

T. S. DRAMPAN, G. A. BEGLARIAN, N. I. MELIK—ALLAVERDIAN, G. G. DOLIAN
CYTOLOGIC INVESTIGATION OF THE OVULAR TISSUE PRINTS IN
THE STEIN—LEVENTHAL SYNDROME

The authors recommend the cytologic method of investigation for the express—diagnosis of the ovary pathology during laparotomy. This method allows to establish the degree of the affection of the follicular apparatus of ovaries and thus to determine the kind of intervention.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Железнов Б. И. В кн.: Методы профилактики, диагностики и терапии эндокринных нарушений у женщин. М., 1975, с. 139.
2. Слепых А. С. Синдром Штейна—Левентала. Л., 1970.
3. Allesandescu D., Bedivan M. *Obstet. si Gynec.*, 1974, 22, 4, 407.
4. Benedict P. H., Cohen R. B., Cope O. A., Scully R. E. *Fertil. a. steril.*, 1972, 13, 4, 380.
5. Hofman P. *Zbl. Gynäk.*, 1975, 97, 4, 220.
6. Presl J., Divulla F., Tosovsky J., Horsky J. *Cs. Gynec.*, 1975, 406, 423.
7. Wilson E. A., Frickson G. F., Zarutski P., Finn A. E., Tulchinsky D., Ryan R. J. *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 1979, 134, 1, 56.

УДК 618.3—008.6—08

М. М. ВАРТАНЯН

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ГЕПАРИНА В СОЧЕТАНИИ
С СИГЕТИНОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЗДНЕГО
ТОКСИКОЗА БЕРЕМЕННОСТИ С ЦЕЛЮ ПРОФИЛАКТИКИ
ОТСТАВАНИЯ В РАЗВИТИИ ПЛОДА

С целью профилактики отставания в развитии плода при поздних токсикозах беременных в лечебный комплекс включено сочетание гепарина и сигетина. Установлено, что применение указанных препаратов в сочетании способствует нормализации условий внутриутробного развития и рождению полноценных детей.

Многообразие и сложность патогенеза синдрома отставания в развитии плода (ОВРП) затрудняет разработку эффективных мер нормализации состояния плода при задержке его развития. Это определяет необходимость изыскания рациональных путей профилактики синдрома ОВРП.

Ранее нами в эксперименте [1, 2] было показано, что гепарин и сигетин обладают выраженным лечебным эффектом при отставании в развитии плода. Исследование различных вариантов применения этих двух препаратов показало, что сочетанное их введение приводит к значительно большему эффекту, чем введение каждого препарата в отдельности. Нами установлено также, что достоверное улучшение в развитии плодов наблюдалось в случаях сочетанного введения указанных препаратов сразу после нарушения маточно—плацентарного кровообращения, пока основные нарушения в плаценте не произошли.

Можно предположить, что для поддержания оптимальных условий внутриутробного развития при состояниях беременных, чреватых угрозой возникновения ОВРП, сочетанное введение гепарина и сигетина в общем лечебном комплексе должно оказать благоприятное действие. Известно, что частой причиной возникновения ОВРП, связанной с плацентарной недостаточностью, является поздний токсикоз беременных [3—8].

В настоящей работе нами проведено испытание сочетанного применения гепарина и сигетина в лечебном комплексе при токсикозе беременных с целью профилактики отставания в развитии плода.

Препараты вводились в дозе: гепарин 5000 МЕ подкожно, а сигетин (1% раствор)—2 мл на 40% растворе глюкозы, 20 мл внутривенно. Препараты вводились с момента установления позднего токсикоза беременных. Курс лечения составлял 2—3 недели в зависимости от продолжительности основного заболевания.

О влиянии гепарина и сигетина на внутриутробное развитие плода в процессе лечения мы судили по данным роста матки, определения предполагаемой массы плода, по исходам беременности и родов для плода, иногда по результатам реографии матки до и после введения препаратов.

Определение предполагаемой массы плода производилось по формуле Джонсона: $V = (ВДМ - 12) \times 155$, где V —масса беременной до 90 кг (при массе более 90 кг коэффициент равен 11), 155—специальный индекс.

Под нашим наблюдением находилась 121 женщина с поздним токсикозом беременности. Легкая форма токсикоза (2—10 баллов) была у 23 женщин, токсикоз средней тяжести—у 87 (10—20 баллов), тяжелая форма (свыше 20 баллов)—у 11 беременных без признаков преэклампсии. Оценка тяжести токсикоза проводилась по классификации Виттленгера. Возрастной состав женщин был следующим: 27 беременных были в возрасте до 25 лет, 35—от 26 до 29 и остальные—30 лет и старше. У 42 беременных токсикозу сопутствовали: гипертоническая болезнь (21), хронический нефрит (4), порок сердца (5), нарушение жирового обмена (12).

