

ФНО- α ($R=0,36$; $p=0,002$), индексом НОМА ($R=0,86$; $p=0,0001$) у больных 2-го тертиля. Между уровнем инсулина и лептина ($R=0,46$; $p=0,002$), уровнем ФНО- α ($R=0,44$; $p=0,004$), индексом НОМА ($R=0,96$; $p=0,0001$) у пациентов 3-го тертиля.

Выводы. Установлено, что увеличение показателей АД, ИМТ, уровня адипоцитокинов в крови пациентов АГ повышается параллельно увеличению содержания инсулина, что подтверждает влияние ФНО- α и лептина на развитие гиперинсулинемии у гипертензивных пациентов с повышенной массой тела.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбась І.М. Програма профілактики та лікування артеріальної гіпертензії в Україні: підсумки виконання / І.М. Горбась // Здоров'я України. – 2011. – №3(18). – С. 32-34.
2. Корнеева О.Н. Патогенетические взаимосвязи артериальной гипертензии и инсулинорезистентности / О.Н. Корнеева, О.М. Драпкина // Рос. кардиол. журн. – 2006. – №5(61). – С. 100–103.
3. Bautista L.E. Independent association between inflammatory markers (C-reactive protein, interleukin-6, and TNF- α) and essential hypertension / L.E.Bautista, L.M.Veram, I.A.Arenas, G.Gamarra // J. Hum. Hypertens. – 2005. – V.19. – P. 149–154.

СВЯЗЬ УРОЛИТОГЕННЫХ СУБСТАНЦИЙ УТРЕННЕЙ ПОРЦИИ МОЧИ С ПАРАМЕТРАМИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Горбачевский П.Р., Юрага Т.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

В настоящее время, учитывая рост хронической патологии, большое внимание уделяется обменным нефропатиям, которые приводят к развитию хронической болезни почек. С этих позиций изучается проблема нефропатий при сахарном диабете, амилоидозе, подагре, цистинозе, мочекаменной болезни и др.

В педиатрии в структуре обменной патологии, связанной с нарушением функционального состояния почек, наиболее часто встречаются гипероксалурия, урикозурическая нефропатия, фосфатурия. Поэтому термин «дисметаболическая нефропатия» в педиатрии имеет более конкретный смысл и обозначает полигенно наследуемую мультифакториально развивающуюся нефропатию, в основе которой преимущественно лежит нестабильность клеточных мембран [1]. Сложность изучения мочекаменной болезни (МКБ) является следствием разнообразия патофизиологических процессов, приводящих к уролитиазу. Необходимо отметить, что многие исследователи в последние годы приходят к выводу, что генетическая предрасположенность к метаболическим нарушениям, связанным с обменом камнеобразующих веществ, является главной детерминантой развития уролитиаза, в то время как экологические и диетические факторы, играющие важную роль в развитии уролитиаза у взрослых, остаются незначительными у детей [2, 3]. Однако многие факторы, ответственные за формирование конкрементов, остаются плохо понятыми или даже неизвестными.

Целью данной работы явилось определение зависимости между параметрами физического развития и уровнем экскреции уролитогенных субстанций.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 700 соматически здоровых детей разного возраста и 27 человек с МКБ. Все пациенты были разделены на 6 групп в зависимости от возраста (0-1 год, 1-3, 4-6, 7-10, 11-14 и 15-17 лет). Количество мальчиков и девочек было приблизительно одинаковым.

Результаты и обсуждение. Проведено исследование основных литогенных субстанций мочи и оценена их связь с физическим развитием ребенка. Информация о достоверно ($p < 0,05$) регистрируемых корреляционных зависимостях между параметрами физического развития и уровнем экскреции основных химических элементов, участвующих в камнеобразовании, представлена по данным анализа утренней порции мочи.

Таблица – Корреляционные связи показателей минерального обмена по данным анализа утренней порции мочи с основными параметрами физического развития (r_s – коэффициент корреляции Спирмена, $p < 0,05$).

