

Только у двух рожениц предлежание плода было тазовым концом, ни у одной не было поперечного положения плода. Ни у одной не было нормального таза — у всех были анатомически узкие в той или иной степени.

При кесаревом сечении плоды извлечены живыми, в дальнейшем развивались нормально.

Перфорация головки на живом плоде произведена у 1 первородящей.

Смертность у недоношенных составляла у нас 5 из 18, а из доношенных никто не погиб.

Мертвыми родились 5 младенцев, из них доношенных, но маловесных (2900,0 и 2600,0; 3200,0) 3 младенца и 2 недоношенных (2400,0). Таким образом, мертворождаемость среди доношенных составила 3 на 90 и среди недоношенных — 2 на 18.

Следовательно, мертворождаемость у женщин карликового роста зависела от преждевременных родов, от неправильного вставления головки плода в таз.

Только у 74 женщин из 108 беременность протекала без осложнений. Это диктует необходимость взятия на особый учет беременных карликового роста.

Поступила 27 июля 1960 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЦИТРАЛЯ В КОМПЛЕКСЕ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ПРИ РЕЗУС- И АВО-НЕСОВМЕСТИМЫХ БЕРЕМЕННОСТЯХ¹

Асп. Б. Г. Садыков

1-я кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. П. В. Маненков) и кафедра патологической физиологии (зав. — проф. М. А. Ерзин) Казанского медицинского института

Для предотвращения гемолитической болезни новорожденных (гбн) при резус- и АВО-несовместимых беременностях необходимо эффективное десенсибилизирующее лечение. В этих целях предложены и испытаны различные средства и методы. Среди них выделяются антигистаминовые препараты, а именно — антистин, цитраль (Л. Гиршфельд, Т. Г. Соловьева, И. А. Васильева).

В настоящей работе представлены сведения о 20 десенсибилизированных беременных в возрасте от 21 до 38 лет, получавших десенсибилизирующее лечение цитралем в сочетании с некоторыми дополнительными мерами.

У 15 женщин установлена резус-, а у 5 — АВО-несовместимость. У 2 из 15 резус-десенсибилизированных женщин антитела с непостоянным и низким (1:2) титром объяснялись сенсibilизацией предыдущими беременностями. С первой половины беременности лечение получали 9, а со второй — 11 женщин.

В прошлом у всех этих женщин вместе была 71 беременность, из них родами закончились 30, самопроизвольными выкидышами — 23, медицинскими абортами — 18. Из 30 родов 20 произошли в срок (13 — живыми, 7 — мертвыми) и 10 — преждевременно (6 — живыми, 4 — мертвыми). Таким образом, из 53 беременностей (исключая медицинские аборт) 34 закончились гибелью плода.

Переливаний крови и гемотерапии в прошлом не производилось ни у одной. Менструальный цикл и половая жизнь — без особенностей. Сифилис, бруцеллез, малярия исключены, а у части из них отвергнуто и наличие токсоплазмоза.

Для выявления вида несовместимости проведено определение группы крови и резус-принадлежности беременных, их мужей, новорожденных и матерей беременных (в 4 случаях). Выявлено, что браков с неоднородными группами крови гораздо больше (8), чем возникновения несовместимости при них (4); во всех случаях резус-несовместимости (кроме одного) кровь беременной была резус-отрицательной, мужа — резус-положительной, и новорожденных — резус-положительной, кроме трех (одна двойня). Наличие непостоянных и низкого титра резус-антител в сыворотке крови этих двух матерей мы объясняем сенсibilизацией предыдущими беременностями.

Десенсибилизирующее лечение заключалось в назначении 1% раствора цитраля на 95° спирте по 20 капель 3 раза в день в течение всей беременности с добавлением ингаляций кислорода, повторного общего кварцевого облучения, приема витаминов А, В, В₁, С, внутривенных инъекций 40% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой, пищевой рацион дополнялся полусырой печенью, свежим творогом.

При десенсибилизирующем лечении указанным способом при АВО-несовместимых беременностях титр агглютининов не понижался, а имел тенденцию к повышению; при резус-несовместимых беременностях антитела в одном случае были найдены при первой явке, а затем только в ретроплацентарной крови; в одном случае при первой явке и только непосредственно перед родами; в другом случае — титр антител с

¹ Доложено на научной конференции Казанского медицинского института 1961 года и на объединенном заседании обществ акушеров-гинекологов и педиатров Казани 19/IV-1962 г.

