

ՄՐՏԻ ԻՆՏԵԳՐԱԿԱԼ ԷԼԵԿՏՐԱՊՈՏԵՆՑԻԱԼՆԵՐԻ ՌԻՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒՄԸ  
ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ ՌԵՎՄՈՆԿԱՐԴԻՏՈՎ ՏԱՌԱՊՈՂ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ՄՈՏ

Առաջնային ռևմոկարդիտով տառապող երեխաների մոտ ուսումնասիրվել են էլեկտրասրտագրի քանակական վերլուծման պլանիմետրիկ մեթոդի հնարավորությունները: Ստացված տվյալները հաստատում են, որ սրտամկանի էլեկտրական ակտիվությունը շափազանց նուրբ և ճիշտ արտացոլում է ռևմոկարդիտի ակտիվության աստիճանը: Էլեկտրասրտագրի ատամիկների փոփոխությունները որոշվել են պաթոլոգիկ շեղումների աստիճանով (ՊՇԱ) և համաչափության կոեֆիցիենտի ցուցանիշներով: Օգտագործված քանակական ցուցանիշները կարող են օգտագործվել սրպես օբյեկտիվ չափանիշ ռևմոկարդիտի ամեն մի կոնկրետ դեպքը գնահատելիս:

Z. B. MELKONIAN, L. M. MIKAELYATNS

STUDY OF INTEGRAL INDICES OF ELECTROCARDIOPOTENTIALS  
OF THE HEART IN INITIAL RHEUMOCARDITIS IN CHILDREN

The planimetric method of ECG quantitative analysis, applied in examination of the children with initial rheumocarditis has shown, that the electric activity of the myocardium rather distinctly reflects the degree of the activity of the pathologic process, expressed by the quantitative values of DPS and CS. These quantitative indices can be applied as objective criteria in evaluation of the course of the disease.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Аствацатрян В. А., Мелконян З. Б. Педиатрия, 1983, 1, стр. 26.
2. Михаелянц Л. М. Автореф. докт. дисс. Ереван, 1979.
3. Стамболцян Р. П., Михаелянц Л. М. Планиметрический метод количественного анализа ЭКГ. Ереван, 1981.
4. Чирейкин Л. В., Мурыгин Д. Я., Лабутин В. К. В кн.: Автоматический анализ электрокардиограмм. Л., 1977, стр. 27.
5. Касерес Ц. В кн.: Вычислительные системы и автоматическая диагностика заболеваний сердца. М., 1974, стр. 17.
6. Wilson F. N., Macleod A., Barker P. et. al.—Am. Heart J., 1934, 10, 46.

УДК 618.14—006.36

А. А. БАБЛОЯН, Т. С. ДРАМПЯН

ВЛИЯНИЕ СИСТЕМАТИЧЕСКОГО ВВЕДЕНИЯ  
ОКСИПРОГЕСТЕРОН-КАПРОНАТА НА НЕКОТОРЫЕ  
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МИОМЫ МАТКИ

Общими методами, а также при помощи ультразвукового сканирования обследовались величина матки и некоторые гематологические показатели у женщин с миомой матки в процессе полугодового лечения их оксипрогестерон-капроном. В результате лечения у большинства больных стабилизировался рост опухоли, ликвидировалась анемия, исчез ряд болезненных симптомов.

Миома матки относится к числу наиболее распространенных доброкачественных новообразований женских половых органов. Больные с миомой матки наиболее часто жалуются на головные боли, повышенную раздражительность, возбудимость, нарушение сна, быструю утомляемость, а также длительные и обильные менструации, боли внизу живота и пояснице, нарушение функций смежных органов и т. д., что обусловлено, с одной стороны, развитием опухоли в матке, а с другой—общими изменениями в организме из-за развивающейся анемии. По данным ряда авторов [6, 7], анемия у больных с миомой матки может возникнуть в результате либо влияния эстрогенов на костномозговой эритропоэз, либо кровопотери.

Рядом исследователей установлено, что эстрогены обладают угнетающим действием на гемопоэз, а андрогены и гестагены приводят к выраженному пролиферативному действию на гемопоэтическую ткань, что дает возможность применять первые при гиперпластических заболеваниях системы крови, а вторые—при апластических [2, 4, 6—8].

