

Работа представлена на III научную конференцию с международным участием «Практикующий врач», 6-9 декабря 2004 г., Рим, Италия

К ВОПРОСУ О КИНИН – КАЛЛИКРЕИНОВОМ ПРОФИЛЕ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Петров. В. В.

*Астраханская государственная
медицинская академия*

Среди гуморальных систем, определяющих состояние периферического кровотока, важнейшее место занимает калликреинкининовая система, регуляторное действие которой направлено преимущественно на микроциркуляторное русло. Помимо этого, кинины являются важнейшими модуляторами сосудистой проницаемости, а дефицит прекалликреина сопровождается нарушениями коагуляционного гемостаза.

Анализ и обобщение данных о состоянии калликреинкининовой системы при различных заболеваниях показывает, что ее ограниченная во времени и интенсивности активация чаще всего представляет собой компенсаторную реакцию на травму или инфекцию.

За последние годы во всех странах отмечается рост травматизма, в частности черепно-мозгового и лицевого. В большинстве случаев такие травмы сопровождаются носовыми гемorragиями, проявление которых разнообразно, диагностика порой затруднительна, методы существующей терапии далеко не всегда адекватны.

Нами изучено состояние кинин-калликреиновой системы у пациентов (n=78) с травматическими носовыми кровотечениями, обусловленными лицевыми и черепными повреждениями. Оценивалось содержание прекалликреина и активность калликреина методом хромотографии (по Пасхиной Т.С., 1973).

Результаты исследований: исходное содержание калликреина у пациентов с травматическими носовыми кровотечениями, не зависимо от этиологии, характера и массивности травмы было достоверно выше показателей контрольной группы (здоровые, n = 13). Нами отмечен важный момент – содержание калликреина и прекалликреина при травматических и посттравматических носовых гемorragиях мало отличаются друг от друга. При анализе литературы нами отмечен тот факт, что при изучении активности кининкалликреиновой системы при носовых кровотечениях у больных гипертонической болезнью были получены сходные результаты. Очевидно, кининовая система реагирует на факт кровотечения, причем типы реагирования специфичны не имеют.

В основной группе обследованных нами проведено дополнительное исследование кининового профиля в крови из полости носа («носочная кровь»). Данные исследования выявили, что показатели были значительно выше, чем в крови, взятой из локтевой вены, при этом типы реагирования калликреиновой системы практически не различались.

У больных с посттравматическими носовыми кровотечениями в крови из полости носа отмечено достоверное повышение уровня калликреина и снижение содержания прекалликреина. Направленность изменений компонентов калликреин-кининовой системы соответствует схеме: увеличение калликреина на фоне снижения прекалликреина.

В группе пациентов с рецидивирующими травматическими носовыми кровотечениями отмечено достоверное увеличение содержания калликреина и тенденция к увеличению уровня прекалликреина, однако векторальность изменений калликреина и прекалликреина может быть различной: повышение уровня калликреина при сниженном или повышенном содержании прекалликреина; и снижение калликреина с повышением показателей прекалликреина.

Прикладное значение полученных нами результатов исследований калликреин-кининовой системы заключается в возможности патогенетического обоснования медикаментозной терапии больных с травматическими носовыми кровотечениями. Целесообразна разработка новых методов локальной гемостатической терапии с применением патогенетически обоснованных препаратов – ингибиторов АПФ.

Работа представлена на III научную конференцию с международным участием «Практикующий врач», 6-9 декабря 2004 г., Рим, Италия

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИАМИНОВ В РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ МУЖЧИН

Плосконос М.В.

*Астраханская государственная
медицинская академия,
Астрахань*

Мужское бесплодие – состояние, которое является следствием ряда заболеваний и/или суммарных патологических воздействий на репродуктивную систему мужчины. Его причины и структура до сих пор излагаются нечетко и противоречиво, несмотря на внушительный перечень факторов, повреждающих сперматогенез, приводимый в современных руководствах по андрологии. Актуализация этой проблемы возрастает в связи с тем, что на эти факторы сегодня отводятся уже до половины всех случаев бесплодного брака в стабильных группах населения.

Наиболее распространенной патологией мужской репродуктивной функции является состояние субфертильности, которое может быть связано с нарушением биохимического гомеостаза спермоплазмы. До настоящего времени не выяснена роль полиаминов в спермоплазме.

В ходе проведенного исследования выявлена взаимосвязь уровня полиаминов спермоплазмы с традиционными характеристиками качества эякулята человека и оценено функциональное значение полиаминов в процессе фертилизации.

Содержание полиаминов - спермина и спермидина - в спермоплазме определяли электрофоретическим способом (Патент на изобретение № 2002105459/15 (005605) приоритет от 28.02.02 г.) и количественно оценивали, используя специализированную компью-

терную программу «ПН 5108» (Свидетельство № 2003612170 от 17.09.03 г.). Измерение показателей стандартной спермограммы проводили по общепринятым методикам, рекомендованным ВОЗ.

Было исследовано 95 образцов спермоплазмы мужчин. У 17 проб эякулятов фертильных мужчин определен уровень полиаминов спермоплазмы, а также отношение Сп/Спд. 54 образца эякулятов субфертильных мужчин были разделены на группы, в соответствии с каждым показателем спермограммы, и проводился их сравнительный анализ.

