

Կ. Ա. ՀԱԿՈՐՅԱՆ

ՇԻՃՈՒԿԱՅԻՆ ՍՊԻՏԱԿՈՒՑՆԵՐԻ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆԸ
ԷԼԵԿՏՐԱՖՈՐԵՏԻԿ ԵՂԱՆԱԿՈՎ ՄՈՐ ԵՎ ՊՏՂԻ ՄՈՏ՝ ՀԻՆՈՒԹՅԱՆ ՈՒՇ
ՏՈՔՍԻԿՈՂՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Արյան շիճուկային սպիտակուցների ուսումնասիրությունը հղիության ու տղթսիկոզների ժամանակ մեծ հետաքրքրություն է ներկայացնում, քանի որ սպիտակուցները բաղմամբով ալլ ֆրոնկցիաների հետ միաժամանակ հանդիսանում են նաև շինանյութ պտղի համար:

Մեր հետազոտությունները թույլ են տալիս ասելու, որ հղիության ու տղթսիկոզների ժամանակ նկատվում է նյութափոխանակության բուռն ընթացք, որի պատճառով հյուսվածքային սպիտակուցները քայքայվում են, և նրանց արգասիքներն անցնում են ծայրամասային արյան մեջ: Այդ պատճառով 1-ին աստիճանի նեֆրոպաթիայի ժամանակ նկատվում է ընդհանուր սպիտակուցի քանակի բարձրացում՝ գլոբուլինների քանակի բարձրացումով: Մանր արտահայտված ու տղթսիկոզների ժամանակ տեղի է ունենում նաև շիճուկային սպիտակուցների քայքայում, որի պատճառով իջնում է ընդհանուր սպիտակուցի քանակը՝ ալբումինների քանակի իջեցումով, իսկ էկլամպսիայի ժամանակ նաև գլոբուլինների քանակի իջեցումով: Նորածինների մոտ նույնպես նկատվում է ընդհանուր սպիտակուցի քանակի իջեցում՝ գլոբուլինների քանակի բարձրացումով: Այս փոփոխությունները սպեցիֆիկ չեն միայն հղիության ու տղթսիկոզներին. նրանք ցույց են տալիս տղթսիկոզի առկայությունը և ծանրությունը, որոնք օրգանիզմը տանում են դեպի «վաղաժամ ծերացում», սակայն որոշ սահմաններում հնարավոր է նորմալ վիճակի վերականգնում:

Արյան շիճուկային սպիտակուցները գտնվում են դինամիկ հավասարակշռության մեջ հյուսվածքային սպիտակուցների հետ և արտահայտում են նրանցում տեղի ունեցող պրոցեսները: Շիճուկային սպիտակուցների քանակական և որակական փոփոխությունների վրա ազդում են օրգանիզմում տեղի ունեցող ախտաբանական փոփոխությունները, որոնք սակայն սպեցիֆիկ բնույթ չեն կրում [16]:

Գրականության տվյալները շիճուկային սպիտակուցների փոփոխությունների վերաբերյալ, ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիության ժամանակ, հակասական են: Հեղինակների մեծ մասը [3, 17, 21] դիտել է ընդհանուր սպիտակուցի և ալբումինների քանակի իջեցում, գլոբուլինային α_1 -, α_2 - և β -ֆրակցիաների բարձրացում: Որոշ հեղինակներ [1, 7, 20] այս փոփոխությունների հետ միաժամանակ նշում են γ -գլոբուլինների քանակի իջեցում: Հեղինակների մի ալլ խումբ [6, 9] նշում է նույն երևույթը γ -գլոբուլինների քանակի բարձրացումով: Ուրիշ հեղինակների տվյալներով [11, 12, 15], ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիության ժամանակ ընդհանուր սպիտակուցի քանակը լինում է նորմայի սահմաններում, սակայն ալբումինում է α_1 -, α_2 -, β -գլոբուլինների քանակը՝ ալբումինների քանակի իջեցումով:

Գրականության տվյալները հղիության ու տղթսիկոզների վերաբերյալ խոսում են այն մասին, որ արյան մեջ նկատվող սպիտակուցի պակասը հետևանք է սպիտակուցային մարմինների ինտենսիվ քայքայման [14]: Հավա-

