

DERMATOGLYPHIC INDICES IN WOMEN WITH LARGE FETUSES

The investigation has been carried out for determination of definite objective laws between the birth of large infants and dermatoglyphic indices of the mother's hand. There have been observed definite differences of these indices in women with large fetuses, in comparison with the control group.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верескова И. Е. Автореф. канд. дисс. М., 1977.
2. Гладкова Т. Д. Кожные узоры кисти и стопы у обезьян и человека. М., 1966.
3. Игнатьева Р. К. Советское здравоохранение, 1970, 10, стр. 32.
4. Лепилина М. И. Дисс. канд. Л., 1949.
5. Мартынишин М. Я. Вopr. oхp. мат. и дет., 1967, 12, стр. 53.
6. Нуркасымов Ш. Здравоохранение Казахстана, 1973, 8, стр. 35.
7. Овакимян Э. С., Трепаков Е. Н., Галузов В. И. и др. Ж. экспер. и клин. мед. АН Арм. ССР, 1976, 4, стр. 87.
8. Персианинов Л. С. Акушерские семинары, т. I. М., 1973.
9. Симонян И. В. Ж. экспер. и клин. мед. АН Арм. ССР, 1980, 4, стр. 449.
10. Старух Р. М. Педиатрия, акуш. и гинеко., 1963, 6, стр. 59.
11. Трепаков Е. А., Сметник В. П., Петухова Л. В. и др. Акушер. и гинекол., 1977, 7, стр. 16.
12. Хосид И. Г. Акушер. и гинекол., 1970, 5, стр. 74.
13. Ямпольская В. И. Дисс. канд. Л., 1972.
14. Thomson A. M., Bellewicz W. Z., Nyttan F. F. J. Obstet. Gynecol. Brit. Coll., 1969, 76, 10, 865.

УДК 618.14—006.46

А. А. БАБЛОЯН, Т. С. ДРАМПЯН

ИЗМЕНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ПРИ РАЗНЫХ СПОСОБАХ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Изучены показатели крови у женщин, страдающих миомой матки, а также характер их изменений под влиянием лечения оксипрогестероном. Приведены данные о стимулирующем влиянии оксипрогестерона на гемопоэз. На этом основании рекомендуется использовать указанный препарат при лечении миомы матки.

Среди факторов, регулирующих систему крови, половые гормоны играют немаловажную роль. К настоящему времени в литературе накоплены данные о возможности гормональной коррекции процесса развития миомы матки у женщин, находящихся в репродуктивной фазе и пременопаузе [1].

Известно, что в организме женщины на протяжении менструального цикла происходит изменение уровня половых гормонов и, в частности, эстрогенов и прогестерона. Одновременно литературные данные свидетельствуют об угнетающем влиянии больших доз эстрогенов на эритропоэз [2, 3, 7, 8].

С. И. Рябов [3] при изучении состава крови здоровых женщин в разные периоды менструального цикла обнаружил снижение количества эритроцитов, лейкоцитов и гемоглобина в период наиболее высокой секреции эстрогенов. Наибольшим изменениям при этом подвергается созревание нормобластов, что проявляется увеличением полихроматофильных и в меньшей мере базофильных форм; наблюдается снижение уровня гемоглобина, гематокрита, уменьшение объема и диаметра эритроцитов; в основе этих изменений лежит нарушение синтеза гема на уровне соединения с протопорфиринами.

В то же время имеется много экспериментальных и клинических доказательств стимулирующего влияния андрогенов на кроветворение. В частности, выявлено увеличение гемоглобина, эритроцитов в периферической крови, увеличение кариоцитов в пунктате костного мозга при лечении больных андрогенами [4, 6].

Прогестерон является прогестивным гормоном и также оказывает стимулирующее влияние на эритропоэз.

Учитывая вышеизложенное, мы у женщин с анемией, у которых в связи с развитием миомы можно было ожидать относительный или абсолютный дефицит прогестерона, применили лечение оксипрогестероном (на 17, 19, 21-й дни цикла, 1 мл в/м 12,5% оксипрогестерона-капроната).

Для сравнения эффективности этого способа мы исследовали другую группу женщин, у которых имела анемия, миома матки, но которым гормональное лечение не проводилось, а использовались симптоматические средства терапии (гемостимулин, витамины С, В₁₂, В₆, феррумлек, переливание крови), а также диета, богатая белками и микроэлементами.

Учитывая возможность влияния на систему крови особенностей географического расположения местности, в которой проживают больные, мы исследовали также 25 практически здоровых женщин с двухфазным менструальным циклом в возрасте от 19 до 35 лет. Оказалось, что количество гемоглобина составило у них $120 \pm 5,6$ г/л, эритроцитов — $4,43 \cdot 10^{12}$ /л, цветной показатель — $0,93 \pm 0,01$, ретикулоцитов — $8 \pm 0,2\%$, гематокрит — $41,2 \pm 3,5$ л/л при диаметре эритроцитов $7,5 \pm 0,03$ мк и объеме — $93 \pm 2,4$ мк³.

