

APPLICATION OF THE SOLUTIONS OF THE FILM-FORMING BIOCOMBINABLE POLYMERS FOR THE LOCAL THERAPY OF THE GASTRIC AND DUODENAL ULCERS

The experimental investigations have been carried out on the animals which allow to aprobate the film-forming polymers for the local treatment of the gastric and duodenal ulcers. The effectivity of the therapeutic endoscopies in patients with this pathology is obvious.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Алюшина М. Т., Артемьев А. И., Тракман Ю. Г. Синтетические полимеры в отечественной и фармацевтической промышленности. М., 1974.
2. Салуцере В. П., Маароос Г., Воробьева Т. А. I Всесоюзный симпозиум по гастроинтестинальной эндоскопии. Рига, 1980, стр. 157.
3. Черная В. В., Мельникова Г. К. ЖВХО им. Менделеева, 1982. 27, 2, стр. 18.

УДК 615.361.63—06:618.11

А. Г. АГАХАНЯН, С. К. ХУДАВЕРДЯН, М. С. АБОВЯН,
Г. Г. ДОЛЯН, Т. С. ДРАМПЯН

НЕКОТОРЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С ГИПЕРАНДРОГЕНЕМИЕЙ

Изучен антияйцеклеточный и антиспермальный иммунитет у бесплодных женщин, страдающих постпубертатной формой аденогенитального синдрома. Отмечено значение развития антияйцеклеточного иммунитета при эндокринных нарушениях.

В настоящее время известно, что в ряде случаев бесплодие обусловлено иммунологическими факторами, действие которых проявляется на самых различных этапах репродуктивных процессов. Мишенью для иммунологической атаки служат сперматозоиды и яйцеклетки [1—3]. Сперматозоиды являются чужеродными клетками для женского организма и представляют сложный комплекс алло- и аутоантигенов. Несовместимость супругов по аллоантигенам не оказывает существенного влияния на развитие бесплодия [4]. Спермооспецифические же аутоантигены могут являться причиной развития антиспермального иммунитета и в ряде случаев приводить к иммунологическому бесплодию. С помощью иммунохимических методов показано, что сперматозоиды содержат по крайней мере 7 антигенов, из которых 4 могут считаться специфическими для сперматозоидов, а семенная плазма содержит от 9 до 23 различных антигенов, которые могут обусловить выработку антиспермальных антител [9, 15]. Антиспермальные антите-

ла (АСАТ) могут выявляться не только в сыворотке крови, но и в цервикальной слизи, т. к. наряду с прямым переходом антител из сыворотки крови в репродуктивный тракт женщины отмечено и местное развитие иммунитета.

У мужчин также при определенных условиях вырабатываются антитела к антигенам их собственных сперматозоидов, т. е. развивается аутоиммунный процесс [10, 14]. В норме сперматозоиды недоступны для клеток иммунной системы и защищены особым гематотестикулярным барьером. Нарушение целостности гематотестикулярного барьера сопровождается выходом специфических антигенов сперматозоидов и выработкой соответствующих антител к ним. Антиспермальные антитела, вызывая иммобилизацию и агглютинацию сперматозоидов, приводят к развитию некоторых форм мужского бесплодия [5]. У мужчин АСАТ выявляются в сыворотке крови, а в ряде случаев и в семенной плазме.

Бесплодие в женском организме может быть обусловлено также возникновением аутоиммунного процесса в отношении антигенов яичника. Яичник представляет собой хороший источник большого количества антигенов, при этом блестящая оболочка—*Zona pellucida* (Z. p.) является наиболее иммуногенной из всех структур яичника и содержит один из сильнейших яичниковых антигенов [13].

В настоящее время рядом авторов высказывается предположение о наличии гематофолликулярного барьера [12], нарушение которого в некоторых случаях приводит к образованию анти-Z. p.-антител. Эти антитела, блокируя рецепторы поверхности яйцеклетки, ингибируют прикрепление сперматозоидов к яйцеклетке и его дальнейшую пенетрацию через блестящую оболочку, тем самым подавляя процесс оплодотворения. Если же действие анти-Z. p.-антител имеет место после оплодотворения, то образовавшаяся бластоциста не может вылупиться из блестящей оболочки и не происходит имплантации эмбриона—беременность прерывается на ранних сроках. Таким образом, антияйцеклеточные антитела оказывают влияние на процессы репродукции, блокируя их на этапах оплодотворения и имплантации.