նաբար այդ է պատճառը, որ որոշ հեղինակներ [18, 19] նշում են ազատ ամինաթթուների քանակի ավելացում արյան մեջ և ամինոացիդուրիա՝ ուշ տոքսիկոզների ծանրությանը զուգահեռ:

Յու. Ա. Մաղաքյանը [10] փորձնական եղանակով սպիտակուցային սնունդի ավելացման ժամանակ նկատել է պտղի ներքին օրգանների զարգացման արագացում: Որոշ հեղինակներ [2, 24] գտնում են, որ մոր մոտ սպիտակուցային անբավարարությունը ոչ մի ազդեցություն չի թողնում պտղի ներարգանդային զարգացման վրա:

Գրականության տվյալները թե ֆիզիոլոգիական ընթացքով, և թե ուշ տոքսիկոզով հիվանդ մայրերից ծնված պտուղների արյան շիճուկային սպիտակուցների կազմի վերաբերյալ, ևս հակասական են [1, 7, 8, 9, 11, 22, 23]:

Այս հաղորդմամբ մենք խնդիր ենք դրել ցույց տալ շիճուկային սպիտակուցների փոփոխությունները ուշ տոքսիկոզի տարբեր կլինիկական ծանրության ժամանակ, և այդ փոփոխությունների արտացոլումը պտղի արյան շիճուկում: Այդ նպատակով մենք որոշել ենք արյան շիճուկային՝ սպիտակուցների վիճակը ուշ տոքսիկոզով 89 հիվանդ մայրերի և նրանց 64 պտուղների պորտալարային արյան մեջ, համեմատելով մեկ նախորդ աշխատանքում ցույց տված [1] ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիների և նրանց պտուղների արյան սպիտակուցային ցուցանիշների հետ: Ընդհանուր սպիտակուցը որոշել ենք ռեֆրակտոմետրով, ֆրակցիաները՝ էլեկտրաֆորետիկ եղանակով:

Այսուցով բարդացած հղիության ժամանակ ընդհանուր սպիտակուցի քանակը շիճուկում և նրա ֆրակցիաների փոփոխությունները համարյա չեն տարբերվում ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիների ցուցանիշներից (աղյուսակ 1): Առաջին աստիճանի նեֆրոպաթիայի ժամանակ ընդհանուր սպիտակուցի քանակն ավելացել է ի հաշիվ գլոբուլինների ընդհանուր քանակի ավելացման, ընդ որում այդ ավելացումը եղել է α_1 -, α_2 -գլոբուլինների քանակի ավելացման հաշվին, β - և γ -գլոբուլինները մնացել են ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիների նույն ցուցանիշների մակարդակին: Երկրորդ աստիճանի նեֆրոպաթիայի ժամանակ ընդհանուր սպիտակուցի քանակը սկսում է իջնել, մոտենալով ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիների նույն ցուցանիշների մակարդակին, ըստ որում նկատվում է ալբումինների քանակի իջեցում և գլոբուլինների քանակի բարձրացում α_1 -, α_2 -գլոբուլինների բարձրացմամբ: Բետա և գամա գլոբուլինները մնում են անփոփոխ: Երկրորդ աստիճանի նեֆրոպաթիայի ժամանակ նկատվում է ընդհանուր սպիտակուցի քանակի իջեցում 1-ին աստիճանի նեֆրոպաթիայի համեմատությամբ, որը հավասարվում է ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիների ցուցանիշների մակարդակին: Սակայն այստեղ նկատվում է ալբումինների խիստ իջեցում և գլոբուլինային, հատկապես α_1 -, α_2 -ֆրակցիաների բարձրացում: Բետա և գամա գլոբուլինները տատանվում են ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիների ցուցանիշների սահմաններում: Էկլամպսիայի ժամանակ ընդհանուր սպիտակուցի քանակն ավելի է իջնում, ետ մնալով ինչպես գործնական առողջ ոչ հղի կանանց, այնպես էլ ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիների նույն ցուցանիշների մակարդակից, ընդ որում նկատվում է ալբումինների քանակի խիստ իջեցում: Գլոբուլինների քանակը ևս իջնում է, հավասարվելով ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիների ցուցանիշների մակարդակին, սակայն բարձր մնալով առողջ ոչ հղի կանանց ցուցանիշներից: Գլոբուլինային α -ֆրակցիան բարձր է ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիների ցու-

