

В случае, когда антитела с титром 1:2 были найдены у ребенка (девочка), наблюдалась ГБН в форме тяжелой желтухи с благоприятным исходом.

Производилось определение антирезус-антител в грудном молоке в случае рождения детей с ГБН. Всего произведено 49 исследований, из которых только в одном найдены антирезус-антитела и еще в одном случае получен сомнительный результат. В остальных 47 случаях антитела не обнаруживались. Эти данные подтверждают мнение многих авторов, что антирезус-антитела в грудном молоке обнаруживаются редко, чаще с низким титром и отличаются нестойкостью.

Выявлено 4 случая (двое мужчин и двое женщин) переливания Rh-несовместимой крови с возникновением гемолитического шока различной степени тяжести с благополучными исходами.

Итак, опыт работы нашей станции переливания крови показывает, что и среди жителей Казани соотношение процентов резус-положительной и резус-отрицательной принадлежности соответствует указанному в литературе. Появление сенсибилизации к резус-фактору как при беременности, так и при переливании резус-несовместимой крови обязывает все лечебные учреждения шире развернуть работу по изучению резус-принадлежности населения и возможных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Али-Заде Ф. М., Алескерев Г. С. Азербайджан. мед. журнал, 1956, 5. — 2. Игонец З. Я., Успенская О. В. Сб. тр. Калининской областной клинической больницы, 1958, 1. — 3. Чикобава Л. Л. Резус-фактор и его практическое значение по материалам ИПК Минздрава Грузинской ССР. Канд. дисс., Тбилиси, 1953.

Поступила 10 октября 1960 г.

РЕЗУС-КОНФЛИКТ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ¹

Доц. З. Ш. Гилязутдинова, Н. П. Ицич и Т. В. Поцелуева

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. И. В. Данилов)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Среди причин детской смертности особенно большое значение имеет смертность новорожденных, связанная с резус-конфликтом между кровью матери и плодом.

Открытие Ландштейнером и Винером в 1940 г. нового агглютиногена, названного резус-фактором, дало возможность выявить патогенез гемолитической болезни новорожденных и выявить одну из причин гемотрансфузионного осложнения.

Выяснилось, что резус-фактор передается по наследству и распределяется во всех группах крови. Дифференциация резус-фактора в организме плода начинается уже с третьего месяца внутриутробной жизни.

В сыворотке резус (—) индивидуума с повышенной чувствительностью (таких людей 1:10—16) при резус (+) крови плода или при повторных переливаниях резус (+) крови образуются антирезус-антитела в виде агглютининов, которые и являются причиной гемолитической болезни плода или гемотрансфузионного шока.

По этому вопросу имеется ряд работ Т. Г. Соловьевой, А. Ф. Тур, Н. С. Дробышевой, Л. С. Персианинова, Р. Попиванова, М. А. Умновой, А. П. Николаева, Г. А. Макаровой и ряда зарубежных авторов (Digue, Wrench) и др.

Резус-конфликт между матерью и плодом может вызвать антенатальную и интранатальную гибель плода или рождение живого плода с проявлениями гемолитической болезни. Отсюда вполне понятен интерес к изучению патогенеза и клиники гемолитической болезни новорожденных (ГБН).

¹ Доложено на научном обществе акушеров-гинекологов Казани в 1959 г. и на научной конференции ГИДУВа 25/IV-60 г.

Установлено, что резус-конфликт между матерью и плодом чаще всего происходит, когда мать резус (—), ребенок (+).

За последнее время, в связи с установлением различных типов резус-фактора (Rh⁰; Rh'; Rh'') и отсюда различных антирезус-агглютининов, эта теория патогенеза ГБН значительно усложнилась.

Женщина с наличием в крови резус-фактора одной из подгрупп может sensibilizироваться кровью плода другой подгруппы с образованием особых антител, которые также являются причиной гемолитической болезни.

Кроме того, одной из причин гемолитической болезни считается несовпадение по основным группам крови системы А. В. О.

Таким образом, во всех этих случаях антиген плода, являясь раздражителем для матери, способствует выработке у нее иммунных антител, которые, попадая в кровяное русло ребенка, вызывают внутрисосудистую агглютинацию, разрушение эритроцитов плода и накопление патологических продуктов, обуславливающих целый ряд патологических изменений местного и общего характера.

