В первые сутки во всех группах отмечается снижение активности аэробных и повышение активности анаэробных ферментов. К 4 суткам, в 5 группе при перфузии перфтораном значения активности начинают приближаться к норме. В 4 группе, при перфузии физиологическим раствором, показатели активности значительно ниже во всех сроках. Активность всех ферментов в V серии была восстановлена к 30 суткам, за исключением НАДФ- диафоразы в НК.После проведенного исследования были подтверждены данные о нарушении окислительно- восстановительных процессах. Количественные показатели гистоэнзиматических исследований дает право говорить о большей активности в восходящем отделе петли Генле.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ МИКОПЛАЗМОЗОВ

Цветовская Г.А.[1], Войтих Д.В.[1], Пичко Н.П.[1], Колбина Л.А.[1], Туманова И.Ю.[1], Черных Ю.О.[2], Курганов С.А.[2], Махотина Н.Е.[2]

[1] Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН,
[2] АНО «Центр новых медицинских технологий в Академгородке»,
Новосибирск

Общеизвестно, что так называемые скрытые инфекции мочеполовой системы играют существенную роль в развитии локальных хронических процессов - негонококковых уретритов у мужчин, хронических воспалительных заболеваний органов малого таза и патологии шейки матки у женщин. Урогенитальные микоплазмы способны в той или иной степени влиять на сперматогенез и, таким образом, являться причиной мужского бесплодия. Поражение женской половой системы связано с угрозой развития вторичного бесплодия, пренатальной инфекции, невынашиванием плода и т.д. В то же время ряд исследователей отмечают бессимптомное носительство U. urealyticum у клинически здоровых людей и высказывают мнение, что данный микроорганизм является условно патогенным, проявляющим свои потенции лишь в определенных условиях и не требует использования этиотропной терапии. Многочисленные литературные данные указывают на разнообразие симптомов при урогенитальных микоплазмозах и, как следствие, на трудности в выборе адекватных методических подходов для их диагностики.

Таким образом, вопрос о патогенности уреаплазм нельзя считать окончательно решенным. Остается актуальной и проблема целесообразности лечения микоплазм и уреаплазм в частности из-за высоких адаптивных способностей этих микроорганизмов и наличия у них альтернативных способов ухода от воздействия антибиотиков. Настораживает тот факт, что при обследовании пациентов с диагнозом «леченый уреаплазмоз», поступивших для обследования спустя полтора – два месяца после проведения курса антибиотикотерапии, геном возбудителя в клиническом материале обнаруживался практически у 50% обследованных.

Целью исследования явилась сравнительная оценка диагностической значимости различных методов выявления урогенитальных микоплазм - Ureaplasma urealyticum и Mycoplasma hominis, в отношении которых у исследователей не сложилось однозначного мнения по поводу особенностей клинических проявлений, способов диагностики и их подходов к профилактике и лечению данной патологии.

Материал и методы: анализировались соскобы цервикального канала 30 женщин, обратившихся за медицинской помощью в гинекологический кабинет Центра новых медицинских технологий с воспалительной симптоматикой урогенитального тракта.

Протокол исследования включал**:**

1. Детекцию возбудителей методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с применением сертифицированных наборов «Amplisense», Интерлабсервис (г. Москва)

2. Получение культуры урогенитальных микоплазм с одовременной идентификацией и количественной оценкой микроорганизмов;

3. Определение чувствительности выделенной культуры к антибактериальным препаратам.

Микробиологическое исследование проводилось с помощью стандартизованных диагностических наборов МИКОПЛАЗМА ДУО и МИКОПЛАЗМА СИР производства Био-Рад Лаборатория (Франция).

Для микробиологического и ПЦР тестирования использовались образцы, забираемые у каждой пациентки одновременно.

Результаты исследования

При исследовании клинических образцов с использованием наборов МИКОПЛАЗМА ДУО регистрировался высокий процент обнаружения U. urealyticum (87,5%), для M. hominis выявляемость составляла 14%. Высокую инфицированность клинических образцов штамом U.urealyticum мы объясняем тем, что биологические пробы поступали в лабораторию от женщин с воспалительной симптоматикой урогенитального тракта.

При оценке степени совпадения выявления U. urealyticum и M. hominis культуральным методом и методом ПЦР положительные результаты, полученные в тесте МИКОПЛАЗМА ДУО нашли подтверждение при ПЦР-анализе в 82,3% случаев для U. Urealyticum и в 88,4% для M. hominis. Только в 2 случаях из 30 U.urealyticum не была обнаружена методом ПЦР при положительных результатах бактериологического анализа (в одном случае при высоком, в другом - при низком титрах микроорганизма). Из числа выявленных микоплазм высокий титр U.urealyticum (выше 10^4 КОЕ/мл) обнаружен в 81,8% случаев.

