

(77,6-308 мкм), а также полигональная форма бокаловидных клеток, имеющих цитоплазму и темноокрашенные ядра. Параметры крипт и ворсинок составляют 616-770 мкм; 46,2 мкм, расстояния между ними варьируют - 107,8 мкм. В мышечной оболочке гладкомышечные клетки ориентированы как в продольном (толщина продольного слоя равна 46,2 мкм), так и в циркулярном (толщина кругового слоя составляет 77,0 мкм) направлениях. Лимфоидные узелки располагаются в брыжейке и в области илеоцекального угла; определяются также артериальные и венозные сосуды.

У крысят 7, 21 и 30-дневного возраста в зависимости от смены вскармливания (естественное, смешанное, искусственное) в стенке тонкой и толстой кишки происходят морфо-функциональные изменения, охватывающие 3 стадии процесса адаптации к характеру питания.

При естественном вскармливании иммунный статус определяется наличием лимфоидных образований в стенке тонкой и толстой кишки, а также в брыжейке (диффузная лимфоидная ткань, лимфоидные узелки, лимфоидные бляшки). В период лактационного кормления крыс формируются и усложняются лимфоидные образования, обеспечивающие защиту стенки отделов тонкой и толстой кишки в реализации реакций местного иммунитета.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОСТАГЛАНДИНОВ E₂ И F_{2α} В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ИХ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ДИСМНОРЕИ У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ

Мосолов К.В., Кушнарева Н.Ф.,
Осин А.Я., Ишпахтин Ю.И.

*ГОУ ВПО «Владивостокский государственный
медицинский университет Минздрава РФ»,
Владивосток*

Цель настоящего исследования состояла в изучении содержания простагландина E₂ и простагландина F_{2α} (ПГЕ₂ и ПГФ_{2α}) в сыворотке крови у девочек и девушек-подростков с первичной дисменореей (ПД) и их практически здоровых сверстниц для выяснения их роли в патогенезе этой патологии и возможного использования их показателей в диагностике и оценке эффективности лечения.

Нами было произведено определение ПГЕ₂ и ПГФ_{2α} радиоиммунологическим методом после разделения их на колонках с кремневой кислотой в сыворотке крови девочек и девушек-подростков основной группы, больных ПД (165 человек) и контрольной группы (55 человек) практически здоровых их сверстниц с нормальным течением менструального цикла в возрасте 12-18 лет. Определение простагландинов проводили в начале I-й фазы менструального цикла (на пике клинических проявлений заболевания) и в начале II-й фазы менструального цикла (на 16-18-й день).

Результаты исследования содержания ПГЕ₂ и ПГФ_{2α} в сыворотке крови девочек и девушек-подростков контрольной и основной групп в зависи-

мости от фазы менструального цикла достоверно отличались по ряду параметров. Уровень ПГЕ₂ у обследованных контрольной группы в I-ю фазу менструального цикла составил 64,5±6,1 нмоль/л, содержание цГМФ достигало 51,8±4,9 нмоль/л, соотношение содержания ПГЕ₂/ПГФ_{2α} равнялось 1,25±0,13. При анализе лабораторных данных отмечено, что содержание ПГЕ₂ в сыворотке крови обследованных девочек и девушек-подростков основной группы в I-ю фазу менструального цикла достоверно увеличилось в 2,3 раза (p < 0,001) по сравнению с его содержанием у обследованных контрольной группы. Концентрация ПГФ_{2α} в сыворотке крови больных ПД I-ю фазу менструального цикла (МЦ) достоверно увеличилось в 2,4 раза (p < 0,001) по сравнению с показателями контрольной группы. Соотношение ПГЕ₂/ПГФ_{2α} достоверно не изменялось (p > 0,5).

Концентрация ПГЕ₂ в сыворотке крови у обследованных основной группы во II-ю фазу цикла достоверно не изменялась (p > 0,1). Уровень ПГФ_{2α} во II-ю фазу цикла достоверно увеличился в 1,6 раза (p < 0,01). Соотношение ПГЕ₂/ПГФ_{2α} сыворотки крови девочек и девушек-подростков больных ПД во II-ю фазу цикла достоверно не изменялось (p > 0,2).

При сравнении уровня ПГЕ₂, ПГФ_{2α} и их соотношения у пациенток основной группы в I-ю и во II-ю фазы менструального цикла установлено их различие. Концентрация ПГЕ₂ в I-ю фазу МЦ по сравнению со II-й достоверно увеличивается в 1,3 раза (p < 0,05). Содержание ПГФ_{2α} в I-ю фазу МЦ по сравнению со II-й достоверно повышается в 1,6 раза (p < 0,01). При сравнении соотношения ПГЕ₂/ПГФ_{2α} среди пациенток основной группы в I-ю и во II-ю фазы менструального цикла достоверных изменений не выявлено (p > 0,05).

Концентрации ПГЕ₂, ПГФ_{2α} и их соотношение в сыворотке крови закономерно изменяется в зависимости от степени тяжести ПД у пациенток основной группы. Из полученных данных видно, что происходит увеличение содержания ПГЕ₂ и ПГФ_{2α} в зависимости от степени тяжести ПД. При сравнении результатов исследования выяснилось, что при I-й степени тяжести уровень ПГЕ₂ увеличивается в 1,1 раза (p < 0,001), содержание ПГФ_{2α} повышается в 1,2 раза (p < 0,001) по сравнению с 0-й степенью тяжести. Соотношение ПГЕ₂/ПГФ_{2α} достоверно не изменяется (p > 0,5). При II-й степени тяжести уровень ПГЕ₂ возрастает в 1,2 раза, уровень ПГФ_{2α} возрастает в 1,1 раза по сравнению с I-й степенью тяжести (p < 0,05, p < 0,05). Соотношение ПГЕ₂/ПГФ_{2α} достоверно увеличивается в 1,1 раза (p < 0,05). При III-й степени тяжести концентрация ПГЕ₂ в сыворотке крови возрастает в 1,1 раза, уровень ПГФ_{2α} увеличивается также в 1,1 раза по сравнению со II-й степенью тяжести ПД (p < 0,05, p < 0,05). Соотношение ПГЕ₂/ПГФ_{2α} достоверно не изменяется (p > 0,5) по сравнению с аналогичным показателем при II-й степени тяжести.

Итак, полученные данные убедительно подтверждают значение простагландинов в патогенезе ПД и тяжести ее течения у девочек и девушек-подростков.