Клиническое проявление гемолитической болезни не только характеризуется желтухой, отеком, анемией у плода в периоде новорожденности, но и дает различные последствия у нелеченных детей, в частности дефекты со стороны центральной нервной системы в форме дебильности, атетоза, параличей, атаксии и т. д.

Огромное значение резус-фактор имеет и в практике переливаний крови. Проба на индивидуальную совместимость перед гемотрансфузией дала возможность снизить процент гемотрансфузионных осложнений.

Все вышеизложенное о значении резус-конфликта в акушерской практике и в практике переливаний крови заставило нас провести ряд наблюдений в условиях женской консультации и роддома.

С 1957 года нами проводится следующее:

1. Выявление беременных с резус (—) кровью.
2. Выявление резус-конфликта при желтухе у новорожденных и лечение их.
3. Выявление значения резус-конфликта у беременных с отягощенным акушерским анамнезом.
4. Проведение десенсибилизации беременных, sensibilizированных к резус-фактору.

Проведено исследование крови у 750 беременных и рожениц на резус-принадлежность. Из них: в условиях женской консультации — у 614 женщин и в условиях стационара — у 136.

Из 750 исследованных женщин выявлена резус (—) кровь у 101 (13,46%), причем из них с резус-антителами — у 19 (18,8%).

Исход беременности и родов у женщины с резус (—) кровью следующий: 34 женщины находятся еще на учете как беременные; у 33 роды закончились благополучно, без проявления гемолитической болезни, причем во всех этих случаях резус(—) кровь матерей была без антител; у 34 женщин во время беременности или после родов у плода выявлена гемолитическая болезнь, из них за счет резус-несовместимости — у 28 и за счет групповой несовместимости — у 6.

Из 34 случаев гемолитической болезни срочных родов было 25, преждевременных 9. Родились живыми 28 и мертвыми — 6; один умер на 9-й день жизни.

При подробном анализе 28 случаев ГБН за счет резус-конфликта мы имели следующее: у 18 обнаружены антитела с различным титром — от 1:2 до 1:128. У группы женщин с антителами срочных родов было 11, преждевременных — 7, дети родились живыми — 14; мертвыми — 4 (антенатальная и интранатальная смерть); у 10 женщин без антител в 8 случаях роды были срочными; у 2 — преждевременные, закончившиеся мертворождением (антенатальная и постнатальная смерть плода) при сроках беременности 34—36 недель.

Случаи гемолитической болезни новорожденных у женщин с резус (—) кровью без антител возможно объяснить тем, что в основном проверялись лишь резус-агглютинирующие антитела, не проводилось исследование на типовые разновидности резус-фактора и, кроме того, в ряде случаев исследование крови проводилось на 3—4 день после родов.

В 6 случаях гемолитической болезни за счет групповой несовместимости срочных родов было 5, преждевременных — 1. Все дети родились живыми.

ГБН при резус-конфликте проявлялась в различной степени, более тяжелая клиника была у тех новорожденных, в сыворотке крови матерей которых были обнаружены антитела, и особенно при устойчивых антителах, либо когда резус-конфликт сочетался с групповой несовместимостью. Выявить какую-либо закономерность между титром антител и тяжестью течения гемолитической болезни нам не удалось.

Клиника желтухи и анемии развивалась в основном на 3—5 день после родов и более выраженный характер приобретала на 7—8-й день жизни ребенка.

При выраженной желтухе у новорожденного более тяжело проявлялась и картина анемии с падением процента Нв до 40 ед.

Гемолитическая желтуха за счет групповой несовместимости протекала в более легкой степени. Отмечались некоторое вялое состояние ребенка, легкая желтушность и анемия с падением Нв в пределах от 90 до 106 ед.

Лечение ГБН проводилось различно, в зависимости от клинического течения. При гемолитической болезни, связанной с резус-конфликтом, в основном применяли переливание крови от 3 до 5 раз через 2 дня на 3-й; витамины В₁₂; В₁; В₆; К; глюкоза подкожно и внутривенно, назначались кислород в виде ингаляции и подкожно, аскорбиновая кислота, теплые ванны; в 2 случаях вводили γ -глобулин. С 1960 г. к данной комплексной терапии мы дополнительно проводили лечение у 6 детей АКТГ по специальному курсу, рекомендованному Поляковой. Установлено, что АКТГ обладает противоаллергическим действием, препятствуя соединению антигена с антителом, то есть предотвращает дальнейший гемолиз крови, а также регулирует деятельность коры надпочечников. Необходимо отметить, что применение АКТГ в сочетании с переливаниями крови дает лучшие и более быстрые результаты, нежели применение только переливания крови.