Отмечено, что выделенные штаммы U.urealyticum обладают высокой чувствительностью к доксициклину (89,9%), тетрациклину (83,3%) и миноциклину (94,4%). Кроме того, для уреаплазм была отмечена низкая чувствительность к клиндамицину (11,%) и эритромицину в низкой концентрации -1 мг/л (22,2%). При посеве на питательные среды с содержанием эритромицина в концентрации 4 мг/л процент чувствителных к нему штаммов уреаплазм повышался до 77,8%.

В случае M. hominis все исследованные образцы (100%) были устойчивы к эритромицину независимо от его концентрации (1 мг/л или 4 мг/л).

Заключение

Результаты нашего исследования свидетельствуют, что параллельное использование двух методов тестирования биологического материала – ПЦР и МИКОПЛАЗМА ДУО существенно повышает эффективность выявления урогенитальных микоплазм. При этом диагностическая значимость лабораторных исследований значительно увеличивается при использовании количественной оценки содержания микроорганизма в клиническом образце. Исследование чувствительности микроорганизмов к антибиотикам с использованием системы МИКОПЛАЗМА СИР дает возможность разрабатывать схемы адекватной, целенаправленной терапии урогенитальных микоплазмозов.

Таким образом, совершенствование методов выявления микоплазм, их идентификации и количественного содержания микроорганизма, определения чувствительности к антибиотикам позволяет надеяться на успешное решение вопросов диагностики и эффективного лечения урогенитальных микоплазмозов.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Шанин П.В., Маль Г.С.,
Кожухов М.А., Кононов Р.П., Истомин И.А.
Курский государственный медицинский университет, Курск

Проблема цереброваскулярной патологии имеет огромное социальное и медицинское значение, как в России, так и во всем мире. Сосудистые заболевания головного мозга - одна из ведущих причин заболеваемости, смертности и инвалидизации в РФ. Причины формирования острой дисциркуляторной энцефалопатии крайне разнообразны, однако среди основных следует отметить артериальную гипертензию.

Изменение вариабельности связано с интенсивностью процессов активации отделов вегетативной нервной системы по отношению к сердечно - сосудистой системе и позволяет судить о степени адаптационной реакции организма на то или иное воздействие в целом.

Целью нашей работы было изучение возможности увеличения эффективности гипотензивной терапии у реанимационных больных острой дисциркуляторной энцефалопатией.

В исследование были включены 26 мужчин в возрасте от 29 до 59 лет с синдромом острой дисциркуляторной энцефалопатии.

За время нахождения в реанимационном отделении была проведена комплексная интенсивная терапия, включающая антиагрегант, вазодилататор, нейропротектор, метаболит, ноотроп и антигипертензивное средство. Лечение артериальной гипертензии проводилось комбинированным препаратом эналаприла и индапамида (энзикс).

Перед началом лечения у пациентов отмечались когнитивные и эмоциональные расстройства, экстрапирамидные нарушения, атактический, псевдобульбарный, пирамидный синдромы. При измерении артериального давления регистрировалось повышение систолического (в среднем 164,4± 2,4) и диастолического (в среднем 98,6±1,6) давления. У всех больных отмечали довольно низкую ВСР. Стандартное отклонение SDNN было достоверно снижено и составляло в среднем 86,6 мс, а стандартное отклонение средних значений SDANN было 63,3 мс.

После 3 недель терапии в состоянии больных отмечена положительная динамика. Уменьшились неврологические проявления, отмечено снижение систолического АД до 132,2±1.8, среднего ДАД до 91,0±1.4. Наряду с улучшением гемодинамики были заметные положительные сдвиги в показателях ВСР. Так стандартные отклонения SDNN и SDANN достоверно выросли до 102,2 и 74,8 мс соответственно.

Таким образом, в лечении больных с синдромом острой дисциркуляторной энцефалопатии альтернативной возможностью использования в качестве гипотензивного средства является использование энзикса, комбинированного препарата индапамида и эналаприла.

Российская экономика 2006: реальность и перспективы

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТРУДОВЫХ РЕСУРСОВ НЕФТЯНОЙ КОМПАНИИ НА ОСНОВЕ СТИМУЛИРОВАНИЯ ТРУДА

Гнеденко Н.П.
Самарский государственный технический университет, Самара

В настоящие время, когда экономика России находится в нестабильном состоянии, необходимо использование всех экономических инструментов, способствующих повышению эффективности производства на предприятиях страны. Среди таких инструментов одним из важнейших является стимулирование труда на производстве. Добыча нефти – это основная деятельность компаний нефтяной отрасли. Формой конкуренции между нефтяными компаниями является ценовая. Для ее реализации большинство нефтяных фирм взяли курс на минимизацию издержек. Учитывая, что основная доля в затратном цикле добычи, подготовки и транспортировки нефти приходится на добычу, то реализация минимизации издержек касается в первую очередь, этой области деятельности нефтяной компании. Одним из путей достижения этой цели является повышение эффективности