Анализ полученных данных выявил, что содержание полиаминов в спермоплазме и отношение Сп/Спд связано с концентрацией сперматозоидов в единице объема. Полиамины спермоплазмы по-разному влияют на различные звенья фертилизации сперматозоидов: в физиологических концентрациях спермидин увеличивает скорость сперматозоидов и число активно подвижных форм, а спермин препятствует агглютинации и агрегации сперматозоидов. Превышение физиологического уровня спермина способно оказывать губительное действие на мужские половые клетки, вызывая снижение подвижности и увеличение числа мертвых сперматозоидов.

Полученные данные могут представлять практический интерес при подготовке спермы для вспомогательных репродуктивных технологий, для диагностики репродуктивного здоровья мужчин.

Работа представлена на III научную конференцию с международным участием «Практикующий врач», 6-9 декабря 2004 г., Рим, Италия

ВЛИЯНИЕ ДИСГАРМОНИЧНОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ НА СОСТОЯНИЕ И РАННЮЮ АДАПТАЦИЮ НОВОРОЖДЕННЫХ

Седа Я.Л.В.

*Владивостокский государственный
медицинский университет,
Дальневосточный филиал научного центра
медицинской экологии ВСНЦ СО РАМН,
Владивосток*

Функционирование репродуктивной системы женщин во многом определяется гармоничностью развития в подростковом возрасте. Исходное нарушение физического или полового развития у юных женщин может послужить дополнительным фактором риска для развития осложнений во время беременности и влиять на перинатальные исходы.

Целью нашего исследования явилось изучение состояния и особенностей ранней адаптации новорожденных юных первородящих с отклонениями физического развития. Для этого, нами проведено наблюдение за 432 новорожденными детьми, родившимися от матерей подростков. Оценка исходного физического развития юных беременных осуществлялась по совокупности 2-х морфологических признаков – росту и массе тела.

В результате проведенного исследования установлено, что гармоничное физическое развитие (группа ГФР) имели 258 (59,7%) беременных подро-

стков, дисгармоничное – 174 (40,3%). При этом дисгармоничное физическое развитие за счет дефицита массы тела отмечено у 124 (28,8%) юной женщины (группа ДФР1), за счет избытка массы тела – 50 (11,5%) – группа ДФР2. Новорожденные дети были разделены на 3 клинические группы соответственно делению юных матерей.

У юных первородящих группы ГФР родилось доношенными 245 детей (94,6%), в группе ДФР1 – 108 детей (86,4%) и в группе ДФР2 – 46 детей (92,0%). Самую высокую частоту рождения недоношенных детей имела группа юных матерей ДФР1 (13,6±3,1%), что в 2,5 раза чаще, чем в группе ГФР (5,4±1,4%). Аналогичный показатель у группы ДФР2 составил 8,0±3,8%, что в 1,5 раза выше, чем в группе ГФР. Доля переносимых детей составила 0,7% - в группе ГФР, 0,8% – в группе ДФР1, в группе ДФР2 переносимости у новорожденных не отмечено.

Основное количество детей в исследуемых группах родилось с оценкой по шкале Апгар 8 – 10 баллов. Однако в группе юных матерей с ДФР1 данный показатель составил 73,4±3,9%, что достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в группе матерей ГФР (84,4±2,3%). Тенденция к уменьшению количества новорожденных с оценкой по Апгар 8 – 10 баллов имела и в группе юных женщин ДФР2 (73,5±6,3%). В группах юных первородящих с дисгармоничным физическим развитием отмечено увеличение количества детей, рожденных с оценкой по Апгар 6 – 7 баллов. Так, в группе ДФР2 этот показатель составил 22,4±5,9%, а в группе ДФР1 – 21,8±3,7%, что в 2 раза выше ($p < 0,05$), чем в группе ГФР (11,2±1,9%). Количество детей, рожденных с оценкой по Апгар 5 баллов и менее во всех группах было одинаковое и составило 4,3±1,3%; 4,8±1,9% и 4,1±2,8% соответственно. За счет увеличения количества детей рожденных на 6 – 7 баллов в группах дисгармоничного физического развития средняя оценка новорожденных по шкале Апгар в этих группах была достоверно ниже ($p < 0,01$), чем в группе ГФР (7,54±0,09) и составила 7,71±0,03 балла в группе ДФР1; 7,45±0,07 баллов в группе ДФР2.

При анализе показателей массы тела новорожденных с учетом гармоничности физического развития юных матерей выявлено, что средняя масса доношенных новорожденных у первородящих группы ДФР1 составила 3147,18±37,9 г, что достоверно меньше ($p < 0,001$), чем в группе ГФР – 3298,14±24,4 г. Несколько выше данный показатель оказался выше в группе ДФР2 и составил 3381,7±59,6 г. Средняя длина новорожденных группы ГФР была 51,5±0,1 см, в группе ДФР1 – 50,9±0,3 см ($p < 0,05$, по сравнению с группой ГФР) и в группе ДФР2 – 51,9±0,2 см. Частота рождения доношенных детей весом менее 3000 г была достоверно выше в группе матерей ДФР1 по сравнению с группой ГФР (соответственно 32,4±4,2% и 19,2±2,4%; $p < 0,01$). Данный показатель в группе ДФР2 составил 16,0±5,2%. Доля крупных новорожденных (масса тела при рождении 4000 г и более) у юных первородящих группы ГФР была в 3,5 раза выше по сравнению с группой матерей ДФР1 и в 1,5 раз выше, чем в группе ДФР2 (3,1%; 0,8% и 2,0% соответственно по группам). Одним из показателей процессов адаптации новорожденных является потеря и