

Введение прооксиданта сопровождалось активацией процессов ПОЛ в ТЦ, нарастанием их агрегационной активности /АА/ и усиленным высвобождением определявшихся факторов. Предварительное введение антиоксидантов устраняет эти эффекты свинца, следовательно, они связаны с перекисидацией.

Далее мы выяснили, связан ли эффект антиоксидантов с влиянием измененной под воздействием "витаминизации" плазмы. С этой целью плазму от "витаминизированных" крыс, разбавляли в 2 раза бестромбоцитной плазмой "не витаминизированных" крыс и, наоборот, - плазму "не витаминизированных" крыс разбавляли в 2 раза освобожденной от ТЦ плазмой "витаминизированных" крыс. Затем определяли интенсивность АДФ АГ.

АГ у "витаминизированных" крыс была сниженной. Ее разбавление бестромбоцитной плазмой "не витаминизированных" крыс не изменило показателей. Не изменилось АГ и в плазме "не витаминизированных" крыс после разбавления ее бестромбоцитной плазмой "витаминизированных". Следовательно, изменения АГ ТЦ при "витаминизации" зависят от изменения в клетках, а не от изменения свойств плазмы.

По результатам экспериментов можно сделать заключение о связи между ростом АА ТЦ и интенсификацией РВ с одной стороны и активацией ПОЛ – с другой, а так же предположить, что ограничение интенсивности ПОЛ – причина ослабления АА ТЦ.

В нашей лаборатории показано (А.Ш.Бышевский и др., 1996), что антиагрегатный эффект аспирина АСК после предварительного введения антиоксидантов усиливается, что связано с угнетением в ТЦ ПОЛ. Поэтому можно ожидать ослабления эффекта АСК при активации ПОЛ, что мы проверили в эксперименте: 1-ая группа крыс получала 12 дней ацетат свинца; 2-я – свинца не получала; 3-я – получала свинец и витамины. На 12 день всем крысам ввели АСК (15 мг/200 г) и через 24 часа взяли пробы крови, определяя АГ ТЦ и выход в плазму фф Р₃, Р₄ и Р₁₀, а так же показатели ПОЛ.

Выяснилось, что введение АСК угнетало АГ. На фоне прооксиданта эффект АСК ослаблен по всем показателям, на фоне прооксиданта и антиоксидантов изменения такие же, как при введении только АСК. Аналогично и в том же направлении изменились показатели высвобождения тромбоцитарных фф. 3, 4 и 10. Следовательно, на фоне прооксиданта, который активирует ПОЛ, эффект АСК ослабляется. При введении АСК на фоне прооксиданта и витаминов, когда эффект на ПОЛ сглаживается, АСК подавляет АГ в такой же степени, как у интактных крыс. На этом основании можно отметить, что рост АА ТЦ совпадает с ростом интенсивности ПОЛ:

1. подавление процессов ПОЛ витаминами усиливает антиагрегатный эффект АСК;
2. эффект АСК на фоне активации ПОЛ прооксидантом ослабляется;
3. эффект АСК на фоне прооксиданта, компенсируемого антиоксидантами, равен его эффекту при отсутствии про- и антиоксидантов.

Эмбриогенез околощитовидных желёз человека

Росткова Е.Е.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

Несмотря на постоянный интерес исследователей к железам внутренней секреции, наименее изученными оказались околощитовидные железы.

Целью нашего исследования явилось выявление закономерностей развития околощитовидных желез человека в пренатальном онтогенезе.

Известно, что закладки данных желез эндокринной системы впервые определяются у эмбрионов 6 мм. теменно-копчиковой длины (Л.И. Фалин, 1976; О.В. Волкова, М.И. Пекарский, 1976, В. Carlson, 1983). Источником формирования их являются задние поверхности третьего и четвертого жаберных карманов. Закладки околощитовидных желез инвагинируют в ткань мезобронхиальной дуги и растут в дорсомедиальном направлении.