Все женщины разделены нами на 2 группы: в первую группу вошли 64 беременных, страдавших нефропатией беременных без клинических проявлений синдрома ОВРП, получавших в общем лечебном комплексе сочетанное введение гепарина и сигетина с целью профилактики плацентарной недостаточности; во вторую группу вошли 57 женщин, страдавших поздним токсикозом, аналогичным по форме и продолжительности первой группе, однако женщины этой группы не получали дополнительного комплекса гепарина и сигетина с профилактической целью. Мы сопоставляли больных, аналогичных по форме, течению и продолжительности токсикоза с равнозначной сопутствующей токсикозу патологией и с одинаковыми сроками родоразрешения.

При определении внутриутробной массы плода у женщин первой группы выявлена отчетливая динамика нарастания массы соответственно сроку беременности. У всех беременных как первой, так и второй

группы роды наступили в срок. Наблюдения за течением родов в обеих группах показали почти одинаковую частоту одних и тех же осложнений: преждевременное излитие вод ($21,6 \pm 5,1\%$ и $20,6 \pm 5,3\%$ соответственно), аномалию родовой деятельности ($9,4 \pm 3,6\%$ и $10,3 \pm 3,8\%$ соответственно) и послеродовое кровотечение ($11,6 \pm 4,0\%$ и $12,7 \pm 4,4\%$ соответственно). Оперативное родоразрешение в первой группе было в двух случаях: в одном слабость родовой деятельности при тазовом предлежании, во втором—узкий таз, выпадение петель пуповины. Во второй группе кесарево сечение произведено в трех случаях: в одном—поперечное положение плода, в другом—упорная слабость родовой деятельности и в третьем—преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Таким образом, результаты наших наблюдений показали, что включение гепарина и сигетина при лечении нефропатии беременных способствует нормализации условий внутриутробного развития и рождению полноценных детей. Так, в первой группе дети рождались в хорошем состоянии с оценкой по шкале АПГАР 8—9 баллов ($92,1 \pm 3,4\%$) чаще, чем без применения профилактического комплекса гепарина и сигетина ($77,3 \pm 5,5\%$, $P < 0,05$). Одновременно замечено, что применение комбинации гепарина и сигетина, повышая толерантность плодов к родам, значительно реже приводит к возникновению гипоксии плода ($6,25 \pm 3,0\%$ и $19,2 \pm 5,2\%$; $P < 0,05$).

Установлено также, что во второй группе средняя масса новорожденных при рождении достоверно меньше, чем в первой группе, матери которых получали дополнительный профилактический комплекс гепарина и сигетина при лечении нефропатии беременных. Не менее важным результатом применения этого профилактического комплекса явилось сокращение числа детей, имевших массу ниже 10% при рождении (табл. 1).

Таким образом, применение сочетания гепарина и сигетина в лечебном комплексе при токсикозе беременных в подавляющем большинстве случаев предупреждает отставание в развитии плода, способствует хорошему состоянию новорожденных, предохраняет плод от гипоксии.

Таблица 1

Масса и рост новорожденных в зависимости от применения профилактического комплекса гепарин—сигетин

Группы	Число наблюд.	Масса новорожденных, г	Масса менее 10%	Рост в см
Первая	64	$3234,6 \pm 17,8$	$2,2 \pm 2,1\%$	$51,7 \pm 1,2$
Вторая	57	$3025,4 \pm 20,1$	$14,0 \pm 4,5\%$	$50,8 \pm 1,8$
P	—	$< 0,01$	$< 0,05$	$< 0,05$

О состоянии кровообращения и сосудистом тоне матки при введении гепарина и сигетина мы судили по данным реогистрографии до и после введения препаратов. Мы применяли метод локальной реографии, поскольку более полную характеристику маточно-плацентарного кровообращения можно получить с участка матки, соответствующего

месту прикрепления плаценты. Место локализации плаценты в матке определяли ультразвуковым методом, основанном на эффекте Доплера. Исследовались случаи прикрепления плаценты на передней стенке матки. Электроды накладывались на стенку матки по проекции расположения плаценты. Реография матки записывалась до введения препаратов беременным и спустя 5, 10 и 20 минут. Всего зарегистрировано 96 реограмм матки у 20 женщин, страдавших нефропатией беременных средней тяжести. Реограммы, полученные до введения препаратов, свидетельствуют о некотором затруднении оттока крови из органа, снижении кровенаполнения матки. Пульсовые кривые имеют закругленную вершину, амплитуда реографической волны низкая и имеет неустойчивый характер, отмечается некоторая ее монотонность, тогда как после введения гепарина и сигетина кровенаполнение матки улучшается, сосудистый тонус стабилизируется (табл. 2).