Экспериментальные и клинические исследования показали, что эстрогены оказывают тормозящее эритропоэз действие путем нарушения синтеза гема, вероятно, на уровне присоединения железа к протопорфиру за счет нарушения в одной из ферментативных систем (уменьшение гемсинтазы).

Известно также, что одним из ведущих факторов, способствующих развитию гиперпластических процессов миометрия, является преимущественное влияние эстрогенной стимуляции. При этом гиперэстрогения может быть обусловлена не абсолютной гиперпродукцией эстрогенов, а лишь их длительным действием при относительном дефиците прогестерона.

Таким образом, во многом проявление патологических симптомов заболевания у женщин с миомой матки можно объяснить дефицитом прогестерона, что и побудило нас использовать прогестерон при лечении женщин с миомой матки. При этом мы отбирали только таких больных, у которых миома не превышала размеров матки при 12-недельной беременности. Этому отбору способствовали следующие соображения: уровень рецепторов прогестерона в ткани миомы и в миометрии находится в прямой зависимости от величины опухоли: чем больше опухоль, тем меньше рецепторов; у больных с размером миомы более 12 недель выявляется значительный дефицит рецепторов прогестерона, что делает эти опухоли малочувствительными к гормональным веществам и поэтому назначение подобным больным гестагенных препаратов нецелесообразно [1].

Нами было предпринято лечение 40 больных с миомой, у которых величина матки не превышала размеров 12-недельной беременности, введением на 17, 19 и 21-й дни цикла по 1,0 мл 12,5% раствора оксипрогестерон-капроната внутримышечно.

Основным патологическим клиническим симптомом у наблюдаемой группы больных была гиперполименорея, проявляющаяся циклическими длительными и обильными кровотечениями во время менструаций.

Наблюдение проводилось в течение полутора лет; за этот период

Таблица

Средние показатели крови до и после лечения

Гематологические показатели	Контроль	До лечения	-P <sub>1</sub>	В процессе лечения оксипрогестероном			P <sub>2</sub>
				6 мес.	12 мес.	18 мес.	
Гемоглобин, л/л	139±5	87±4	<0,001	97±3 P<0,05	115±6 P<0,05	130±8 P<0,05	<0,001
Эритроциты, 10 <sup>12</sup> /л	4,42±0,15	3,2±0,15	<0,001	3,6±0,11	3,8±0,09	4,4±0,24	<0,001
Цветной показатель	0,94±0,009	0,81±0,07	<0,05	0,81±0,04	0,9±0,03	0,88±0,02	<0,001
Гематокрит, л/л	0,41±0,05	0,26±0,01	<0,002	0,32±0,02	0,33±0,02	0,4±0,05	<0,002
Объем эритроцитов, мк <sup>3</sup>	93±0,9	81±0,6	<0,001	89±0,9	87±0,7	90±0,8	<0,001
Диаметр эритроцитов, мк	7,6±0,03	6,7±0,2	<0,001	7,2±0,09	7,5±0,08	7,7±0,05	<0,001
Толщина эритроцитов, мк	2,05±0,04	2,2±0,02	<0,05	2,1±0,05	1,9±0,03	1,9±0,01	<0,05
Ретикулоциты, ‰	7±0,4	34±4	<0,001	24±3	12±1	7±0,4	<0,001

Примечание. P<sub>1</sub>—достоверность различий между показателями до лечения и контролем, P<sub>2</sub>—достоверность различий между показателями до и после лечения.

были оперированы 4 женщины с субмукозной миомой.

В целях объективного наблюдения все женщины до начала лечения, а затем один раз в 6 месяцев подвергались ультразвуковому сканированию для определения величины матки (измерялись длина, поперечник и передне-задний размер). Исследования проводились в одни и те же дни менструального цикла (между 10 и 15 днями). Из 36 больных по данным тестов функциональной диагностики (измерение базальной температуры, кольпоцитология, феномен «зрачка» и «папоротника») нормальный двухфазный цикл имел место у 19, гиполутеиновый—у 7 и у 10 определялся ановуляторный цикл.

Из 36 наблюдаемых женщин в возрасте от 22 до 30 лет было 4, от 31 до 40—19 и от 41 до 45—13 больных.

Длительность обнаружения миомы матки колебалась от 1 до 10 лет. Все женщины, за исключением двух, имели в прошлом роды и аборт. Девять женщин страдали такими хроническими экстрагенитальными заболеваниями, как гипертоническая болезнь, нетоксический зуб, гепатит, хронический бронхит, бронхиальная астма, холецистит, нарушение функции кишечника.