При обследовании женщин с миомой матки мы нашли у них существенное снижение показателей красной крови по сравнению со здоровыми женщинами. При этом анемизация отмечалась как у женщин, у которых одним из симптомов миомы была гиперполименорея, так и в группе больных без этого симптома, хотя при гиперполименорее анемия оказывалась более выраженной.

Лечение женщин с миомой матки и анемией продолжалось полтора года. При этом неоднократно исследовалась кровь, как правило, через каждые 6 месяцев. Забор крови производился в одни и те же дни цикла (между 10 и 15-ым днями).

Как видно из табл. 1, применение обычно используемой при железодефицитных анемиях симптоматической терапии не привело к значительному улучшению показателей красной крови. Одним из факторов,

Таблица 1

Сравнительные данные некоторых показателей крови у больных с анемией и множой матки и гиперполименореей при лечении общетерапевтическим способом

Гематологические показатели	Контроль	До лечения	P_1	В процессе лечения			P_2
				6 мес.	12 мес.	18 мес.	
Гемоглобин, г/л	139 ± 5	97 ± 8	$<0,001$	$99 \pm 7,4$	$108 \pm 7,4$	120 ± 11	$>0,05$
Эритроциты, $10^{12}/л$	$4,42 \pm 0,15$	$3,6 \pm 0,19$	$<0,001$	$3,7 \pm 0,12$	$3,8 \pm 0,14$	$4,1 \pm 13$	$<0,05$
Цветной показатель	$0,94 \pm 0,009$	$0,8 \pm 0,07$	$<0,05$	$0,81 \pm 0,09$	$0,86 \pm 0,09$	$0,88 \pm 0,07$	$>0,05$
Гематокрит, л/л	$0,41 \pm 0,02$	$0,31 \pm 0,03$	$<0,002$	$0,34 \pm 0,03$	$0,36 \pm 0,03$	$0,39 \pm 0,04$	$>0,05$
Объем эритроцитов, мк ³	$93 \pm 0,9$	81 ± 6	$<0,05$	83 ± 5	87 ± 5	88 ± 7	$>0,05$
Ретикулоциты, %	$7,0 \pm 0,4$	26 ± 4	$<0,001$	21 ± 3	$19 \pm 2,5$	$12 \pm 3,0$	$<0,002$
Диаметр эритроцитов, мк	$7,6 \pm 0,03$	$7,2 \pm 0,2$	$<0,05$	$7,3 \pm 0,3$	$7,4 \pm 0,2$	$7,5 \pm 0,3$	$>0,05$
Толщина эритроцитов, мк	$2,05 \pm 0,04$	$1,9 \pm 0,08$	$<0,05$	$1,9 \pm 0,07$	$2 \pm 0,04$	$2,1 \pm 0,06$	$<0,05$

Примечание. P_1 —достоверность различий между показателями до лечения и контролем, P_2 —между показателями до и после лечения.

Таблица 2

Сравнительные данные некоторых показателей крови у 36 больных с анемией и миомой матки и гиперполименореей при лечении оксипрогестероном

Гематологические показатели	Контроль	До лечения	P ₁	В процессе лечения оксипрогестероном			P ₂
				6 мес.	12 мес.	18 мес.	
Гемоглобин, г/л	139±5	83±2,5	< 0,001	95±4,5	106±3,2	127±6	< 0,001
Эритроциты, 10 ¹² /л	4,4±0,15	3,0±0,09	< 0,001	3,5±0,11	3,7±0,09	4,3±0,24	< 0,001
Цветной показатель	0,94±0,09	0,83±0,007	< 0,001	0,81±0,006	0,86±0,003	0,89±0,004	< 0,001
Гематокрит, л/л	0,41±0,05	0,21±0,01	< 0,001	0,21±0,03	0,35±0,04	0,38±0,05	< 0,001
Объем эритроцитов, мк ³	93±0,9	79±0,5	< 0,001	85±0,8	89±0,6	91±0,8	< 0,001
Диаметр эритроцитов, мк	7,6±0,03	6,5±0,02	< 0,002	7,2±0,05	7,3±0,07	7,5±0,05	< 0,001
Толщина эритроцитов, мк	2,05±0,01	21±0,02	< 0,05	2,0±0,03	1,9±0,02	1,9±0,01	< 0,001
Ретикулоциты, %	7±0,4	38±3	< 0,001	32±4	15±1	9±2	< 0,001

Примечание. P₁—достоверность различий между показателями до лечения и контролем, P₂—между показателями до и после лечения.

которым можно объяснить подобное положение, является отсутствие кардинальных сдвигов в отношении ликвидации симптомов миомы, т. е. гиперполименорея у больных продолжала сохраняться, как и рост самой миомы, т. е. не ликвидировалась патогенетически значимая для развития анемии гиперэстрогения.

Как вытекает из табл. 2, лечение оксипрогестероном привело к стойкой ликвидации анемии при улучшении всех показателей по мере продолжения лечения. Безусловно, при этом существенную роль сыграла ликвидация гиперполименореи, хотя некоторые данные позволяют считать положительным и влияние прогестерона на костно-мозговой эритропоэз.