Ввиду того, что в плане диагностики и лечения бесплодие, обусловленное гиперандрогемией, является достаточно сложной патологией, мы сочли целесообразным изучить некоторые иммунологические показатели у женщин с гиперандрогемией, обусловленной постпубертатной формой аденогенитального синдрома. Аденогенитальный синдром характеризуется гиперфункцией коры надпочечников, появлением гирсутизма и других вирильных черт [6].

Нами проводилось исследование группы бесплодных женщин с установленным диагнозом—аденогенитальный синдром (АГС). Средний возраст обследованных женщин составлял 24,5 года (19—35 лет). Длительность бесплодия во всех случаях превышала 2 года.

В качестве контроля взяты: I—группа беременных женщин, II—группа фертильных женщин.

Антиспермальный иммунитет определялся при помощи реакции спермиммобилизации (РСИМ) по Isojima [8] и микроспермагглюти-

нации (PMCA) по Franclin, Dukes [7], которые основаны на эффекте иммобилизации и агглютинации сперматозоидов донора при наличии антиспермальных антител в исследуемых секретах. Одновременно ставились реакции спермиммобилизации и спермагглютинации на основе диагностикума (сефароза, конъюгированная с антигенами сперматозоидов человека) по методике Вербицкого-Папазова [2].

Анти-Z. р.-антитела исследовались реакцией непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ) по методике Sacco [11]. В качестве антигена использовались очищенные и промытые яйцеклетки свиньи, поскольку доказано, что яйцеклетки человека и свиньи имеют перекрестно-реагирующие антигены [11]. В реакции использовали люминесцирующую сыворотку против общих глобулинов человека, адсорбированную печеночным порошком. В качестве сравнения ставилась РНИФ на основе диагностикума (сефароза с наслоенными на поверхности антигенами Z. р. свиньи) по методике Вербицкого-Папазова.

Сыворотка готовилась общепринятым методом и инактивировалась при 56° в течение 30 минут. Цервикальная слизь бралась в преовуляторный период, и готовился экстракт с фосфатным буферным физиологическим раствором (рН—7,2). Результаты исследований представлены в таблице.

Т а б л и ц а

Наличие антиспермальных и антияйцеклеточных антител в сыворотке крови фертильных, беременных и бесплодных женщин, страдающих аденогениальным синдромом

Группы обследованных	Число обследованных	Число положительных результатов					
		РСИМ		PMCA		РНИФ	
		по Isojima	на основе диагностикума	по Franclin-Dukes	на основе диагностикума	по Sacco	на основе диагностикума
Фертильные женщины	20	—	—	—	—	—	—
Беременные женщины	20	1	1	2	2	1	1
Женщины, страдающие АГС с гирсутизмом	60	5	5	9	9	9	9

Антиспермальные и антияйцеклеточные антитела определялись в сыворотке крови 20 фертильных, 20 беременных и 60 бесплодных женщин, страдающих АГС с гирсутизмом. В контрольной группе фертильных женщин АСАТ не выявлены ни в одном случае. В группе беременных женщин в одном случае выявлены спермиммобилизины и в двух—спермагглютинины. Из 60 женщин, страдающих АГС, у 5 выявлены спермиммобилизины, которые являются наиболее специфическими и могут обусловить развитие бесплодия. Спермагглютинины обнаружены в 9 случаях, однако они не являются специфическими антителами, способствующими развитию бесплодия.

Нами выявлены аналогичные результаты как при постановке классических методов определения АСАТ (по Isojima и по Franclin-Dukes), так и новых методов на основе диагностикума (по Вербицкому-Папазову).

Исследование цервикальной слизи у 10 женщин с эндокринными нарушениями и у 5 женщин из контрольной группы не дало каких-либо определенных результатов (в одном случае получены спермиммобилизины, в одном—спермагглютинины).

Особый интерес представляют данные, полученные при изучении антизонального иммунитета. Если в группе фертильных женщин ни в одном случае антител к Z. p. не выявлено, а в группе беременных женщин—только в одном, то в группе женщин, страдающих АГС и гирсутизмом, антитела к Z. p. обнаружены в 9 случаях (15%).

При определении анти-Z. p.-антител также получены аналогичные данные при использовании методики Sacco и новой методики на основе диагностикума.

Таким образом, в группе бесплодных женщин, страдающих АГС, развитие сенсибилизации к антигенам Zona pellucida наблюдалось в большем проценте случаев, чем в контроле. Вероятно, изменение иммунологического статуса в этой группе женщин может сыграть определенную роль при возникновении бесплодия. В связи с этим наряду с общепринятыми клинико-лабораторными методами исследования рекомендуется изучение и иммунологических показателей у бесплодных женщин с АГС с целью включения в принятую схему лечения иммунотерапии.