У эмбрионов 5 недели пренатального онтогенеза закладка паращитовидных желез имеет вид компактных образований, которые плотно расположены у дорсальной поверхности жаберных карманов, между собой они соединены посредством узкого перешейка. На 6 неделе онтогенеза околощитовидные железы окружены тонкой капсулой, в которой в небольшом количестве регистрируются микрососуды. В начале 7 недели пренатального онтогенеза данные железы становятся более четкими. К концу 8 недели развития околощитовидные железы выявляются у дорсальной поверхности щитовидной железы. Они плотно окружены капсулой, хорошо видны микрососуды, прилегающие к ней. На 9 неделе пренатального онтогенеза человека паращитовидные железы имеют слегка вытянутую форму, плотно прилегают к паренхиме щитовидной железы, заключены в её капсулу. К концу 12 недели внутриутробного развития удаётся отчётливо выявить относительную массивность околощитовидных желез, регистрируется более четкая их форма, чаще всего в виде рисового зерна.

Клинико-диагностическое значение простагландина Е₂ при заболеваниях предстательной железы

Сеидов К.С.

Астраханская медицинская академия

Заболевания предстательной железы являются наиболее частой урологической патологией и встречаются практически во всех возрастных группах (Лопаткин Н.А., 1998; Горюловский Л.М., 1999; Полунина А.И., Мирошников В.М., Луцкий Д.Л., Николаев А.А., 2001). Несмотря на то, что открытие простагландинового связно с функцией предстательной железы и семенной жидкостью, исследований их роли в диагностике и оценке эффективности лечения заболеваний мужской половой системы в литературе почти нет (М.В. Goldblat, 1935; S. Bergstrom, J. Sjoval, 1957; О.С. Радбиль, А.П. Калинин, 1976).

Нами в динамике было обследовано 50 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной же-

лезы (ДГПЖ), 9 больных с раком предстательной железы (РПЖ) в возрасте от 55 до 73 лет, а также 20 пациентов с хроническим простатитом (ХП) в возрасте 20-50 лет, лечившихся в урологической клинике. Контролем служили 8 здоровых мужчин 30-45 лет.

Диагноз заболевания предстательной железы ставился на основании общепринятых методов урологического обследования. В сыворотках крови больных методом иммуноферментного анализа с коммерческой тест-системой фирмы R&D SYSTEMS определялся уровень простагландина E₂ (ПГЕ₂). У ряда больных ПГЕ₂ идентифицировался в секрете предстательной железы. Общее число изученных образцов составило 127.

В результате проведенного исследования было установлено, что при ДГПЖ уровень ПГЕ₂ в сыворотке крови составляет 410,4±24,8 pg/ml, что существенно ниже содержания этого физиологически активного вещества в крови здорового мужчины (1338,5±68,6 pg/ml). В то же время, через 19-21 день после хирургического лечения содержание ПГЕ₂ в сыворотке крови больных возрастает до 555,5±84,7 pg/ml. Следует полагать, что чрезузырная аденоэктомия, приводящая к расправлению железистой ткани предстательной железы и улучшению ее функции, ведет к постепенному увеличению уровня ПГЕ₂ в послеоперационном периоде.

Существенной разницы между уровнем ПГЕ₂ в крови больных с ДГПЖ (410,4±24,8 pg/ml) и РПЖ (408,24±36,5 pg/ml) не выявлено. Полученные результаты показывают, что в секрете предстательной железы при изученных заболеваниях содержание ПГЕ₂ на два порядка выше сывороточного уровня (51006,4±258,5 pg/ml, 30486,66±245,8 pg/ml, и 51692,86±198,6 pg/ml соответственно). В то же время, при ХП содержание ПГЕ₂ в секрете простаты намного ниже, чем при ДГПЖ и РПЖ, что имеет, на наш взгляд, большое дифференциально-диагностическое значение.

