижней части живота — рубцы, пупок отсутствует. Симфиза нет, расхождение лобковых костей составляет 11 см (рис. 1). Половой член укорочен, подтянут к рубцу. В верхней части головка расщеплена, уретра отсутствует. Яички нормальных размеров, наружные гениталии имеют удовлетворительно развитый волосистой покров (рис. 2). Простата гипоплазирована, едва пальпируется.



Рис. 1.

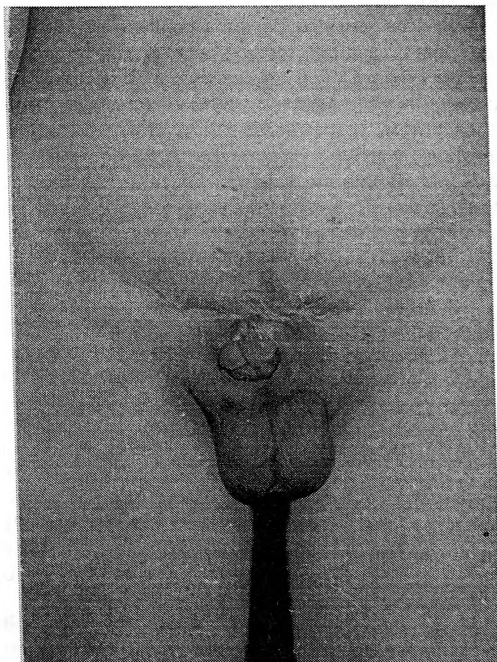


Рис. 2.