

Снизить угрозу перинатальной патологии можно путем проведения психопрофилактики и электроанальгезии (8 — 10 процедур через день по 60 — 80 мин). При необходимости курс повторяют через 3 нед. Большую опасность для плода представляет перенашивание беременности. Перинатальная смертность при этой патологии достигает 13%, поэтому важно своевременно направлять беременных в стационар для родовывзавания.

Профилактика патологии беременных в женской консультации, раннее определение групп риска, своевременная терапия выявленных нарушений позволят снизить материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бакшеев Н. С. Клинические лекции по акушерству. М., Медицина, 1973.—
2. Бодяжина В. И. Акушерская помощь в женской консультации. М., Медицина, 1983.—
3. Грищенко В. И. Современные методы диагностики и лечения позднего токсикоза беременных. М., Медицина, 1977.—
4. Исаева А. Д. Тромбоэмболические заболевания во время беременности, после родов и аборт. Автореф. докт. дисс., Харьков, 1967.

Поступила 16 января 1984 г.

УДК 616.15—097.37—02:618.3—039.71:362.174

## О РОЛИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ И РЕЗУС-ЦЕНТРА В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПОМОЩИ ПРИ ИММУНОКОНФЛИКТНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Б. Г. Садыков, Д. П. Игнатьева

*Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Л. А. Козлов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Как известно, в системе акушерско-гинекологического объединения большое место отводится женской консультации. При наблюдении за беременными в настоящее время особое внимание уделяется выявлению группы риска [2].

Ведение беременных с резус-сенсibilизацией в ТАССР в основном осуществляет резус-центр, созданный при Республиканской клинической больнице. Однако значительная и, что особенно важно, начальная часть работы приходится на долю женской консультации, в которой при первом посещении беременной определяется группа крови и резус-принадлежность, а в дальнейшем ежемесячно проводится анализ крови резус-отрицательных беременных на наличие резус-антител. При этом важно правильно оценить течение каждой беременности, поскольку иммуноконфликт возможен и по другим антигенам системы Rh — Hg; кроме того не исключены ошибки при определении Rh принадлежности.

Следует подробно выяснить, на каком сроке было искусственное и самопроизвольное прерывание беременности. По нашим данным (анализ исходов предыдущих беременностей у 620 женщин с резус-сенсibilизацией), частота самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках составляет 8%, что не отличается от частоты данного осложнения в популяции (5000 наблюдений). Таким образом, при резус-сенсibilизации самопроизвольный аборт на ранних сроках, так же как и искусственный, рассматривается в качестве возможного фактора сенсibilизации беременной, но не как следствие резус-конфликта. Поздний аборт, напротив, может быть связан с резус-сенсibilизацией. Известно, что наряду с анемической, желтушной и отечной формами гемолитической болезни новорожденных существует форма, именуемая внутриутробной смертью плода с мацерацией, которая, по мнению П. С. Гуревича (1970), развивается при массивном прорыве антител и воздействии их на незрелый плод. Морфологические данные при этом крайне скудны, ибо при поздних выкидышах аутопсия обычно не проводится. По нашим данным, частота позднего самопроизвольного аборта при резус-сенсibilизации возрастает до 6,5% (в популяции — 3,3%), что подтверждает этиологическую связь этой патологии с резус-конфликтом. Если в анамнезе имеется указание на мертворождение, по возможности следует выявить его причину (затяжные роды, инфекционные заболевания у матери и др.), а

также вид ребенка при рождении (желтуха, «лягушачий» живот, короткая шея), характерный для тяжелых форм гемолитической болезни.

Анализ показал, что наличие в анамнезе детей с гемолитической болезнью новорожденных значительно ухудшает прогноз при данной беременности. Так, при отсутствии в анамнезе сведений о детях с гемолитической болезнью перинатальная смертность от нее составляет 18%. У женщин, имеющих в анамнезе указания на смерть детей от гемолитической болезни, перинатальная смертность достигала 42,8%, а при мертворождениях — 81,5%. Большую роль в выяснении сроков родоразрешения играет динамика титра резус-антител, поэтому контроль за своевременным производством анализов со стороны женской консультации должен быть неукоснительным.

Врач резус-центра заводит на резус-сенсibilизированную беременную специально разработанную карту диспансерного наблюдения, которая помогает врачу лаборатории прогнозировать исход беременности в каждом отдельном случае — устанавливать сроки госпитализации в критические периоды течения беременности, проводить необходимую гипосенсибилизирующую терапию. Кроме того, эта карта позволяет производить статистическую обработку материала для выявления оптимальных методов лечения беременных и новорожденных, влияния титра резус-антител, сроков и методов родоразрешения на исход беременности и др. Карта имеет три вкладки: на одном из них записываются результаты анализов крови беременной в динамике, на втором — данные исследования околоплодных вод, третий включает сведения о клеточном и биохимическом составе крови новорожденного по дням жизни.

Для прогнозирования исхода беременности, осложненной резус-сенсibilизацией, в резус-центре в основном используются следующие тесты: титр агглютинирующих и блокирующих резус-антител; динамика титра; непрямой билирубин и активность щелочной фосфатазы сыворотки крови беременной; спектрофотометрическое и биохимическое исследование околоплодных вод, получаемых путем трансабдоминального амниоцентеза.