1:16 снизился до 1:8; в трех титр антител при лечении снижался, а перед родами вновь повышался; в девяти случаях титр антител снизился до нуля.

Беременность завершилась родами в срок у 18 женщин (из них у 2 было кесарево сечение), и у 2 наступил самопроизвольный выкидыш (по одному случаю при резус- и АВО-несовместимостях).

Родился 21 ребенок, из них 20 живых (одна тройня, одна двойня). У одной родился мертвый плод (смерть из-за выпадения пуповины).

Девочек было 11, мальчиков — 10. С весом до 2 000,0 было 3 ребенка, до 3 000,0 — 4, от 3 001 до 4 000,0 — 12 и более 4 000,0 — 2.

Из 20 родившихся живыми 7 (от 4 матерей) родились без признаков гемолитической болезни, причем кровь трех из них была резус-отрицательной (при резус-несовместимости), у четырех — резус-положительной (в трех случаях — при резус-несовместимости и в одном — при АВО-несовместимости). У всех этих четырех женщин лечение было начато со второй половины беременности. Остальные 13 новорожденных страдали гемолитической болезнью: 8 желтушной формой и 5 — анемической. Один страдавший легкой анемической формой умер на вторые сутки от пневмонии на почве бывшей асфиксии в родах.

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 и на серологическом исследовании новорожденных.

Родившиеся с гемолитической болезнью получали следующее лечение: 6 детей с желтушной формой — обменное переливание крови в сочетании с гормонотерапией и комплексом лекарственных средств; у одного из них обменное переливание крови сочеталось с многократными дробными введениями крови внутривенно и внутрикостно. У одного с желтушной формой лечение было ограничено дробными переливаниями крови в пупочную вену тотчас после родов и внутрикостно в сочетании с гормонотерапией и комплексом лекарственных средств. У другого с желтушной формой, обусловленной АВО-несовместимостью, лечение ограничивалось гормонотерапией и комплексом лекарственных средств, так же, как и у 4 новорожденных анемической формой. У одного с легкой анемической формой лечение ограничивалось комплексом лекарственных средств. У всех страдавших гбн грудное вскармливание начиналось после трехкратного отрицательного анализа молока матери на специфические антитела, то есть спустя 3 недели после родов.

При рождении здоровых детей ограничивались тщательным клинико-лабораторным наблюдением и, иногда, воздержанием от грудного вскармливания на несколько дней. Все дети живы, развиваются правильно, находятся под наблюдением от 8 месяцев до 3 лет.

Итак, если у 20 изосенсибилизированных женщин из предыдущих 53 беременностей (исключая 18 медицинских аборт) закончились гибелью плода 34 (11 мертворожденных и 23 самопроизвольных выкидыша), то при лечении из 20 беременностей только у двух женщин произошел самопроизвольный выкидыш и у двух смерть детей зависела от акушерской патологии. Если в анамнезе из 30 беременностей без лечения у 10 женщин были преждевременные роды, то при лечении 20 беременных преждевременных родов не было. Если из 53 беременностей до лечения 11 закончились мертворождением, то после лечения случаев мертворождения, зависящих от гбн, не было. Приведенные данные свидетельствуют о необходимости десенсибилизирующего лечения в таких случаях.

ВЫВОДЫ

1. Антигистаминовый препарат цитраль в комплексе с примененными нами средствами снижает степень сенсибилизации на любых сроках беременности.
2. Это лечение оказывает одинаково положительный эффект как при резус-, так и при АВО-несовместимых беременностях, хотя при последних и не наблюдается снижения титра агглютининов.
3. При лечении изосенсибилизированных беременных, даже в случае обнаружения антител, нет оснований ожидать рождения здорового ребенка до тех пор, пока это не будет обосновано комплексным исследованием.
4. Лечение изосенсибилизированных беременных цитралем в сочетании с указанными средствами снижает мертворождаемость и дает возможность успешно лечить новорожденных с гемолитической болезнью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильева И. А. Изоиммунизация при беременности и методы ее ослабления или снятия. Канд. дисс., Харьков, 1960; Сб. научн. раб. по акушерству и гинекологии Харьковского мед. ин-та, вып. 41 и Харьковского научного медицинского об-ва, вып. 14, 1958; Тез. докл. X научн. сесс. АМН СССР. Л., 1958; Акуш. и гинек., 1959, 1. — 2. Баукова О. П. Тез. докл. III съезда акуш.-гинек. УССР, Киев, 1961.

Поступила 8 февраля 1962 г.