

М. И. АГАДЖАНОВ, К. Г. КУТОЯН, В. С. ГРИГОРЯН, Л. А. БАРСЕГЯН

ПРИМЕНЕНИЕ α -ТОКОФЕРОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ

Установлено, что токсикоз беременных сопровождается усилением липидной пероксидации и снижением содержания α -токоферола в крови. Показана эффективность включения в комплексную терапию α -токоферола.

Беременность является физиологическим процессом, приводящим к повышению функциональных нагрузок на все органы и системы, которые в норме компенсируются большими резервными возможностями организма. Однако стрессовый фон, который создается вследствие массивного воздействия на организм социально-экономических и физико-химических факторов внешней среды наряду с имеющимися в организме патологическими очагами, может привести к расстройству функционирования регуляторных систем, в частности к нарушению нормального протекания беременности. Эти нарушения могут проявляться в течение всего периода беременности и объединяются под общим названием токсикозов беременных.

В основе патогенеза рвоты беременных лежит нарушение нейроэндокринно-обменной регуляции, причем ведущая роль в этой патологии принадлежит функциональному состоянию нервной системы [1]. Таким образом, в развитии рвоты беременных немаловажную роль играют стрессовые факторы, состояние чрезвычайного напряжения организма.

В литературе описаны многочисленные схемы лечения рвоты беременных, которые включают использование сильнодействующих лекарственных препаратов, в том числе седативных и нейроплегических средств (аминазин, стелазин и др.), средств, стимулирующих центральную нервную систему (кофеин), многочисленных гормональных препаратов как стероидной, так и белковой природы, антигистаминных препаратов (димедрол и др.), различных холинолитических и адреномиметических средств, некоторых витаминов (К, Д, С, РР). Работами как отечественных, так и зарубежных авторов показано, что длительное применение этих препаратов оказывает пагубное влияние на развивающийся плод, при этом частота уродств у плода встречается в несколько раз чаще, чем у нелеченых беременных [4]. В связи с этим вопрос поиска новых способов лечения рвоты беременных является исключительно важным.

Учитывая, что рвота беременных непосредственно взаимосвязана со стрессовым состоянием организма, мы предположили, что в патогенезе токсикоза беременных может играть определенную роль усиление перекисного окисления липидов (ПОЛ), которое связано со сдвигами в состоянии тканевых антиоксидантных систем и, в первую очередь, с содержанием α -токоферола.

В связи с этим нами были обследованы и получили лечение 79 беременных с рвотой трех степеней в возрасте от 17 до 31 года (32—пер-

во- и 47-повторнобеременные). I степень рвоты была у 29 (I гр.), II—у 27 (II гр.), III—у 23 женщин (III гр.). Из них 16 с угрозой невынашивания получили также сохраняющую беременность терапию. Срок беременности при поступлении составлял 14—16 недель. В качестве контроля служили 12 женщин того же возраста с физиологически протекающей беременностью. Степень тяжести токсикоза оценивалась по общепринятой методике. У всех беременных определялся уровень ПОЛ и содержание α -токоферола в крови.

Уровень перекисного окисления липидов определяли по изменению содержания конъюгированных диенов в цельной крови при 233 нм [2], которые выражали в относительных единицах. Содержание α -токоферола определяли в плазме флуорометрически [5] и выражали в мг%.

Нами обнаружено повышение содержания α -токоферола в крови у беременных с физиологически протекающей беременностью в раннем периоде до $1,25 \pm 0,02$ мг%, тогда как содержание конъюгированных диенов при E_{233} составляло $0,40 \pm 0,018$ (контрольная группа) (таблица).

При I степени токсикоза содержание конъюгированных диенов возрастает на 40%, тогда как содержание α -токоферола уменьшается на 10%; при II—содержание диенов увеличивается почти в 2,5 раза при одновременном снижении α -токоферола на 20%; при III степени токсикоза содержание диенов возрастает более чем в 3 раза, при этом содержание α -токоферола снижается на 40%.

Проводимое нами лечение беременных с токсикозом включало: введение α -токоферола внутримышечно в виде 30% масляного раствора по 1,5 мл (450 мг) в первые 3—6 дней в зависимости от тяжести токсикоза и по 1,0 мл (300 мг) в последующие дни лечения. В комплекс лечения включали также электроанальгезию для нормализации психоэмоциональных нарушений [3]. Дополнительно рекомендовалась печеночная диета, тюбаж «Джержуком», обильное питье. При выраженном обезвоживании организма проводилась трансфузия гемодеза (по 200,0 мл 1—2 раза).

Таблица

Содержание конъюгированных диенов и α -токоферола в крови у беременных с рвотой до и после лечения

Группы беременных	Конъюгированные диены (средние величины)		α -токоферол, мг% (средние величины)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
I	$0,55 \pm 0,016$	$0,53 \pm 0,02$	$1,08 \pm 0,028$	$1,24 \pm 0,037$
II	$0,98 \pm 0,021$	$0,6 \pm 0,02$	$0,96 \pm 0,024$	$1,1 \pm 0,025$
III	$1,25 \pm 0,04$	$0,45 \pm 0,024$	$0,73 \pm 0,023$	$0,8 \pm 0,028$
Контроль	$0,40 \pm 0,018$		$1,25 \pm 0,021$	

После проведенного нами курса лечения больные выписывались в удовлетворительном состоянии и с прогрессирующей беременностью.

При этом отмечалась значительная или почти полная нормализация уровня конъюгированных диенов и содержания α -токоферола. При тяжелой степени токсикоза беременных полной нормализации показателей α -токоферола не отмечалось, хотя клиническое состояние было вполне удовлетворительным.