На основе анализа полученных данных врач резус-центра ставит диагноз, определяет предположительно прогноз и назначает гипосенсибилизирующую терапию в зависимости от выраженности изосенсибилизации. Для лечения беременную можно направить в акушерско-гинекологический стационар резус-центра и сообщить об этом врачу женской консультации для отметки в индивидуальной карте беременной либо госпитализировать ее в соответствующее отделение того объединения, в состав которого входит данная женская консультация. В таком случае беременной назначают индивидуализированную гипосенсибилизирующую терапию, рекомендованную врачом резус-центра.

При отсутствии необходимости в периодической госпитализации беременная должна находиться под тщательным наблюдением одновременно врача женской консультации (постоянно) и резус-центра (периодически) и получать лечение амбулаторно.

Если установлено внутриутробное поражение плода гемолитической болезнью, беременную госпитализируют (с ведома врача женской консультации) в родильное отделение специализированного резус-центра, в котором родоразрешение производится в плановом порядке, то есть в сроки, оптимальные для каждой беременной. Незамедлительно после рождения ребенка следует провести общий анализ периферической и капиллярной крови, определить содержание непрямого билирубина в сыворотке пуповинной крови, группу и резус-принадлежность крови новорожденного и поставить прямую пробу Кумбса. Вопрос о необходимости и времени производства заменного переливания крови новорожденному решается по результатам этих анализов. В случае необходимости нужно провести повторное исследование крови на содержание непрямого билирубина и вычислить его почасовой прирост. Оптимальные промежутки между повторными заменными переливаниями крови определяются по почасовому приросту уровня непрямого билирубина.

При выписке родильницы и новорожденного врачей женской консультации и детской поликлиники следует обязательно предупредить о необходимости дальнейшего за ними наблюдения.

Беременные с резус-отрицательной кровью составляют группу риска по возникновению резус-сенсibilизации. Ежемесячное исследование крови на наличие антител является для них безусловным, в остальном ведение обычное.

У детей с желтухой в неонатальном периоде при отсутствии у них резус-конфликта врачу женской консультации необходимо исключить АВО-конфликт проверкой соотношения групп крови беременной и ее мужа и определением титра АВО-агглютининов. Течение АВО-конфликта характеризуется отсутствием внутриутробного поражения плода, гемолитическая болезнь развивается после рождения по истечении

некоторого времени (от нескольких часов до суток). Так, у 180 беременных с АВО-конфликтом, за которыми мы наблюдали, не было ни одного случая преждевременных родов, мертворождений или врожденной желтухи. Беременным с АВО-конфликтом не требуется гипосенсибилизирующего лечения, но для исключения возможных натальных повреждений вследствие несвоевременной диагностики гемолитической болезни новорожденных их следует включить в группу риска с соответствующей отметкой в индивидуальной карте.

Резус-отрицательные несенсибилизированные первобеременные, получившие в послеродовом (послеабортном) периоде в целях профилактики сенсибилизации анти-Д-глобулин, должны находиться под строгим наблюдением врача женской консультации.

Таким образом, женская консультация играет ведущую роль в решении проблемы иммуноконфликтной беременности. Дальнейшее снижение перинатальной смертности от гемолитической болезни новорожденных возможно только при слаженной совместной работе женской консультации и резус-центра.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гуревич П. С. Гемолитическая болезнь новорожденных. Автореф. докт. дисс., Казань, 1970.— 2. Пьянзина Я. А., Исаева Е. Г., Сластен О. П. В кн.: Республиканский сборник научных трудов «Организация акушерско-гинекологической помощи в РСФСР». М., 1980.

Поступила 20 декабря 1983 г.

УДК 618.29:362.7

## АНТЕНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

*Е. В. Белогорская, Л. А. Кузнецова*

*Кафедра детских болезней (зав.—заслуж. деят. науки ТАССР проф. Е. В. Белогорская) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

В системе охраны здоровья матери и ребенка важную роль играет женская консультация. Патология, приводящая к мертворождению и смерти новорожденных, в 63% случаев возникает в антенатальном периоде [3]. В связи с этим снижение заболеваемости новорожденных, предупреждение и сокращение детской и перинатальной смертности зависят от повышения эффективности антенатальной охраны плода. В настоящее время особого внимания заслуживает дальнейшее улучшение работы женских консультаций, укрепление их связи с детскими поликлиниками, родильными домами и лечебно-профилактическими учреждениями, обслуживающими женщин детородного возраста.

Наши наблюдения за последние 15 лет свидетельствуют о том, что у детей, родившихся у матерей с различными экстрагенитальными заболеваниями и токсикозом беременности, возникают более тяжелые формы болезней. Неблагоприятные условия внутриутробного развития оказывают существенное влияние не только на растущий плод, но и на дальнейшее постнатальное формирование его иммунитета и защитно-приспособительных механизмов. Так, на фоне респираторной вирусной инфекции у большинства новорожденных, матери которых страдали токсикозом беременности, развивалось осложнение в виде пневмонии, сопровождающейся дисфункцией коры надпочечников. Исследование суммарных и свободных 11-ОКС у таких детей на протяжении всего заболевания выявило у них более выраженное снижение этих показателей, чем у детей, рожденных здоровыми матерями [7].

У матерей с отягощенным течением беременности дети рождаются со значительными нарушениями клеточного и гуморального иммунитета [2, 6, 9]. Пороки сердца у беременных, гипо- и гипертония, гипохромная железодефицитная анемия, токсикоз беременности вызывают у плода неспецифическую реакцию в виде хронической гипоксии, которая приводит к снижению адаптационных способностей новорожденных при внеутробном существовании, а также может вызвать у них функциональные и