Արլան շինակային սպիտակուցների կազմը ու տեքստիլոգով հիվանդ հղիների մոտ (100 միլիլիտր շինակի համեմատությամբ, արտահատված գրամ տոկոսներով, $M \pm mt$)

Ցուցանիշները		Ն մ բ ե ռ ը						Եկված պահա- յով հիվանդ- ներ
		Փորձնական առողջ ոչ հղի կանայք	Ֆիզիոլոգիա- կան ընթաց- քով հղիներ	Այտուցով հիվանդներ	Նեֆրոպաթիայով հիվանդներ			
					1-ին աստի- ճան	2-րդ աստի- ճան	3-րդ աստի- ճան	
		40*	50	21	21	19	19	9
Ընդհանուր սպիտակուցի քանակը		8,37±0,15	7,66±0,14 P<0,001	7,57±0,50 P<0,001 P>0,5	8,25±0,35 P>0,5 P ₁ >0,5	7,80±0,36 P<0,001 P ₁ >0,4	7,65±0,29 P<0,001 P ₁ >0,5	6,82±0,64 P<0,001 P ₁ <0,01
Ալբումինների ընդհանուր քանակը		4,86±0,13	3,82±0,10 P<0,001	3,69±0,17 P<0,001 P>0,2	3,89±0,23 P<0,001 P ₁ >0,5	3,47±0,17 P<0,001 P ₁ <0,02	3,20±0,29 P<0,001 P ₁ <0,01	3,03±0,39 P<0,001 P ₁ <0,001
Գլոբուլինների ընդհանուր քանակը		3,47±0,15	3,85±0,12 P<0,001	3,92±0,31 P<0,02 P ₁ >0,5	4,31±0,31 P<0,001 P ₁ <0,01	4,15±0,21 P<0,001 P ₁ <0,02	4,35±0,29 P<0,001 P ₁ <0,001	3,79±0,39 P>0,1 P ₁ >0,5
Գլոբուլինային ֆրակցիաներ	α ₁	0,38±0,04	0,53±0,04 P<0,001	0,59±0,06 P<0,001 P ₁ >0,1	0,63±0,08 P<0,001 P ₁ <0,02	0,62±0,06 P<0,001 P ₁ <0,01	0,68±0,06 P<0,001 P ₁ <0,001	0,65±0,09 P<0,001 P ₁ <0,02
	α ₂	0,72±0,06	0,87±0,05 P<0,001	0,91±0,10 P<0,001 P ₁ >0,3	1,08±0,10 P<0,001 P ₁ <0,001	1,05±0,13 P<0,001 P ₁ <0,01	1,09±0,10 P<0,001 P ₁ <0,001	0,80±0,14 P>0,1 P ₁ >0,3
	β	0,89±0,06	1,25±0,10 P<0,001	1,15±0,07 P<0,001 P ₁ >0,3	1,30±0,17 P<0,001 P ₁ >0,5	1,14±0,13 P<0,001 P ₁ >0,1	1,30±0,17 P<0,001 P ₁ >0,5	1,00±0,05 P<0,001 P ₁ <0,001
	γ	1,54±0,08	1,19±0,07 P<0,001	1,30±0,10 P<0,001 P ₁ >0,1	1,24±0,12 P<0,001 P ₁ >0,5	1,19±0,13 P<0,001 P ₁ >0,5	1,23±0,17 P<0,001 P ₁ >0,5	0,96±0,16 P<0,001 P ₁ <0,02
Ա/Գ գործակից		1,43±0,10	1,00±0,04 P<0,001	0,96±0,06 P<0,001 P ₁ >0,3	0,92±0,08 P<0,001 P ₁ >0,5	0,87±0,10 P<0,001 P ₁ <0,01	0,77±0,10 P<0,001 P ₁ <0,001	0,80±0,09 P<0,001 P ₁ <0,001

*Դեպքերի թիվը:

P — համեմատվում են գործնական առողջ ոչ հղի կանանց ջուցանիշների հետ

P_1 — համեմատվում են ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիների ջուցանիշների հետ