При ХП средний уровень ПГЕ₂ в сыворотке крови больных до лечения составляет 491,92±28,6 pg/ml, а после курса комплексной терапии снижается до 413,29±30,5 pg/ml. Таким образом, выявленная тенденция изменения содержания ПГЕ₂ после проведенного лечения при ХП (снижение уровня простагландина) диаметрально противоположна при доброкачественной гиперплазии предстательной железы (повышение уровня простагландина). На наш взгляд, это также имеет большое практическое значение при дифференциальной диагностике заболеваний предстательной железы. В то же время, содержание ПГЕ₂ в секрете простаты, как до лечения, так и после него, существенно превышает сывороточные уровни и составляет 30486,66±245,8 pg/ml.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что идентификация ПГЕ₂ при заболеваниях предстательной железы имеет важное клинико-диагностическое значение и может быть использована как при дифференциальной диагностике, так и для оценки эффективности лечения.

Инфекционный фон и степень тяжести гестоза

Серкина Е.В., Сотникова Н.Ю., Кудряшова А.В.,
Панова И.А.

ГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова» МЗ РФ, Иваново

Основные задачи акушерства – сохранение здоровья беременной женщины и обеспечение рождения здорового ребенка. Ведущая роль хронической инфекции в развитии осложнений беременности и перинатальной патологии определяет актуальность всестороннего изучения этой проблемы. В последнее время изменилась структура инфекционной заболеваемости беременных. Резко возрасла роль возбудителей, передаваемых половым путем (хламидии, микоплазма и уреоплазма), вирусной инфекции (вирус простого герпеса, цитомегаловирус), токсоплазмоза. Реактивация и персистенция латентных вирусов в организме женщины связаны с риском заражения плода или прерывания беременности. Известно, что инфекция может приводить к прерыванию и осложнениям беременности, поражению органов и систем плода, а также к развитию инфекционно-воспалительной патологии у новорожденных.

Целью нашей работы было изучение зависимости между характером инфицирования женщин с гестозом и степенью тяжести патологии.

Обследовано 40 женщин с гестозом различной степени тяжести в третьем триместре беременности, их них 14 человек с легким гестозом, 15 – с гестозом средней степени тяжести, 11 – с тяжелым гестозом. В группу сравнения вошли 15 женщин с неосложненным течением беременности. Всем беременным определялся титр специфических антител класса IgM и IgG к *Chlamydia trachomatis*, *Toxoplasma gondii*, CMV, HSV методом ИФА с использованием диагностических тест-систем ЗАО «Вектор Бест» (Новосибирск).

Анализ полученных данных позволил установить, что частота и характер инфицирования менялись в зависимости от степени тяжести гестоза. При легком гестозе чаще выявлялась хроническая HSV-инфекция (57,14%). При гестозе средней тяжести наряду с хронической HSV-инфекцией (60%) повышалась частота выявления IgG АТ против *Toxoplasma gondii* (50%). При тяжелом гестозе чаще обнаруживались IgG АТ против CMV (63,6%). При легком гестозе, в отличие от показателей группы сравнения, чаще других выявлялись сочетания HSV IgM – *Toxoplasma gondii* IgG (28,57%) и HSV-IgG – *Toxoplasma gondii* IgM (14,28%). У беременных с гестозом средней степени тяжести, по сравнению с показателями всех остальных групп, достоверно чаще (p<0,05, во всех случаях) определялись вирусно-бактериальные ассоциации: CMV-IgG – *Chlamydia trachomatis* IgM (40%), HSV-IgG – *Chlamydia trachomatis* IgM (46,7%). При тяжелом гестозе чаще встречались ассоциации CMV-IgG – *Toxoplasma gondii* IgG (36,4%) и HSV IgM – *Toxoplasma gondii* IgM (27,3%). Можно предположить, что инфекционный фон влияет на степень тяжести гестоза.