НИИ акушерства и гинекологии им. Н. К. Крупской

Поступила 23/І 1984 г.

Ա. Գ. ԱԳԱԽԱՆՅԱՆ, Ս. Կ. ԽՈՒԴԱՎԵՐԴՅԱՆ, Մ. Ս. ԱԲՈՎՅԱՆ, Գ. Գ. ԴՈԼՅԱՆ Տ. Ս. ԴՐԱՄԲՅԱՆ

ԶԻՐԵՐՈՒԹՅԱՆ ՄԻ ՇԱՐՔ ԻՄՈՒՆՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԱՍՊԵԿՏՆԵՐԸ ՀԻՊԵՐԱՆԴՐՈԳԵՆԵՄԻԱՅՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ԿԱՆԱՆՑ ՄՈՏ

Ուսումնասիրված է հակա-zona pellucida և հակասերմալ իմունիտետը չբեր կանանց մոտ, որոնք տառապում են ԱԳՍ-ով և հիրսուտիզմով:

Ցույց է տրված հակա-zona pellucida իմունիտետի զարգացման նշանակությունը հետազոտված կանանց մոտ:

Ընդգծված է իմունոլոգիական թերապիա անցկացնելու անհրաժեշտությունը չբերության ընդունված բուժման հետ զուգընթաց:

A. G. AGAKHANIAN, S. K. KHUDAVERDIAN, M. S. ABOVIAN,
G. G. DOLIAN, T. S. DRAMPAN

SOME IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF INFERTILITY IN WOMEN WITH HYPERANDROGENEMIA

The anti-zona pellucida and antispermal immunity were studied in infertile women, suffering from AGS and hirsutism.

It is marked the significance of development of anti-zona pellucida immunity in the group of observed women.

It is stressed the necessity of taking the immune therapy parallel with the adopted treatment of infertility.

1. Акунц К. Б. Актуальные вопросы бесплодия в браке. Ереван, 1978, стр. 95.
2. Вербицкий М. Ш., Мануилова И. А., Папазов И. П. и др. Сов. мед., 1980, 10, стр. 38.
3. Вербицкий М. Ш. Иммунология, 1983, 3, стр. 5.
4. Намидын М. Автореферат дисс. канд. М., 1981.
5. Райцина С. С. Акуш. и гинекол., 1980, 4, стр. 5.
6. Чеботарев В. Ф. Эндокринная регуляция иммуногенеза. Киев, 1979.
7. Francin R., Dukes C. Am. J. Obstet Gynec., 1964, 89, 6.
8. Isojima S. Immunol. and Reprod., 1969, 267.
9. Jones W. R. In: 7th Symposium Immunological Approaches to Fertile Control, Copenhagen, 1974, 1.
10. Mettler L. Fertil. Steril., 1977, 218, 317.
11. Sacco A. G. Biol. Reprod., 1977, 16, 158.
12. Shalgi R. et al. Fertil. and steril., 1973, 24, 429.
13. Shivers C. A., Dunbar B. S. Science, 1977, 197, 9, 1092.
14. Shulmar S. et al. Fertil. Steril., 1977, 28, 314.
15. Wall A. S. Fertil. Steril., 1961, 12, 538.

УДК 618.33—08

Л. А. АКОПЯН, Г. Г. ОКОЕВ, К. Г. ТЕР-АКОПОВА

АНТЕНАТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КРУПНОГО ПЛОДА МЕТОДОМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНИРОВАНИЯ

С помощью аппарата ультразвукового сканирования проведено обследование женщин в конце беременности с целью прогнозирования родов. Выявлена значимость отдельных параметров фетометрии в диагностике крупного плода.

Наличие крупного плода является фактором повышенного риска для предстоящих родов. Поэтому своевременная диагностика крупного плода способствует выбору наиболее рациональной тактики ведения беременности и родов, снижению перинатальной и детской заболеваемости и смертности.

За последние годы широкое распространение в акушерстве получил ультразвуковой метод исследования. Это обусловлено достаточно высокой информативностью метода, а также отсутствием неблагоприятного воздействия диагностических доз ультразвука на организм матери и плода [6].

С целью определения диагностических возможностей ультразвукового сканирования в выявлении крупного плода нами обследовано 224 женщины на 36—40-й неделях беременности, у которых на основании данных наружного осмотра (измерение окружности живота и высоты стояния дна матки) было установлено наличие крупного плода (предполагаемая масса новорожденного свыше 4000 г).

Исследования осуществляли при помощи прибора «Диасонограф НЕ-4200» (Великобритания), работающего по принципу серой шкалы. В каждом конкретном случае проводилась ультразвуковая плаценто-