Таблица 2

Показатели реогистрограмм до и после введения гепарина (Г) и сигетина (С)

Время исследов.	Статистич. показатель	A (ОМ)	a (сек)	$\frac{a}{T}$ %	0 (сек)
До введения Г и С	M $\pm$ m	0,046 $\pm$ 0,003	0,12 $\pm$ 0,031	25 $\pm$ 1,5	0,14 $\pm$ 0,001
После введения Г и С через 5 мин	M $\pm$ m	0,049 $\pm$ 0,002	0,13 $\pm$ 0,01	23 $\pm$ 1,3	0,14 $\pm$ 0,005
	P	<0,01	>0,05	<0,05	
Через 10 мин	M $\pm$ m	0,054 $\pm$ 0,004	0,14 $\pm$ 0,034	25 $\pm$ 1,4	0,13 $\pm$ 0,003
	P	<0,001	<0,001	>0,05	<0,05
Через 20 мин	M $\pm$ m	0,053 $\pm$ 0,002	0,14 $\pm$ 0,008	25 $\pm$ 1,5	0,13 $\pm$ 0,002
	P	<0,001	<0,01	>0,05	<0,05

Вершина реографической кривой заостряется, катакрота становится более пологой, и намечается тенденция к перемещению диокротической индизуры, большей частью в среднюю треть пологой катакроды. Такие изменения формы реограммы свидетельствуют об улучшении оттока крови из матки и усилении интенсивности ее кровенаполнения.

Анализ результатов при визуальной оценке согласуется с вычисленными количественными показателями реограмм, полученных после введения беременным женщинам гепарина в сочетании с сигетином. Наиболее отчетливо изменены формы реогистрографической волны, сопровождающиеся увеличением амплитуды. Наибольшее значение показателей «А» и «С» было зарегистрировано через 10 минут и более после внутривенного введения препаратов.

Так как основным показателем интенсивности кровенаполнения органа является амплитуда волны, то ее увеличение на реогистрограмме после сочетанного введения гепарина и сигетина свидетельствует об улучшении кровотока в матке.

Таким образом, результаты анализа реогистрограмм, произведенных до и после введения гепарина в сочетании с сигетином, дают основание считать, что применение этого комплекса препаратов усиливает

интенсивность кровенаполнения матки и улучшает маточно-плацентарное кровообращение.

Кафедра акушерства и гинекологии
Ереванского медицинского института

Поступила 3/VII 1984 г.

Մ. Մ. ՎԱՐԴԱՆՅԱՆ

Հղիների ՌԻՇ ՏՈՔՍԻԿՈԶՆԵՐԻ ԿՈՄՊԼԵՔՍԱՅԻՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵՋ ՀԵՊԱՐԻՆԻ ԵՎ
ՍԻԳԵՏԻՆԻ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ ՊՏՂԻ ՆԵՐԱՐԳԱՆԴԱՅԻՆ ԹԵՐԱՐԳԱՑՄԱՆ
ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ

Հղիների ուշ տոքսիկոզով տառապող կանանց մոտ հեպարինի և սիգետինի զուգակցված կիրառումը նպաստում է պտղի ներարգանդային թերզարգացման կանխարգելմանը, ծննդաբերության ժամանակ պտղի ներարգանդային հիպոքսիայի հաճախականության նվազմանը և երեխաները ծնվում են ըստ Ապգարի սանդղակի բարձր գնահատականներով (8—9 բալլ)։

Հեպարինի և սիգետինի ներերակային ներմուծումից առաջ և հետո կատարված ռեոգրաֆիկ հետազոտությունների վերլուծությունը հիմք է տալիս եզրակացնելու, որ այս դեղամիջոցների զուգակցված կիրառումը բարելավում է արգանդի արյունավեցությունը և նպաստում արգանդ-ընկերքային արյան շրջանառության կանոնավորմանը։

M. M. VARTANIAN

APPLICATION OF HEPARIN COMBINED WITH SIGITIN IN THE
COMPLEX TREATMENT OF THE LATE TOXICOSIS OF PREGNANCY
FOR THE PROPHYLALIS OF THE FETUS DEVELOPMENT LAG

For the prophylaxis of the fetus development lag in the treatment of women with late toxicosis the complex of heparin with sigitin was applied. The comparative data obtained showed that both preparations promote the normalization of the conditions of intrauterine development of the fetus. The analysis of the rheograms acquired before and after intravenous administration of heparin with sigitin showed that this complex intensifies the blood filling of the uterus and improves the uteroplacental blood circulation.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Вартањян М. М. Вopr. oxp. мат., 1977, 1, с. 76.
2. Вартањян М. М. Там же, 1979, 12, с. 67.
3. Бажанова Л. П., Стрoгина Т. Н., Бункятян А. Ф. и др. В кн.: Современные методы диагностики и лечения перинатальной патологии. М.—Ереван, 1981, с. 47.
4. Григорьев В. Ф. Автореф. канд. дисс. Омск, 1974.
5. Иванов И. П., Фатеева Е. М., Дударева М. В., Голст Л. В. В кн.: Современные проблемы физиологии и патологии детского возраста. М., 1965, с. 53.
6. Михайлова Л. Е. Автореф. канд. дисс. Л., 1978.
7. Chin-Chu Lin, Lindhelmer M. D., River P., Moawad A. H. Amer. J. Obstet. Gynecol., 1982, 142, 3, 255.
8. Gruenwald P. Obstet. Gynec., 1971, 31, 6, 906.