ցանիշներին, Գլոբուլինային α_1 -ֆրակցիան բարձր է ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիների ցուցանիշներին, α_2 -ը իջնում է վերջիններիս ցուցանիշների մակարդակին, β - գլոբուլինները, որոնք ուշ տոքսիկոզի բուլոր կլինիկական ձևերի ժամանակ բարձր են եղել ոչ հղի կանանց ցուցանիշներին, տատանվելով ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիների ցուցանիշների սահմանում, էկլամպսիայի ժամանակ չնայած բարձր են մնում ոչ հղի կանանց ցուցանիշներին, սակայն իջնում են ինչպես ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիների, այնպես էլ ուշ տոքսիկոզի մյուս կլինիկական ձևերի համեմատությամբ: Գամա գլոբուլինները, որոնք ուշ տոքսիկոզի բուլոր կլինիկական ձևերի ժամանակ ցածր էին ոչ հղի կանանց գլոբուլինների մակարդակից և տատանվում են ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիների ցուցանիշների սահմանում, էկլամպսիայի ժամանակ իջնում են նաև ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիների ցուցանիշներին: Ալբումին-գլոբուլինային գործակիցը թե ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիության, և թե ուշ տոքսիկոզների ժամանակ, ցածր է ոչ հղի կանանց ցուցանիշներին: Այտուցի և 1-ին աստիճանի նեֆրոպաթիայի ժամանակ այն համարյա չի տարբերվում ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիների ցուցանիշներին: Երկրորդ և 3-րդ աստիճանի նեֆրոպաթիաների ժամանակ այն իջնում է թե ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիների, և թե ոչ հղիների ցուցանիշների համեմատությամբ, որը խոսում է գլոբուլինային ֆրակցիաների գերակշռության մասին:

Հղիության ուշ տոքսիկոզով հիվանդ մայրերից ծնված պտուղների սպիտակուցային կազմի ուսումնասիրությունը ցույց է տվել, որ այտուցով հիվանդ մայրերից ծնված պտուղների պորտալարային արյան շիճուկում ալբումինների քանակը քիչ է տարբերվում մայրերի ցուցանիշներից: Առաջին, 2-րդ և 3-րդ աստիճանի նեֆրոպաթիաների ժամանակ նկատվում է ալբումինների քանակի որոշակի բարձրացում մայրերի համեմատությամբ: Գլոբուլինների ընդհանուր քանակը, ինչպես ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիության, այնպես էլ ուշ տոքսիկոզի բուլոր կլինիկական ձևերով հիվանդ մայրերից ծնված թե՛ հասուն, և թե՛ կանխածին պտուղների մոտ, ցածր է մայրերի համեմատությամբ:

Պտուղների արյան շիճուկում սպիտակուցների փոփոխության դինամիկական հետևյալ պատկերն է ներկայացնում՝ այտուցով հիվանդ մայրերից ծնված հասուն պտուղների պորտալարային արյան շիճուկում ընդհանուր սպիտակուցը նույնն է, ինչ ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիության ժամանակ, նկատելի է գլոբուլինային ֆրակցիայի որոշ բարձրացում α_1 - և γ -գլոբուլինների քանակի բարձրացման հաշվին: Առաջին աստիճանի նեֆրոպաթիայի ժամանակ նկատվում է ընդհանուր սպիտակուցի քանակի բարձրացում գլոբուլինային α_1 -, α_2 -ֆրակցիաների բարձրացման հաշվին: Երկրորդ աստիճանի նեֆրոպաթիայի ժամանակ պորտալարային արյան մեջ նկատվում է ընդհանուր սպիտակուցի քանակի իջեցում 1-ին աստիճանի նեֆրոպաթիայի համեմատությամբ, որը տատանվում է ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիությամբ մայրերից ծնված հասուն պտուղների պորտալարային արյան ցուցանիշների սահմաններում: Նկատվում է գլոբուլինների քանակի բարձրացում α_1 -, α_2 -ֆրակցիաների բարձրացումով: Երրորդ աստիճանի նեֆրոպաթիայի ժամանակ նկատվում է ալբումինների քանակի իջեցում և գլոբուլինների քանակի բարձրացում α_1 -, α_2 -ֆրակցիաների բարձրացումով: Ընդհանուր սպիտակուցը մնում է ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիությամբ մայրերից ծնված հասուն պտուղների պորտալարային արյան սպիտակուցների մակարդակին (աղյուսակ 2):