Благоприятное действие АКТГ проявляется клинически в основном в быстром исчезновении тяжелой желтухи, уменьшении размеров печени.

При гемолитической болезни, связанной с групповой несовместимостью, мы ограничивались комплексной медикаментозной терапией, без переливания крови, в частности глюкозой, витамином В₁₂, В₁, кислородом, аскорбиновой кислотой и т. д. Основное пуповинное переливание крови не производилось, так как в большинстве случаев ГБН выявлялась только на 3—4 дни после родов либо беременные поступали уже с мертвым плодом.

В течение 2—3 недель детей кормили сцеженным молоком от другой матери и только после исчезновения в материнском молоке антител кормили грудью.

Ближайшие результаты лечения 22 детей с гемолитической болезнью за счет резус-конфликта: в 21 случае благоприятный, в одном случае — смерть ребенка на 9-й день от гемолитической болезни при Rh (—) крови матери с наличием антител титром 1:64 и Rh (—) крови ребенка.

В группе же больных детей за счет групповой несовместимости исход лечения во всех 6 случаях благоприятный.

Отдаленные результаты, прослеженные в течение 3 лет у 27 детей после лечения: 24 здоровы, развиваются вполне удовлетворительно; 2 больных, один из них в возрасте 1 г. 9 мес., рожденный преждевременно, плохо развивается, предполагают врожденную миантонию Оппенгейма; второй — в возрасте 3½ месяца находится в детской клинике по поводу анемии. Один ребенок в возрасте 8 месяцев умер от гемолитической болезни. В сыворотке крови у матери этих 3 детей были антитела титром от 1:2 до 1:8.

Таким образом, применение комплексного лечения при гемолитической болезни, даже при антителах в крови матерей, дает благоприятные результаты.

Вторую группу составили 45 беременных, исследованных на резус-принадлежность при отягощенном акушерском анамнезе (мертворождения, преждевременные роды, самопроизвольный аборт и т. д.). Были выявлены 8 женщин с резус (—) кровью и у 3 из них наличие антител; у остальных же кровь оказалась резус (+). Из 8 женщин с резус (—) кровью беременность закончилась у одной преждевременными родами мертвым плодом, у 2 — поздним выкидышем, причем в сыворотке крови у этих женщин обнаружены антитела титром 1:16 и 1:32. Одна из этих женщин прошла неполный курс десенсибилизации.

Таким образом, в определенном проценте случаев резус-конфликт может явиться причиной отягченного акушерского анамнеза.

Третью группу составили 20 беременных с резус (—) кровью, которым проводилась десенсибилизация, причем у 5 из них обнаружены антитела. 15 беременных были без антител в крови.

Проводилась десенсибилизация по методу Поляковой, в сочетании с введением витамина В₁₂.

В этой группе были в основном первобеременные, и десенсибилизация начиналась с 3 месяцев беременности, поэтому трудно сказать о возможности образования антител при дальнейшем течении беременности у них без десенсибилизации.

Пяти беременным с антителами проводилось по методу Поляковой в сочетании с вливанием иногруппной резус (—) крови по схеме, предложенной болгарским ученым Р. Попивановым, видоизмененной Соловьевой.

Исход родов и результаты десенсибилизации были следующие. В группе беременных без антител, где проводился только метод Поляковой, в 13 случаях роды закончились благоприятно, без образования антител в крови матери и гемолитической желтухи у ребенка; в двух случаях наблюдалась клиника гемолитической болезни средней тяжести.

У 5 беременных с антителами после десенсибилизации вливанием иногруппной крови в 4 случаях роды были срочные и в 1 преждевременные, мертвым плодом. Все 4 ребенка перенесли гемолитическую желтуху в различной степени проявления, и один из них умер на 9-й день.

Исходя из результатов родов, особенно при возникновении антител, видно, что существующие методы десенсибилизации организма только приостанавливают дальнейшее образование антител, оказывают общеукрепляющее действие, но не приводят к исчезновению антител в крови беременных.

Таким образом, изучение резус-конфликта практически важно в профилактике недонашиваемости, мертворождаемости и ряда заболеваний в периоде новорожденности и в детском возрасте.

