

свидетельствует о неспецифичности повреждения клеток разных органов (наиболее чувствительных к гипоксии).

Исследуемые показатели	Группы животных			
	Контроль	Контроль + мелатонин	Гипоксия	Гипоксия + мелатонин
АЛТ плазмы крови, мккат/л	0,48±0,04	0,48±0,02	0,63±0,07*	0,52±0,06
АСТ плазмы крови, мккат/л	0,47±0,02	0,50±0,02	0,60±0,05*	0,53±0,08

*-p<0,05

В группе крыс «гипоксия +мелатонин» активность ферментов АЛТ и АСТ несколько снижалась и достоверно не отличалась от группы контрольных животных и группы «контроль+мелатонин». Таким образом, можно заключить, что кратковременная острая гипоксия сопровождается повреждением клеточных мембран в разных органах и выходом в плазму крови внутриклеточных ферментов – АЛТ и АСТ. Предварительное введение животным, подвергаемым гипоксии, мелатонина в дозе 10 мг/кг массы тела оказывает мембранопротекторное действие, что мы связываем с антиоксидантным действием гормона.

Литература:

1. Hepatotoxic effects of acetaminophen. Protective properties of tryptophan derivatives / I.K. Dremza [et al.] // Biochemistry (Moscow) Supplement series B: Biomedical Chemistry. – 2010. – Vol. 4. – № 3. – P. 264-268.

УРОГЕНИТАЛЬНАЯ УРЕАМИКОПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ

Кривоногова И.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра клинической лабораторной диагностики и иммунологии

Научный руководитель – к.б.н., доцент Кузнецов О.Е.

Несмотря на большой прогресс в исследованиях, посвященных проблемам инфекционных заболеваний половой сферы, удельный вес данной патологии в структуре гинекологической заболеваемости высокий. Воспалительные заболевания влагалища занимают первое место по обращаемости женщин репродуктивного возраста, и число их продолжает возрастать. Среди возбудителей хронических воспалительных процессов, большое внимание исследователей привлекают *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum*. Информация о патогенности микоплазм зачастую противоречива: ряд специалистов относит мико-уреаплазмы к числу абсолютных патогенов, другие считают, что мико-уреаплазмы являются комменсалами мочеполовой системы, существуют с организмом человека [1].

Цель и задачи: изучить состояние микрофлоры половых путей у женщин с урогенитальным мико-уреаплазмозом и установить значимость мико-уреаплазмы в развитии воспалительных процессов мочеполовой сферы.

Методы исследования. Исследование проведено в Гродненской областной клинической больнице (2013г.): 98 женщин в возрасте от 17 до 45 лет (34,0±10,3 года). Выполнено микроскопическое, микробиологическое исследование флоры половых путей (влагалища, цервикального канала, уретры), обнаружение фрагментов генома мико-уреаплазм методом полимеразной цепной реакции (ПЦР): анализатор real-time ПЦР «Rotor-Gene» (Австралия), тест системы для микробиологической диагностики «BioMerio» (Франция). Критерий отбора – верифицированный диагноз урогенитального мико-уреаплазмоза. Обработка данных производилась с использованием пакета прикладных статистических программ.

Результаты и выводы. У женщин при первичном обращении были выявлены клиничко-анамнестические признаки: патологические выделения из половых путей - 82 чел. (83,6%), раздражение, зуд, жжение наружных половых органов - 66 чел. (67,3%), болезненная половая жизнь – 24 чел. (24,5%), нарушения менструальной функции – 27 чел. (27,5%), дизурические явления – 24 чел. (24,5%), тянущие боли внизу живота – 12 чел. (12,2%), невынашивание беременности – 12 чел. (12,2%), бесплодие – 8 чел. (8,1%), цервицит – 88 чел. (89,8%), эрозия шейки матки – 31 чел. (31,6%), хронический сальпингоофорит – 31 чел. (31,6%), нет жалоб – 7 чел. (7,1%). У 98% пациенток картина дисбиотических процессов в нижних отделах урогенитального тракта, у 86% - различные микробные ассоциации (более чем из 3 компонентов). Частота встречаемости ассоциаций микроорганизмов с уреоплазмой и/или микоплазмой до лечения: нормальное количество лактобактерий 21%, уменьшение количества лактобацилл 48%, отсутствие лактобактерий 31%, стафилококки 38%, стрептококки 11%, другие кокки 62%, кишечная палочка 23%, клебсиеллы 13%, хламидии 21%, гарднереллы 69%, грибы рода *Candida* 27%, трихомонады 3%, гонококки 0,7%. Среди 86 пациенток, у 28% выявлено вирусное выделение вируса простого герпеса, у 19% - вируса папилломы человека, у 9% - цитомегаловируса.

Таким образом, при дисбиотических процессах во влагалище создается благоприятный фон для инвазии и размножения микoureоплазм, которые, в свою очередь, колонизируя человеческий организм, создают дисбиоз мочеполювого тракта, формируя порочный круг. 98% пациенток с уреа-микоплазмозом имеют нарушения влагалищного биоценоза, и, лечение уреа-микоплазменной контаминации как моноинфекции не обосновано, схемы лечения должны включать обязательную коррекцию дисвагинозов.

Литература:

1. Савичева А.М., Роль микоплазм в урогенитальной патологии женщин и их половых партнеров / А.М. Савичева, В.Н. Прилепская, Е.В. Соколовский, В.И. Кисина // Журнал акушерства и женских болезней. - 2008. - №1 - с.11-22.

ОСТРОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЧЕК

Кривоногова И.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра клинической лабораторной диагностики и иммунологии
Научный руководитель – к.б.н., доцент Кузнецов О.Е.

Проблема острого повреждения почек (ОПП) – одна из самых актуальных в современной нефрологии и здравоохранении в целом, опасное состояние, с которым может столкнуться врач любой специальности. Помимо прироста креатинина крови или уменьшения количества выделяемой мочи предложены тесты раннего выявления почечного повреждения: NGAL (липокалин) [1]. Причиной ОПП могут быть шоковые состояния, инфекции. Поэтому значение прокальцитонина (прогормон кальцитонина) и тропонина, также нельзя недооценивать.

Цель и задачи: оценить диагностическую специфичность и прогностическую ценность положительного результата NGAL, тропонина (TnI) и прокальцитонина (PCT) при ОПП.

Методы исследования. Исследование проведено в отделениях реанимации и гемодиализа Гродненской областной клинической больницы (2013г.). Анализ содержания NGAL в моче, тропонина и прокальцитонина в крови выполнен у 48 пациентов в возрасте от 26 до 86 лет ($54,0 \pm 12,8$ года). Из них лиц мужского пола было 42 (87,5%), женского – 6 (12,5%). Критерии отбора: наличие риска развития ОПП или собственно установленный диагноз ОПП. Исследование NGAL, тропонина и прокальцитонина проводили в порции мочи и крови в лаборатории