Ա Ղ Ղ Ո Ս Ա Կ 2

Ֆիզիոլոգիական ընթացքով և հիմնական ուշ տոքսիկոզով հիվանդ մայրերից ծնված հասուն պտուղների պորտալարային արյան շինականային սպիտակուցների կազմը (100 միլիլիտր շինակի համեմատությամբ, արտահայտված զրամ սոկոսներով $M \pm m$)

Ցուցանիշները	Նմանություն				
	Պատկեր				
	Ֆիզիոլոգիական ընթացքով հիմնականային բերքից ծնված	Այսուհետև հիվանդ մայրերից ծնված	Նեֆրոպաթիայով հիվանդ մայրերից ծնված		
			1-ին աստիճան	2-րդ աստիճան	3-րդ աստիճան
	40*	14	16	12	11
Ընդհանուր սպիտակուցի քանակը	$6,36 \pm 0,22$	$6,29 \pm 0,34$ $P > 0,5$	$7,23 \pm 0,41$ $P < 0,001$	$6,63 \pm 0,37$ $P > 0,1$	$6,40 \pm 0,79$ $P > 0,5$
Ալբումինների ընդհանուր քանակը	$3,94 \pm 0,23$	$3,61 \pm 0,34$ $P > 0,1$	$4,32 \pm 0,55$ $P > 0,2$	$3,69 \pm 0,42$ $P > 0,3$	$3,59 \pm 0,46$ $P < 0,05$
Գլոբուլինների ընդհանուր քանակը	$2,39 \pm 0,18$	$2,68 \pm 0,22$ $P < 0,5$	$3,53 \pm 0,26$ $P < 0,001$	$2,94 \pm 0,35$ $P < 0,002$	$2,80 \pm 0,50$ $P < 0,05$
Գլոբուլինային մեթոդով	α_1	$0,22 \pm 0,04$ $P < 0,001$	$0,38 \pm 0,18$ $P < 0,002$	$0,47 \pm 0,13$ $P < 0,001$	$0,41 \pm 0,10$ $P < 0,001$
	α_2	$0,49 \pm 0,08$ $P > 0,4$	$0,61 \pm 0,13$ $P < 0,001$	$0,62 \pm 0,11$ $P < 0,01$	$0,66 \pm 0,14$ $P < 0,02$
	β	$0,64 \pm 0,11$ $P > 0,5$	$0,67 \pm 0,10$ $P > 0,3$	$0,64 \pm 0,09$ $P = 0$	$0,64 \pm 0,12$ $P = 0$
	γ	$1,05 \pm 0,10$ $P < 0,01$	$1,33 \pm 0,11$ $P > 0,3$	$1,21 \pm 0,15$ $P > 0,4$	$1,11 \pm 0,19$ $P > 0,5$
Ա/Գ դորժակից	$1,64 \pm 0,20$	$1,34 \pm 0,19$ $P < 0,05$	$1,60 \pm 0,20$ $P > 0,1$	$1,32 \pm 0,33$ $P > 0,1$	$1,32 \pm 0,20$ $P < 0,01$

*Դեպքերի թիվը

P—համեմատում են ֆիզիոլոգիական ընթացքով հիմնական մայրերից ծնված հասուն պտուղների պորտալարային արյան ցուցանիշների հետ:

Երկարատև և ծանր արտահայտված ուշ տոքսիկոզով հիվանդ կանանց մոտ հիմնականում մեծ մասամբ ավարտվել է վաղաժամ: Այս կանխածին պտուղների մոտ ալբումինների քանակը բարձր է մայրերի ալբումինների մակարդակից, գլոբուլինները ցածր են մայրերի ցուցանիշներից, սակայն ստուգիչ խմբի համեմատությամբ նկատվում է գլոբուլինների քանակի բարձրացում α_1 -, α_2 -ֆրակցիաների բարձրացումով (աղյուսակ 3):

Եզրակացություններ

1. Հիմնականում ուշ տոքսիկոզների ժամանակ արյան շինականային սպիտակուցների և ֆրակցիաների կազմում եղած փոփոխությունները մայրերի մոտ էականում նույնն են, ինչ որ ֆիզիոլոգիական ընթացքով հիմնական ժամանակ, միայն ավելի ցայտուն են արտահայտված:

