



**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«МЕДИЧНА НАУКА
ТА ПРАКТИКА ХХІ СТОЛІТТЯ»**

25–26 січня 2013

КИЇВ 2013

9. Van Kasteren Y. M., Von Blomberg M., Koek A. et al. Incipient ovarian failure show the same immunological profile // Am. J. Reprod. Immunol.-2000.-Vol. 43.- №6.-P. 359-366.

Боднарюк О.І.

асистент

*Кафедра акушерства та гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
Буковинського державного медичного університету*

Андрієць О.А.

*д.мед.н., проф. кафедри акушерства та гінекології з курсом дитячої та підліткової
гінекології Буковинського державного медичного університету*

Гуменна К.Ю.

*аспірант кафедри акушерства та гінекології з курсом дитячої
та підліткової гінекології Буковинського державного медичного університету
м. Чернівці, Україна*

МІКРОЕКОЛОГІЯ СЕЧІ У ДІВЧАТ ІЗ САЛЬПІНГООФОРИТОМ, ЯКИЙ РОЗВИНУВСЯ НА ТЛІ УРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЗАПАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ

За останні роки спостерігається ріст питомої ваги інфекцій сечової системи в запальній структурі захворюваності у дітей з 18 до 36-100 на 1000 дитячого населення [1,17; 5,50]. Для збудників інфекцій сечостатевої системи критичними якостями є їх стійкість до гуморальних і клітинних факторів імунітету, адгезивність на уроепітелії, зумовлені неспецифічними і специфічними міжклітинними взаємодіями, а також продукція ними гістопозшкоджуючих субстанцій [2,81;3,47].

Мікробно-запальні захворювання сечостатевої системи у дітей, в силу анатомо-фізіологічних особливостей, є широко розповсюдженою патологією. За даними статистики в Україні їх частота становить 19,10/00 [4,52]. Із загального числа дітей, госпіталізованих у нефрологічні стаціонари, 77-89% мають інфекції сечостатевої системи [5,50].

Нами проведено 116 дівчат із сальпінгофоритом, який формувався і перебігав на фоні циститу (31 пацієнтка), пієлонефриту (38 осіб), а в 47 дівчат були випадки пієлонефриту або циститу за ретельно зібраним анамнезом, нами проведено бактеріологічне обстеження сечі, яку брали у кожної пацієнтки вранці, які протягом 10-ти днів перед забором сечі не вживали антибактеріальних препаратів (антибіотиків). У 47 (40,52%) пацієнток, із виявленою урологічною патологією за анамнестичними даними, виявити будь-який мікроорганізм не вдалося, а у 69 (59,48%) пацієнток виділено та ідентифіковано 79 штамів умовно-патогенних бактерій.

Для розкриття механізмів контамінації і персистенції умовно-патогенних мікроорганізмів у сечі дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгофорит, який формувався за на тлі супутньої урологічної патології (пієлонефриту або циститу) запального генезу, нами використаний мікроекологічний метод, який включає комплекс аналітичних показників, які у сукупності дозволяють здійснити характеристику мікрофлори співіснування представників мікроекологічної системи репродуктивних органів і мікрофлори (макроорганізм і його органи – мікрофлора), а також прослідкувати спрямованість порушень мікроскопії сечі при дестабілізації стану здоров'я макроорганізму і його мікробіоти. Типологію доміант окремих видів мікроорганізмів проводили на основі вивчення індексу постійності. За індексом постійності у сечі дівчат, хворих на сальпінгофорит, що розвинувся на тлі пієлонефриту або циститу, домінуючим видом є кишкова паличка, а протеї, клебсієли та ентерококи є випадковими в цьому біоті при урологічній патології. За частотою зустрічання у сечі вони є провідними мікроорганізмами у цьому біотопі.

Для характеристики різноманіття мікробіоценозу сечі, що контамінована умовно-патогенними бактеріями, вираховували індекс видового багатства Маргалефа. Цей індекс є своєрідним «рейтингом» відповідності бактерій біотопу. Він характеризує просторово-поживні ресурси біотопу та умови, що сформовані у біотопі, які відповідають середовищу для росту, розмноження, персистенції або існування макроорганізму або асоціації мікроорганізмів. Найбільше значення індексу Маргалефа встановлено в ешерихій. Сама сеча для кишкової палички достатня для існування. Клебсієли, протеї та ентерококи також можуть існувати, але їх здатність до існування у сечі значно нижча, ніж у кишкової палички.

Перераховане вище положення підтверджується значеннями індексів домінування Сімсона і Бергера-Паркера.

Важливе значення для існування мікроорганізмів в асоціаціях надається коефіцієнту Жаккарда, який є найбільш достовірним показником взаємовідносин між певними видами мікроорганізмів. За цим показником у сечі ешерихії готові до екологічної спільності існування у біотопі як синергісти з іншими мікроорганізмами. Але протеї, клебсієли та ентерококи у сечі у взаємовідносинах з іншими, наприклад, з ешерихіями, зазнають антагоністичний вплив.

Таким чином, у сечі дівчат, хворих на сальпінгофорит, сформований на фоні урологічної патології запального генезу, виявляються умовно-патогенні ентеробактерії (*Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella spp.*) та ентерококи. При цьому ешерихії є константними, домінують у біотопі і здатні до спільного існування з іншими мікроорганізмами.

Як згадувалося вище, у сечі дівчат, хворих на сальпінгофорит, що розвинувся на тлі супутньої урологічної патології запального генезу у 59 (85,5%) виявляється монокультура, і тільки у 10 (19,45%) встановлена асоціація, що складається з 2-х мікробних таксонів (таблиця 3.3.6).