Сравнение изменений состава красной крови у женщин с анемией, имеющих миому матки, под влиянием симптоматических средств лечения и при использовании оксипрогестерона выявило явное преимущество гормональной терапии.

Кафедра акушерства и гинекологии
Ленинградского ИУВа, ЦРБ г. Арташата Арм. ССР

Поступила 25/XII 1983 г.

Ա. Ա. ԲԱԲԼՅԱՆ, Թ. Ս. ԴՐԱՄՓՅԱՆ

ԾԱՅՐԱՄԱՍՍՅՈՒՆ ԱՐՅԱՆ ՄԻ ԽՈՒՄԻ ՑՈՒՑԱՆԻՇՆԵՐԻ ՓՈՓՈԽՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԱՐԳԱՆԴԻ ՄԻՈՄԱՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Աշխատանքում քննարկված է արգանդի միոմաների հետևանքով առաջացած սակավարյունությունների ժամանակ ծայրամասային արյան որոշ ցուցանիշների (հեմոգլոբին, էրիթրոցիտներ, հեմատոկրիտ, էրիթրոցիտների ծավալ, տրամագիծ և այլն) փոփոխությունները օքսիպրոգեստերոն կապրոնատի և ընդհանուր թերապևտիկ բուժման ազդեցության տակ:

Հաստատված է օքսիպրոգեստերոն կապրոնատի դրական ազդեցությունը կարմիր արյան ցուցանիշների վրա, որն ունի խոշոր ախտորոշիչ նշանակություն սակավարյունության բուժման համար:

A. A. BABLOYAN, T. S. DRAMPIAN

CHANGES OF SOME INDICES OF PERIPHERAL BLOOD IN UTERIN MYOMA

The changes of some indices of peripheral blood in uterin myoma (Hb, erythrocytes, haemocrytes, volume of erythrocytes, dyametres) were studied during the treatment by oxyprogesteron kapronat and general therapy. The positive effect of this therapy was observed on the improvement of the red blood indices, which is of great significance for the diagnosis and prophylaxis of anemia.

1. Вихляева Е. М., Самедова Н. Ч., Алексеева М. Л., Корсаков С. Г. В кн.: Гиперпластические процессы репродуктивной системы женщины. Самарканд, 1983.
2. Вихляева Е. М., Паллади Г. А. Миома матки. Кишинев, 1982.
3. Рябов С. И. Автореферат дисс. канд. Л., 1966.
4. Рябов С. И. Основы физиологии и патологии эритропоэза. Л., 1971.
5. Рябов С. И. Половые железы и кровь. М., 1971.
6. Сырых Е. В. Автореферат дисс. канд. Л., 1966.
7. Истманова Т. С. Очерки функциональной гематологии. Л., 1963.
8. Mirad E. A., Gordon S. A. Endocrinology, 1966, 78, 2, 325.

УДК 616.441:612.392.01

А. Г. КАЗАРЯН

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ У ЖИТЕЛЕЙ ТРЕХ АРЕАЛОВ РАЗНОЙ ВЫСОТЫ

Изучено содержание аскорбиновой кислоты в щитовидной железе у коренных жителей трех ареалов Армянской ССР. Выявлено, что в низменном ареале аскорбиновая кислота в щитовидной железе находится в умеренном количестве, в предгорном, особенно горном ареалах, в связи с угнетением окислительно-восстановительных процессов наблюдается ее утилизация.

В работах ряда авторов выявлено эндемическое изменение щитовидной железы, увеличение веса, размера, уменьшение содержания общего количества йода в тканях щитовидной железы, отставание в размерах фолликул у коренных жителей предгорных, особенно горных ареалов Армянской ССР [1—5]. Показано, что гистотопография аскорбиновой кислоты неодинакова в зависимости от степени поражения щитовидной железы [6]. Известно, что аскорбиновая кислота играет определенную роль в окислительно-восстановительных процессах [6]. Поэтому для цитохимической характеристики последних представляет интерес изучить содержание аскорбиновой кислоты в эндемически измененной щитовидной железе.

В данной работе исследовалась гистотопография аскорбиновой кислоты в щитовидной железе у жителей низменного, предгорного и горного ареалов Армянской ССР. Материалом исследования послужили 47 препаратов щитовидной железы, изъятых из трупов (от 16 лет и выше, мужчин—21, женщин—26), вскрытых судебно-медицинскими экспертами, из коих 15 препаратов из низменного ареала (мужчин—6, женщин—9), 17—из предгорного (мужчин—8, женщин—9), и 15—из горного ареала (мужчин—7, женщин—8). Аскорбиновая кислота определялась гистохимическим методом [7, 8].

Исследования показали, что в щитовидной железе у коренных жителей низменного ареала содержится умеренное количество аскорбиновой кислоты в виде мелкой, местами крупной, черной зернистости в ядрах и протоплазме фолликулярного эпителия, в коллоиде, базальной мембране и межфолликулярных перегородках (рис. 1а). Как видно на