2. Պետք է մտածել, որ հյուսվածքներում նյութափոխանակության ինտենսիվացման հետևանքով տեղի է ունենում բջիջների քայքայում և քայքայման արգասիքների անցում դեպի արյուն, որի պատճառով 1-ին աստիճանի նեֆրոպաթիայի ժամանակ սկզբնական շրջանում ավելանում է ընդհանուր սպիտակուցի քանակը գլոբուլինային ֆրակցիայի գերակշռումով:

3. Ավելի ինտենսիվ նյութափոխանակության պայմաններում քայքայ-

Ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիությանը և երկարատև ու ծանր ընթացքով հղիության ու տոբսիկոզով հիվանդ մայրերից ծնված կանխածինների պորտալարային արյան շիճուկային սպիտակուցների կազմը (100 միլիլիտր շիճուկի համեմատությամբ, արտահայտված տոկոսներով $M \pm tm$)

Ցուցանիշները	Ո մ ե ռ ը	
	Կանխածիններ	
	Ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիությանը մայրերից ծնված	Երկարատև ծանր ընթացքով հղիության ու տոբսիկոզով հիվանդ մայրերից ծնված
	40*	11
Ընդհանուր սպիտակուցի քանակը	$6,10 \pm 0,29$	$6,57 \pm 0,46$ $p_2 > 0,1$
Ալբումինների ընդհանուր քանակը	$3,50 \pm 0,27$	$3,56 \pm 0,44$ $p_2 > 0,5$
Գլոբուլինների ընդհանուր քանակը	$2,60 \pm 0,20$	$3,01 \pm 0,33$ $p_2 < 0,05$
Գլոբուլինային ֆրակցիաներ	α_1	$0,31 \pm 0,04$ $0,43 \pm 0,07$ $p_2 < 0,01$
	α_2	$0,47 \pm 0,08$ $0,68 \pm 0,13$ $p_2 < 0,01$
	β	$0,75 \pm 0,14$ $0,74 \pm 0,13$ $p_2 > 0,5$
	γ	$1,08 \pm 0,18$ $1,16 \pm 0,15$ $p_2 > 0,4$
Ա/Գ գործակից	$1,41 \pm 0,18$	$1,22 \pm 0,20$ $p_2 > 0,2$

*Դեպքերի թիվը

վում են նաև շիճուկային սպիտակուցները, որի պատճառով 2-րդ և 3-րդ աստիճանի նեֆրոպաթիայի ժամանակ պակասում է ընդհանուր սպիտակուցի քանակը՝ ալբումինների քանակի պակասումով, իսկ էկլամպսիայի ժամանակ նաև գլոբուլինների քանակի իջեցումով:

4. Հղիության ու տոբսիկոզով հիվանդ մայրերից ծնված պտուղների պորտալարային արյան շիճուկում ընդհանուր սպիտակուցների քանակը ցածր է մայրերի ցուցանիշներից, նկատվում են ալբումինների բարձր և գլոբուլինների ցածր ցուցանիշներ:

5. Ֆիզիոլոգիական ընթացքով հղիությանը մայրերից ծնված պտուղների համեմատությամբ, ու տոբսիկոզով հիվանդ մայրերից ծնված պտուղների պորտալարային արյան շիճուկում դիտվում է գլոբուլինների ընդհանուր քանակի բարձրացում α_1 -, α_2 -ֆրակցիաների բարձրացումով:

6. Մեր կողմից դիտված փոփոխությունները շիճուկային սպիտակուցների կազմում սպեցիֆիկ չեն միայն հղիության ու տոբսիկոզներին: Նրանք ցույց են տալիս տոբսիկոզի առկայությունը և ծանրությունը, որը օրգանիզմը տանում է դեպի «վաղաժամ ծերացում», սակայն որոշ սահմաններում հնարավոր է օրգանիզմի նորմալ վիճակի վերականգնում:

Երևանի մանկաբարձության և գինեկոլոգիայի
գիտահետազոտական ինստիտուտ

Ստացված է 13/III 1973 թ.:

К. А. АКОПЯН

ЭЛЕКТРОФОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
СЫВОРОТОЧНЫХ БЕЛКОВ КРОВИ У МАТЕРИ И ПЛОДА
ПРИ ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗАХ БЕРЕМЕННЫХ