У дівчат пубертатного віку, хворих на сальпінгофорит, на тлі урологічної патології запального генезу, у сечі виділяються умовно-патогенні ентеробактерії (*Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella spp.*, *Enterococcus faecalis*). Провідним збудником, що виявляється у монокультурі у сечі, є ешерихії. Ці бактерії також виявляються у всіх випадках при формуванні асоціацій, що складаються з 2-х видів бактерій. Перераховане підтверджує домінуючість, постійність цих бактерій у сечі дівчат, хворих на сальпінгофорит, ускладнений пієлонефритом або циститом, а також їх провідне значення при урологічній патології запального генезу.

Література:

1. Андрієць О.А. Сучасні підходи до комплексного лікування сальпінгофоритів на тлі запальних захворювань нирок та сечового міхура у дівчат-підлітків / О.А. Андрієць, О.І. Боднарчук, І.Д. Шкробанець [та ін.] // Таврійський медико-біологічний вісник. – 2011. – Т.14, №3(55). – С.17-21.
2. Дослідження показників імунітету у хворих на хронічні інфекції сечової системи та при їх поєднанні з хронічними запальними захворюваннями геніталій / О.В. Ромашенко, М.О. Колесник, Л.Ф. Яковенко [та ін.] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – №5. – С. 81-82.
3. Железная А.А. Современные аспекты проблем урогинекологии в Украине (обзор литературы) / А.А. Железная // Новости медицины и фармации. – 2008. – №253. – С.47-51.
4. Иванов Д. Тимоген в лечении рецидивирующих инфекций мочевой системы у детей / Дмитрий Иванов // Doctor. – 2006. – №1. – С.52-53.
5. Сеймівський Д.А. Вторинний пієлонефрит у дітей: патогенез, діагностика, лікування / Д.А. Сеймівський // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2008. – №1(12). – С.50-52.

Буряк В.В.

кандидат медических наук, асистент кафедри внутрешних болезней №2
Запорожского государственного медицинского университета

Визир В.А.

доктор медических наук, профессор, заведующий кафедры внутренних болезней
№2 Запорожского государственного медицинского университета

Заика И.В.

кандидат медических наук, асистент кафедри внутрешних болезней №2
Запорожского государственного медицинского университета
г. Запорожье, Украина

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ГОМОЦИСТЕИНЕМИИ И СПОСОБ ЕЕ КОРРЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гомоцистеин (ГЦ) представляет собой серосодержащую аминокислоту, образующуюся в организме при метаболическом цикле метионина [1, 48]. Учитывая многогранное этиопатогенетическое влияние ГЦ, все большую актуальность приобретает проблема, посвященная изучению связи гипергомоцистеинемии (ГГЦ), ряда патологических состояний организма и возможных вариантов фармакологической коррекции ГГЦ.

На данный момент преобладающим общепринятым считается определение нормальной концентрации ГЦ крови в пределах референсных значений от 5 до 15

мкмоль/л [4, 493]. По данным современного содержания в крови наряду с возрастом плотности и повышением содержания независимым модифицируемым фактором дисфункции [7, 168], приводящим к атеросклеротическому процессу цереброваскулярных заболеваний [6, 1462].

При хронологическом анализе факта, что в последнее время ГГЦ атеросклеротического процесса, в том числе [1462]. Достаточно хорошо представлено его коррекции и других факторов, например АГ, а именно отражена связь нарушениями липидного спектра статинов при ГГЦ [2, 340].

Целью исследования явилось изучение его динамики в процессе комбинированной терапии.

Основную группу наблюдения составили пациенты с АГ I-III степени, которые по результатам стратифицированы в две группы наблюдения. Стадии были отнесены к первой группе экстракраниальных артерий, т.е. имелись артерии 1,3 мм и более, составили сопоставимы между собой по полу. Группу контроля составили 30 практиков.

В качестве исследуемой терапии назначена комбинация 5 мг амлодипина не достигшим целевых уровней артериальной систолической дозы амлодипина бесилаата весь период наблюдения составила 7 группам.

Всем пациентам группы контроля после лечения проводилось определение иммуноферментного анализа.

Анализируя результаты, установлен контроль уровня ГЦ плазмы крови больных АГ I-III степени, соответствующим 9,27±0,41 мкмоль/л, соответствующим 9,14% у больных ГБ II стадии и экстракраниальных артерий, уровни ГЦ плазмы крови у больных АГ I-III степени, соответствующим 73,8% у пациентов с АГ, ассоциированных артерий (P<0,01).

Анализ содержания ГЦ плазмы продемонстрировал, что у практически сравнено с возрастной группой 40-50 лет данного показателя на 9,14%, а у пациентов 60 и 22,28%, соответственно. Подобная тенденция от 60 до 70 лет относительно младшей группы. Увеличение содержания ГЦ плазмы у пациентов с АГ I-III степени, соответствующим 73,8% у пациентов с АГ, ассоциированных артерий (P<0,01).

Представленные результаты позволяют сделать вывод о том, что ГГЦ с возрастом у пациентов с АГ I-III степени, соответствующим 73,8% у пациентов с АГ, ассоциированных артерий, относительно больных ГБ II степени.

При оценке динамики ГГЦ в процессе лечения, установлено, что у 49,53% у всех пациентов с АГ (P<0,05) в группах сравнения: так, уровень ГЦ плазмы крови у пациентов с АГ, ассоциированных артерий, соответствующим (P<0,01), что свидетельствует о том, что у пациентов с АГ, ассоциированной с