

Литература:

1. Беларусь православная. - Минск. Фабрика цветной печати, 2006.
2. Беларуская энцыклапедыя. – Мінск. Беларуская энцыклапедыя, 2000.
3. В.А.Адзіночанка. Рэлігіязнаўства. – Мінск. Універсітэцкае, 2001.

НИТРОЗИЛИРУЮЩИЙ И ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Пискун Д.В., Козлова А.С., Кутузова А.В.

Витебский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра инфекционных болезней

Научные руководители - д.м.н., проф. Семенов В.М.; д.м.н., проф. Солодков А.П.

Введение. Антибактериальная терапия не является основным методом лечения бактериальных кишечных инфекций и важна лишь при инвазивных формах заболевания у пациентов с риском возникновения экстраинтестинальных осложнений. При тяжелых формах бактериальных кишечных инфекций на первое место в клинике заболевания выступает нарушение микроциркуляции и явление гипоперфузии тканей. В связи с этим, изучение патогенеза данной группы инфекционных заболеваний является особенно актуальным, так как полученные результаты могут привести к разработке новых подходов к терапии.

Цель работы: изучить выраженность нитрозилирующего (нитрозативного) и окислительного стресса у пациентов с тяжелыми формами бактериальных кишечных инфекций.

Материалы и методы. О показателе нитрозилирующего стресса судили по уровню нитритов/нитратов в крови пациентов с тяжелыми формами бактериальных кишечных инфекций на 1, 3 и 5-7 сутки от момента поступления в стационар. Окислительный стресс оценивался по уровню диеновых конъюгатов в крови той же группы больных.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета прикладных статистических программ. Рассчитывали среднюю арифметическую (M), стандартную ошибку средней арифметической ($\pm m$). Для проверки достоверности различий был использован непараметрический анализ.

Результаты и обсуждение. При оценке уровня нитритов/нитратов в организме пациентов с тяжелыми формами бактериальных кишечных инфекций (n=29), оказалось, что в первые сутки их концентрация в сыворотке составила $45,39 \pm 2,67$ мкмоль/л, на третьи сутки (n=28) – $40,16 \pm 2,63$ мкмоль/л, а к 5-7 суткам (n=25) концентрация продуктов деградации молекул оксида азота возросла до $49,99 \pm 12,01$ мкмоль/л, что оказалось достоверно выше, чем у здоровых людей (21,7 мкмоль/л). В связи с тем, что оксид азота через ряд промежуточных субстратов активирует окисление преимущественно полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) и их остатков в составе сложных липидов, то обнаружение диеновой конъюгации является чувствительным тестом на выявление свободных радикалов либо ацилгидроперекисей (первичных продуктов ПОЛ, отражающих оксидативный или окислительный стресс). При оценке уровня диеновых конъюгатов в первые сутки (n=32) от момента возникновения выраженного обезвоживания у пациентов с бактериальными кишечными инфекциями, их концентрация составила $173,06 \pm 23,72$ нМ/г липида, а к третьим суткам (n=31) снизилась до $115,88 \pm 19,42$ нМ/г липида, что, вероятно, связано с активацией ряда антиоксидантных ферментов, однако к 5-7 суткам концентрация диеновых конъюгатов вновь повысилась до $176,31 \pm 38,36$ нМ/г липида. В контрольной группе доноров

содержание диеновых конъюгатов было намного ниже и составило $70,1 \pm 8,8$ нМ/г липида.

Выводы. У пациентов с тяжелыми формами бактериальных кишечных инфекций имеет место развитие нитрозилирующего и окислительного стресса, что требует проведения соответствующей медикаментозной коррекции.

УРОВЕНЬ ГОМОЦИСТЕИНА ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Пицко Д.В., Кузнецов О. Е.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра госпитальной терапии

Гродненская областная клиническая больница

За последние годы расширились представления клиницистов о факторах риска развития заболеваний сердечно-сосудистой системы. К потенциальным факторам риска развития атеросклероза стали относить гипергомоцистеинемию. Доказано, что высокий уровень гомоцистеина приводит к дисфункции эндотелия и является предиктором смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В литературе проблема гомоцистеина у больных подагрой освещена слабо и данные носят противоречивый характер.

Цель исследования: изучить уровень гомоцистеина плазмы крови у больных подагрой.

Материал и методы. В амбулаторных условиях обследован 51 больной подагрой (все мужчины; средний возраст $46,22 \pm 1,55$ года). Критериями исключения из исследования являлись клинические проявления ишемической болезни сердца (ИБС) и данных велоэргометрии, наличие артериальной гипертонии, других сопутствующих заболеваний в периоде обострения. Диагноз подагры устанавливали согласно критериям SL. Wallace и соавт. (1997г.). Длительность заболевания составила от 0,5 до 15 лет (в среднем $6,5 \pm 2,1$ года). Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц с нормальным артериальным давлением, без отягощенной наследственности по ИБС.

Уровень гомоцистеина в плазме крови определялся с помощью аппарата АХУМ-system методом FPIA (Fluorescence Polarization Immunoassay) в клинической лаборатории Гродненской областной клинической больницы.

Результаты. В контрольной группе среднее содержание гомоцистеина в плазме крови составило 8,99 ммоль/л., у больных подагрой отмечено увеличение уровня гомоцистеина плазмы крови, среднее значение которого составило 15,99 ммоль/л. Следует отметить, что из обследованной группы больных подагрой у 32 больных (62,75%) выявлена гипергомоцистеинемия.

Выводы:

1. У больных подагрой отмечается повышение уровня гомоцистеина плазмы крови.
2. При лечении больных подагрой необходимо учитывать гипергомоцистеинемию, как потенциальный фактор риска развития атеросклероза и ишемической болезни сердца.