Р е з ю м е

Автором было проведено изучение взаимоотношений сывороточных белков у 89 женщин, больных поздним токсикозом, и их 64 новорожденных. Выявлено, что при отеках беременных общее количество сывороточных белков, а также их фракций не подвергается существенным изменениям по сравнению с таковыми у женщин с физиологическим течением беременности. Очевидно, при нефропатиях в результате более интенсивного течения обменных процессов происходит распад тканевых белков, продукты этого распада переходят в кровеносное русло, в связи с чем вначале (при I степени нефропатии) увеличивается содержание белка в сыворотке крови (с увеличением содержания глобулинов), а затем при более интенсивном обмене распадаются также сывороточные белки, и уже при II и III степени нефропатии уменьшается общее содержание белков сыворотки и содержание альбуминов, а при эклампсии присоединяется снижение содержания глобулинов.

Увеличение содержания α_1 - и α_2 -глобулинов наблюдается при всех формах позднего токсикоза, по сравнению с показателями беременных с физиологическим течением беременности, и может явиться признаком превалирования окислительных процессов.

У плодов, по сравнению с показателями матерей, наблюдаются высокие показатели альбуминов во всех формах позднего токсикоза. У плодов, родившихся от матерей с поздним токсикозом, по сравнению с показателями у плодов, родившихся от матерей с физиологическим течением беременности, наблюдается повышение содержания глобулинов за счет α_1 - и α_2 -глобулинов. Оно идет параллельно тяжести позднего токсикоза и достигает своего максимума у недоношенных плодов.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Акопян К. А. Сб. научн. трудов НИИАК и Г Арм. ССР, 1966, 4, стр. 121.
2. Васильева В. Г., Кратина Е. Р., Речниченко Л. П. Цит. по Константинову В. И. [5].
3. Волох-Исаева М. Н. Сб. трудов Ташкентского мед. ин-та, 1961, 18, стр. 237.
4. Гуртовой Б. Л. и Макаревич Л. С. Труды Сталинабадского мед. ин-та, 1958, 34, стр. 69.
5. Константинов В. И. Акушерство и гинекология, 1964, 3, стр. 33.
6. Круглов Е. Н. Автореф. дисс. канд. Астрахань, 1967.
7. Лаврова В. И. Вопросы охраны матер. и детства, 1957, 2, 2, стр. 27.
8. Лейтан В. И. Акушерство и гинекология, 1959, 6, стр. 61.
9. Лифанова В. М. Научные труды Омского мед. ин-та, 1965, 65, стр. 67.
10. Магакян Ю. А. Известия АН Арм. ССР (серия биологии), 1960, 13, 1, стр. 41.
11. Макаревич Л. С. Тр. Сталинабадского мед. ин-та, 1958, 34, стр. 61.

12. Могнян Е. А. Акушерство и гинекология, 1957, 3, стр. 18.
13. Могнян Е. А. и Чхиквадзе Р. Х. Журнал экспер. и клинич. медицины АН Арм. ССР, 1962, 2, 4, стр. 93.
14. Мурадян А. О. Автореф. дисс. канд. Киев, 1954.
15. Ницович Р. М. Научн. записки Черновиц. мед. ин-та, 1960, 13, стр. 359.
16. Ойван И. А., Басак М. Я. и Ойвин В. И. Клинич. медицина, 1951, 4, стр. 52.
17. Рыбалко Е. Л. Акушерство и гинекология, 1963, 5, стр. 32.
18. Смирнова Л. Г., Чукова З. С., Гумина И. И., Желоховцева И. Н. Вопросы мед. химии, 1957, 3, 1, стр. 49.
19. Тютин Е. М., Тютин Л. А. Акушерство и гинекология, 1970, 5, стр. 62.
20. Хавкин Ю. А. Медич. журнал Узбекистана, 1960, 10, стр. 40.
21. Шевченко А. М. Акушерство и гинекология, 1964, 1, стр. 54.
22. Bauer H. Zbl. Gynäk: 1962, 31, 1195.
23. Mangimell S. Minerva Gynec., 1960, 14, 698.
24. Miesznikowski A., Wowryk R. Ginek. Polska, 1958, 5, 539.