Показатель	Рост		Масса тела		Индекс массы тела	
	м	д	м	д	м	д
Натрий	0,47	0,35	0,46	0,42	-0,45	-0,41
Калий	0,35	-0,23	0,36	-0,29	-0,35	0,29
Кальций	0,28	-	0,28	-	-0,28	-
Магний	0,34	-	0,34	-	-0,33	-
Фосфор	0,50	0,37	0,51	0,37	-0,50	-0,37
Хлор	0,35	0,31	0,34	0,36	-0,34	-0,36
Мочевая кислота	0,21	0,27	0,22	0,28	-0,22	-0,28
Креатинин	0,46	0,41	0,46	0,44	-0,46	-0,44

Вес, рост, ИМТ независимо от пола статически значимо ($p < 0,001$) на уровне очень высокой силы связи (0,97-1,00) коррелируют между собой. Сила связи литогенных субстанций одинакова со всеми параметрами физического развития и имеет положительную корреляцию с ростом и массой тела и отрицательную – с ИМТ. Сравнительная характеристика физического развития обследованных детей в настоящей выборке с учетом фактора принадлежности к полу констатировала в основной своей массе тождественность параметров у мальчиков и девочек: по данным оценки индекса массы тела (ИМТ) группы достоверно не различаются ($p = 0,747$). Учитывая, что мы используем при анализе материала как интегральный показатель креатинин, интерес представляют его корреляционные связи с ИМТ, которые имеют умеренную силу выраженности (r_s 0,41-0,46) и носят положительный характер. При оценке показателей в утренней порции мочи наблюдаются статистически значимые положительные зависимости высокой силы ($r_s = 0,61-0,89$) между литогенными аналитами. Но корреляция мочевого кислоты, оксалатов и элементных показателей с параметрами физического развития выражена менее – на уровне умеренной-заметной силы (r_s 0,35-

0,51); более значима у мальчиков по сравнению с девочками, а для кальция и магния у девочек вообще не выявлена (таблица 2).

Исходя из всего вышесказанного можно сделать заключение, что, несмотря на глубокое изучение патогенеза дисметаболической нефропатии и МКБ, диагностика их в настоящее время трудна. Поэтому в распознавании и лечении ДМН и уролитиаза важна не только комплексная оценка имеющихся изменений мочевого осадка, но и анализ биохимических показателей уролитогенных субстанций и родословной каждого конкретного пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дисметаболическая нефропатия, мочекаменная болезнь и нефрокальциноз у детей / В.В.Длин [и др.]. – М.: Оверлей, 2005. – С. 232.
2. Дроздов, В.Н. Обмен мочевой кислоты у больных гипертонической болезнью с метаболическим синдромом: автореф. дис... канд. мед. наук / В.Н.Дроздов. – М., 1999. – С. 20.
3. Джанашия, П.Х. Является ли гиперурикемия компонентом метаболического синдрома? / П.Х.Джанашия, В.А.Диденко // Российский кардиологический журнал. – 2001. – № 1. – С. 22-25.

БИОПЛЕНКООБРАЗОВАНИЕ КОАГУЛАЗООТРИЦАТЕЛЬНЫХ СТАФИЛОКОККОВ, ЦИРКУЛИРУЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ПТИЦЕФАБРИКИ

Гордина Е.М., Кидряева Л.М., Шиляева Н.А.

*Пермская государственная медицинская академия
им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России*

Актуальность. Известно, что биопленки – это постоянно обновляющиеся сообщества микробов, закрепившихся на биогенном или абиогенном субстрате и окруженных полимерным матриксом, который предохраняет их от вредных воздействий и является одним из факторов межклеточного взаимодействия [3]. Вероятно, до 80% всех бактериальных инфекций человека связаны с образованием биопленок [1]. Стафилококки способные к биопленкообразованию, образуют биопленки на различных поверхностях, тем самым обеспечивая устойчивость к различным неблагоприятным условиям. Частным случаем является выживание и циркуляция стафилококков в условиях промышленного птицеводства.

Цель работы - сравнительный анализ биопленкообразующей способности коагулазоотрицательных стафилококков, изолированных от сотрудников птицефабрики и кур.

Материалы и методы. Материалом служили смывы со слизистых носа и зева 47 сотрудников крупной птицефабрики. Выполнено также бактериологическое исследование образцов внутренних органов 151 птицы. Бактериологическое исследование осуществляли традиционным методом [4]. Выделенные культуры стафилококков идентифицировали, используя Staphytest 24, фирмы «ERBA LACHEMA», Чехия. Оценку результатов осуществляли с помощью компьютерной программы «Микроб-2».