

**ЭКОЛОГО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ
ПРОБЛЕМЫ АДАПТАЦИИ
ЧЕЛОВЕКА НА СЕВЕРЕ**

Петрова П.Г., Иванова О.Н.
Медицинский институт Якутского
государственного университета
Якутск

Исторически сложилось так, что жизнь в экстремальных условиях Севера требовала активной адаптации, не всегда рациональной и экономичной для организма. В настоящее время, когда идет бурное техногенное освоение Крайнего Севера, дополнительное влияние на многие регуляторные системы, в том числе и на иммунный статус организма. Опасность заключается еще и в том, что при этом наблюдается снижение порога чувствительности и устойчивости организма к возбудителям вирусных и бактериальных инфекций, алкоголю, наркотическим средствам, психогенным стрессам.

В республике Саха (Якутия) вызывают тревогу четко наметившиеся тенденции не вообще в здоровье жителей, а в репродуктивном здоровье женщин и в здоровье подрастающего поколения. Наблюдается распространение болезней, в основе которых лежат иммунодефицитные и аутоиммунные состояния. Обследовано 250 жителей республики, проживающих в экологически неблагоприятных территориях. 50 из них страдали хроническим обструктивным бронхитом.

Диагноз ХОБ был установлен в соответствии с рекомендациями экспертов ВОЗ (1978).

Возраст больных от 17 до 60 лет. Продолжительность заболевания от 2 до 10 лет.

Моноциты периферической крови получали методом адгезии прилипших клеток к пластику по Нох 3 (1981) в модификации Михеенко Т.В. (1987). Функция МНПК оценивалась по фагоцитозу ЕА-комплексов и НСТ-редукции. Эффекторные функции Т-лимфоцитов оценивались в реакции ГЗТ [14]. Состояние Т- и В-систем иммунитета включало определение субпопуляций Т-лимфоцитов лимфоцитотоксическим тестом с МАТ [12]. Уровень сывороточных Ig определяли путем измерения скорости светорассеяния при образовании иммунных комплексов на мульти-скане Labsystem (Финляндия) [8].

Установлено, что при ХОБ средние значения показателя НСТ-редукции моноцитов периферической крови снижены в 4,3 раза. Средняя величина ЕА-фагоцитоза достоверно выше в сравнении с показателями здоровых лиц, что по мнению ряда авторов можно определить как «дисфункцию» моноцитов [9]. Содержание субпопуляций СДЗ+ и СД4+ в периферической крови больных достоверно снижено, причем СД4+ более чем в 2 раза.

Средние значения других субпопуляций СД8+, СД16+ не имели достоверных отличий в сравниваемых группах.

Иммунорегуляторный индекс (ИРИ) и показатель функции тимуса (ПФТ) у больных ХОБ достоверно снижены причем последний более чем в 2,5 раза. Показатели эффекторных функций Т-лимфоцитов не имели достоверных отличий в сравниваемых группах.

В содержании В-клеток СД22+ и сывороточных иммуноглобулинов классов А, М, G достоверных отличий от соответствующих показателей здоровых лиц не выявлено. Отмечается резкое снижение содержания компонентов комплемента С3 и С4.

Таким образом, у жителей техногенно неблагоприятных территорий Крайнего Севера отмечается снижение иммунной защиты способствует развитию хронических заболеваний, в частности хронических обструктивных бронхитов.

**ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОЭКОЛОГИИ
КИШЕЧНИКА ПРИ ДЕРМОПАТОЛОГИЯХ**

Потатуркина-Нестерова Н.И.,
Фалова О.Е., Глебова Н.С., Нестеров А.С.
Ульяновский государственный университет

Многочисленные исследования указывают на увеличение распространения в современных условиях различных дермопатологий, среди которых наиболее часто встречаются псориаз, экзема, а также новые отягощенные формы данных заболеваний, нередко приводящих к инвалидности, что определяет их высокую социальную значимость. Современные авторы считают, что возникновение кожных заболеваний в определенной мере связано с нарушением микроэкологического баланса кишечника, который определяется горизонтальной и вертикальной иерархиями микроорганизмов. Одним из признаков, определяющих пространственную структуру сообщества, является показатель доминирования (Сытник, 1989).

Целью нашего исследования явилось изучение микроэкологии кишечника при дермопатологиях.

Первую группу обследованных составили 38 больных с диагнозом псориаз, вторую – 30 больных с диагнозом экзема. Группу сравнения составили 80 практически здоровых лиц. Исследование микробиоценоза кишечника производили согласно стандартным методам. Определение показателя постоянства осуществляли по следующей формуле: $C = (p/P) * 100\%$, где p – количество выборок, содержащих данный вид микроорганизма, P – общее число выборок. При этом доминирующими считали виды, встречающиеся более чем в 50% случаев, добавочными – от 25 до 50%, случайными – менее 25%.

Полученные результаты выявили некоторые различия данного показателя у обследованных групп. В составе микрофлоры кишечника первой группы доминирующими видами явились бактерии родов *Bifidobacterium* (100%), *Lactobacillus* (100%), *Escherichia* (95%), во второй группе для представителей облигатной микрофлоры показатель постоянства составил для родов *Bifidobacterium* – 100%, *Lactobacillus* и *Escherichia* – 96%. В группе сравнения данный показатель для родов *Bifidobacterium*, *Lactobacillus* и *Escherichia* составил 100%. Однако в первой группе к доминирующим видам добавляются условно-патогенные бактерии рода *Enterococcus* (95%), а во второй – бактерии рода *Enterococcus* (96%) и микроорганизмы рода *Clostridium* (57%).

Изменения иерархии отмечаются также и в структуре условно-патогенных микроорганизмов.