ВЫВОДЫ

1. Только своевременное выявление женщин с Rh (—) кровью, проведение соответствующей десенсибилизации, раннее выявление и лечение гемолитической болезни новорожденных может привести к дальнейшему снижению процента мертворождаемости, смертности и инвалидности детей.

2. Все вышеизложенное диктует необходимость более широкого развертывания работы по исследованию женщин в Казани на резус-принадлежность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Большев И. Н. Акуш. и гинек., 1956, 5. — 2. Дробышева Н. С. Сов. мед., 1955, 2. — 3. Макарова Г. А. Казанский мед. журн., 1958, 1. — 4. Николаев А. П. Практическое акушерство, 1958. — 5. Соловьева Т. Г. Резус-фактор в лабораторной и клинической практике, 1957. — 6. Попиванов Р. Сов. мед., 1955, 2. — 7. Персианов Л. С. Акушерский семинар, т. 2, 1960. — 8. Тур А. Ф. Гемолитическая болезнь новорожденных, 1958. — 9. Умнова М. А. Пробл. гематологии и переливания крови, 1956, 2.

Поступила 27 июня 1960 г.

О РАЗРЫВАХ МАТКИ

Асс. М. А. Давыдова

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

За 5 лет (1954—1958 гг.) в роддомах Казани разрывы матки наблюдались у 29 женщин. В возрасте от 20 до 30 лет было 10, от 30 до 40 лет — 17, свыше 40 лет — 2 женщины. Первобеременной была одна, повторнобеременными и повторнородящими — 28. Разрывы наблюдались минимум при 2—4, максимум при 10—11-й беременности. У 15 больных в прошлом была операция кесарева сечения, у 13 акушерский анамнез отягощен или лихорадочными, искусственными, чаще криминальными абортми, либо затяжными родами, лихорадочным послеродовым периодом, что, вероятно, вызвало деструктивные изменения мышц матки и привело к ее функциональной неполноценности при последующих родах.

Размеры таза у 9 женщин были нормальными, у одной неизвестны, у 19 размеры большого таза уменьшены на 1—2 см, у 6 из них диагональная конъюгата равнялась 9—11 см, у 10 мыс не достигался, у 3 диагональная конъюгата не измерялась.

Насильственный разрыв матки был у одной (перфорация головки плода при угрожающем разрыве матки), и у 28 женщин разрывы были самопроизвольные.

Разрывы диагностированы до начала родовой деятельности у 5 женщин (у 4 по послеоперационному рубцу на матке, у одной проедающие стенки матки плацентой, по-видимому, на месте бывшей перфорации матки при аборте), в первом периоде родов — у 11, во 2 периоде — у 9 и после родов — у 4. Роды у 4 последних были самостоятельными, у одной из них живым, а у 3 — мертвыми плодами; предлежание плода у 3 было головным, у одной — тазовым. Разрыв матки обнаружен при ручном исследовании полости матки, произведенном из-за раннего послеродового кровотечения или же из-за признаков внутреннего кровотечения. Таким образом, самостоятельные роды, даже живым плодом, не исключают возможности разрыва матки. Анализ историй родов этих 4 рожениц показывает, что матка может одновременно и «рваться», и изгонять плод.

Безводный период до наступления разрыва продолжался от 1 до 10 часов у 4, от 10 до 18 часов — у 10, свыше суток — у 4, и плодный пузырь был целым у 11 женщин (из них у 9 разрыв произошел по послеоперационному рубцу на матке). Как видно из приведенных данных, разрыв матки, особенно по послеоперационному рубцу, может произойти и при целом плодном пузыре.

Разрыв был локализован по ребру тела матки слева у 3, справа — у 3, по ребру нижнего сегмента справа — у одной, слева — у 2, зигзагообразный разрыв передней стенки — у 2, поперечный разрыв нижнего сегмента спереди — у одной и продольный разрыв тела матки сзади, ближе к левому ребру — у одной. У 2 произошло проедающие стенки в области дна матки хориальной тканью, на участке 2—3 см. У 14 разрыв произошел по послеоперационному рубцу на матке.

Полный разрыв матки наблюдался у 23 женщин, у 9 из них с выходом плода и плаценты в брюшную полость, а у 3 из них и с отслойкой мочевого пузыря от матки. Неполный разрыв установлен у 6.