Таким образом, при рвоте беременных нарушения нейроэндокринно-обменной регуляции сопровождаются избыточной липидной пероксидацией с одновременным снижением основного тканевого антиоксиданта— α -токоферола. При этом наблюдается корреляция между тяжестью патологии и степенью выраженности изменений. Нормализующее влияние лечения, основным компонентом которого является α -токоферол, обусловлено, с одной стороны, инаktivацией перекисных радикалов и, с другой,—повышением уровня эндогенного α -токоферола в крови, восстановлением его содержания в мембранных структурах и нормализацией функции клеточных мембран. Все это клинически проявляется в улучшении состояния беременных, нормализации дальнейшего протекания беременности.

Предложенное комплексное лечение рвоты беременных с включением α -токоферола позволяет вывести их из патологического состояния за короткий срок, избежать осложнений, которые могут быть вызваны применением целого ряда сильнодействующих препаратов, и обеспечить значительный экономический эффект за счет сокращения койко-дней и применяемых лекарственных средств.

Кафедры биохимии и акушерства
и гинекологии Ереванского
медицинского института

Поступила 14/X 1986 г.

Մ. Ի. ԱԳԱԶՅԱՆՈՎ, Կ. Գ. ԿՈՒՏՈՅԱՆ, Վ. Ս. ԳՐԻԳՈՐՅԱՆ, Լ. Ա. ԲԱՐՍԵԳՅԱՆ

α -ՏՈԿՓԵՐՈՆԻ ԿՐԻԱԽՈՒՄԸ ՀՂԻՆԵՐԻ ՓՍԽՈՒՄՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Հղինքի փսխումը ուղեկցվում է լիպիդների գերօքսիդացման ուժեղացմամբ, էնդոգեն α -տոկոֆերոլի քանակի իջեցմամբ, Հաստատված է, որ α -տոկոֆերոլի ներմուծումը ալոպատի հղիներին կրճատում է նրանց ստացիոնարում գտնվելու ժամկետները, խիստ նվազեցնում է օգտագործվող դեղամիջոցների քանակը, որը բացի զգալի տնտեսումից, պաշտպանում է աճող պտուղը նրանց տրոսիկ ազդեցությունից:

M. I. AGADJANOV, K. G. KOUTOYAN, V. S. GRIGORIAN, L. A. BARSEGHIAN:
THE EFFECTIVITY OF THE APPLICATION OF α -TOCOPHEROL
IN THE THERAPY OF THE VOMITING OF PREGNANCY

The results of the treatment of 70 pregnant with various degrees of vomiting by the complex method involving α -tocopherol are described.

The condition of the pregnant has been controled by a number of clinical and laboratory methods, the contents of the conjugated dienes and α -tocopherol in the blood have been determined.

It is shown that the conducted treatment is quite efficient and has a number of advantages in comparison with the traditional methods of treatment.

1. Бархатова Т. П., Кадиева В. А. *Акушер. и гинекол.*, 1980, 12, с. 48.
2. Владимиров Ю. А., Арчаков А. М. *Перекисное окисление липидов в биологических мембранах*. М., 1972.
3. Иванов И. П. *Акушер. и гинекол.*, 1979, 4, с. 58.
4. Цирюльников М. В. В сб.: *Токсикозы беременных*. Л., 1973, с. 36.
5. Duggan D. D. *Arch. Biochem. Biophys.*, 1959, 84, 116.

УДК 617.58:616.71—007.151

С. Г. КАРАПЕТЯН, А. С. ТУМЯН, А. Б. ГЕВОРКЯН, З. А. АКОПЯН

ОРТОПЕДИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТРАХИТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Приводится тактика операций не поддающихся консервативному лечению пострахитических деформаций нижних конечностей. Тактика заключается в одномоментно производимых остеотомиях костей обеих голеней при варусных деформациях: V-образной—большеберцовой кости и поперечной—малоберцовой.

Первое место среди осевых деформаций нижних конечностей у детей, нуждающихся в ортопедическом лечении, занимают пострахитические искривления нижних конечностей [3, 4]. Проблема профилактики и лечения этого контингента больных в период роста весьма сложна и изучена до настоящего времени недостаточно.

Под нашим наблюдением находилось 132 ребенка с пострахитическими деформациями нижних конечностей в возрасте от 2 до 6 лет. У 97 детей имелись варусные деформации голени, из коих у 13—в сочетании с саблевидной деформацией, у 35—вальгусные деформации коленных суставов. Деформации у всех детей возникли после начала ходьбы и постепенно прогрессировали в процессе роста.

У 121 ребенка деформации голеней были выражены слабо, угол искривления не превышал 25—30°, что являлось показанием для начала консервативного лечения, которое заключалось в этапных корригирующих гипсовых повязках, накладываемых периодически через 15—20 дней в течение 2—3 месяцев. В перерывах между этапами проводились массажи и физиотерапевтическое лечение.

Из 132 случаев в 14 пришлось прибегнуть к оперативному вмешательству, в 12 случаях это были варусные деформации голеней с углом 35—40° (у двух больных в сочетании с искривлением кпереди), у двух имели место вальгусные деформации голеней с углом 40—42°.

Некоторые авторы [1, 2, 5] при пострахитических деформациях нижних конечностей предлагают производить поперечную остеотомию костей голени при варусных деформациях или косую остеотомию с синтезом двумя винтами и поперечную остеотомию бедра при вальгусных деформациях коленного сустава с последующей иммобилизацией гипсовой повязкой на 2—3 месяца. В отличие от них при варусных деформациях голени мы производили угловую остеотомию по Репке большеберцовой кости на месте наибольшего искривления и поперечную—малоберцовой. В двух случаях вальгусной деформации была произве-