До начала лечения больные в основном жаловались на обильные менструации, которые ослабляли их, быструю утомляемость, снижение трудоспособности, раздражительность, нарушение сна, склонность к запорам, тянущие боли внизу живота. Специальные исследования крови выявили у всех больных признаки анемии (таблица). Обильные длительные менструации сами по себе могут вызвать снижение показателей крови, которое может быть усугублено относительной гиперэстрогенией, приводящей к угнетению костно-мозгового эритропоэза. Именно этими двумя факторами и может объясняться анемизация больных при миоме матки и гиперполименорее.

К завершению полугодового срока наблюдения лишь у трех больных отмечалось некоторое увеличение размеров матки, тогда как у остальных ее величина стабилизировалась и даже наблюдалась некоторая тенденция к уменьшению.

У большинства больных уменьшилась менструальная кровопотеря за счет укорочения и ослабления менструаций, повысилась работоспособность, улучшилось общее самочувствие, исчезли раздражительность, головные боли, бессонница, что можно связать со значительной нормализацией показателей крови.

На основании наших данных можно заключить, что лечение женщин с миомой матки оксипрогестероном приводит к ликвидации ряда общих болезненных симптомов и способствует стабилизации роста опухолей.

Кафедра акушерства и гинекологии  
I Ленинградского Ордена Ленина ИУВ

Поступила 25/XII 1983 г.

**ՕՔՍՒՊՐՈԳԵՍՏԵՐՈՆ ՊՐՈՊԻՈՆԱՏԻ ԱՆԸՆԴՄԵՋ ԿԻՐԱՌՈՒՄԸ ԱՐԴԱՆԴԻ ՄԻՈՄԱՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՄԻ ՔԱՆԻ ՁԵՎԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ**

*Հետազոտված է արգանդի միոմաների ժամանակ օքսիպրոգեստերոն պրոպիոնատի ազդեցությունը արգանդի մեծության վրա դերձայնային սոնոգրամայի միջոցով, ինչպես նաև համատուրգիական մի քանի ցուցանիշների փոփոխությունները:*

*Ստացված տվյալները ապացուցում են, որ հիվանդների մեծ մասի մոտ օքսիպրոգեստերոն պրոպիոնատի ազդեցության շնորհիվ 18 ամիսների ընթացքում արգանդի միոմայի աճը կայունանում է և լավանում են համատուրգիական ցուցանիշները:*

A. A. BABLOYAN, T. S. DRAMPIAN

**APPLICATION OF OXYPROGESTERONE PROPIONAT IN PATIENTS WITH SOME CLINICAL FORMS OF UTERINE MYOMA**

By ultrasound monitor the changes of some hematologic data and the shape of the uterine in case of application of oxyprogesterone propiona were studied. The results obtained show that in the most of the patients treated by this preparation the stabilization of the development of the uterine myoma and the improvement of hematologic parameters are observed during 18 months.

**Л И Т Е Р А Т У Р А**

1. Ландеховский Ю. Д., Кузьмина З. В., Муравьева Е. С. и др. В кн.: Гиперпластические процессы репродуктивной системы женщины. Самарканд, 1983.
2. Петченко А. И. Фибромы матки. Киев, 1958.
3. Рябов С. И. Автореферат докт. дисс. Л., 1966.
4. Рябов С. И. Гормонотерапия при заболевании системы крови. Л., 1968.
5. Рябов С. И. Основы физиологии и патологии эритропоэза. Л., 1971.
6. Рябов С. И. Половые железы и кровь. Л., 1971.
7. Сырых Е. В. Автореферат дисс. канд. Л., 1966.
8. Филатова Р. С. Автореферат дисс. канд. Киев, 1963.

УДК 616.61/62—007—055.9

Ю. А. МНАЦАКАНЯН, И. В. СИМОНЯН

**ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПОЛОВОГО ДИМОРФИЗМА У ЧЕЛОВЕКА (сообщение I)**

Рассмотрены вопросы генетики полового диморфизма у человека, в частности трансляции генетического пола в гонадный. Анализируется роль гена H-Y в первичной половой дифференцировке мужского организма.

Гены, контролирующие развитие полового диморфизма у исследованных в этом направлении млекопитающих и человека, можно под-