

при дисбактериозе кишечника нарушается всасывание пищи, развивается и прогрессирует эндотоксикация, меняется кислотно-щелочное равновесие и на коже. Поврежденный эпидермис является благодатной почвой для колонизации патогенной микрофлоры.

Цели работы - анализ связи между высыпаниями на кожных покровах и видимых слизистых у пациентов и явлениями дисбактериоза у них, оценка клинической картины на фоне применения жидких пробиотиков в их комплексном лечении. В исследовании участвовали 96 пациентов. По нозологии пациенты были разделены по группам: 1 группа (пиодермия, фолликулит, сикоз, гидраденит); 2 группа (кандидозные баланопоститы); 3 группа (угревая болезнь).

Установлено, что I степень дисбактериоза наблюдалась у 40% пациентов, II степень - у 30%, III степень - у 30%. В 60% случаев в анализе кала на дисбактериоз наблюдался рост дрожжеподобного гриба рода Кандида. Все больные, кроме жалоб на высыпания на коже и видимых слизистых, отмечали дискомфорт и боли в области живота, наличие поносов или запоров в анамнезе, чувство урчания и метеоризма, отрыжку воздухом. Пациентам назначалась базисная терапия, поливитамины и иммуностимуляторы. Для биокоррекции дисбактериоза использовались «Нормофлорин-Л и -Б» - смеси пробиотиков, их метаболитов и пребиотиков, действующих на организм одновременно и эффективно. Критериями излеченности являлись: отсутствие жалоб и улучшение клинической картины. У пациентов отмечена неспецифическая иммуностимуляция, активация Т- и В-лимфоцитов, макрофагов, повышение общей резистентности. Контроль анализа кала на дисбактериоз проводился через месяц после окончания биокоррекции дисбактериоза жидкими пробиотиками. У всех пациентов после биокоррекции пробиотиками возникла стойкая ремиссия, рецидивы не наблюдались в течение 6 месяцев - 3 лет.

Таким образом, отмечен хороший терапевтический эффект жидких пробиотиков. Нельзя лечить любую кожную патологию, не санируя хронические очаги инфекции, не разобравшись в патологии внутренних органов, особенно желудочно-кишечного тракта, у каждого конкретного пациента. В процессе лечения при приеме используемых биокомплексов не наблюдались диспепсические явления, что ранее отмечалось у части пациентов при приеме жидких пробиотиков «Эуфлоринов-Л и -Б». Это связано с включением в биокомплекс «Нормофлоринов-Л и -Б», наряду с пробиотиками, также и пребиотиков, улучшающих метаболизм нормофлоры в толстом кишечнике. Они стимулируют, являясь активатором метаболизма, рост и развитие в толстом кишечнике бифидо- и лактобактерий, подавляют рост гнилостной и газообразующей микрофлоры. Рекомендовано использование жидких пробиотиков

«Нормофлорин-Л и -Б» в комплексном лечении амбулаторных кожно-венерологических пациентов. Субъективным фактором является быстрое купирование жалоб на фоне применения препаратов у пациентов с пиодермией, угревой болезнью, кандидозными баланопоститами. Объективным фактором является положительная клиническая картина и улучшение на 1-2 порядка степени дисбактериоза в контрольных анализах кала на дисбактериоз.

МИКРОБИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ БИОПЛЁНКИ ПОЛОСТИ РТА

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет
Краснодар, Россия*

Проведен анализ исследования свойств биоплёнки (БП) полости рта и методов антибактериальной терапии стоматологических заболеваний. Доказано, что различные штаммы бактерий (БК), объединённые в состав биоплёнки, способны к организации ассоциаций для совместного выживания, проявляя при этом комплексные и неожиданные свойства, которые обеспечивают качественные и количественные преимущества. Установлено формирование защиты от других, конкурирующих БК и вредных факторов. Показано, что БП облегчает метаболизм БК за счёт оптимального распределения питательных субстратов, удаления или нейтрализации вредных веществ, создания физико-химической среды для защищённого роста. Она предоставляет БК охрану от внешних воздействий, возможность специализироваться и приносить пользу, эффективное распределение продуктов питания и жизнеобеспечения в рамках инфраструктуры. БП имеет собственную систему микроциркуляции, обеспечивающую движение жидкости для распределения питательных веществ, газов и метаболический обмен между различными штаммами БК. В процессе общения БК способны формировать групповую стратегию преодоления сложных ситуаций (терапия антибиотиками). Установлено, что вирулентные и агрессивные штаммы БК нейтрализуют иммунную защиту макроорганизма и синтезируют сигнальные молекулы, которые активируют фрагменты генетического кода БК. Некоторые гены активируются, когда БК становятся частью структурированной и стабильной БП, и способствуют стабилизации одноклеточных микроорганизмов. Благодаря этому БП обладает свойствами многоклеточного организма, способного оказывать эффективное сопротивление антимикробным препаратом, в сотни раз превышающее возможности отдельных колоний БК. Установлено, что первыми с антибиотиком контактируют БК поверхностного слоя БП. Они вырывают сигнальные молекулы, поступающие по системе микроциркуляции к БК в нижних сло-

ях БП, и инициируют их защитные реакции. Выявлены основные механизмы защиты БП: синтез защитных молекул, препятствующих адгезии антибиотиков на мембранах БК; выработка гидрофобных веществ, предотвращающих проникновение антибиотиков через мембрану БК; активация перекисного окисления и ферментов, которые инактивируют молекулы антибиотиков. БК могут обмениваться своим генетическим материалом через плазмиды и транспозоны, что изменяет их свойства. При минерализации БП возникает зубной камень, что улучшает её соединение с поверхностью зуба. БК, образующие БП, вызывают до 70% инфекционных заболеваний в человеческом организме (воспаление среднего уха, простатит, жёлчные инфекции, эндокардит, фиброз лёгких). Инфекция из БП протекает хронически, и полная элиминация её является затруднительной. БП играет важную роль в развитии кариеса и болезней пародонта, при которых нарушается равновесие между патогенными компонентами БП и защитными силами организма.

Таким образом, бактериальный налёт в полости рта является биоплёнкой – независимой и саморегулирующейся биологической системой, а не аморфным объединением различных БК, которые являются необходимыми этиологическими факторами развития заболевания, но не достаточными. Решающую роль играют генетическая предрасположенность, социальные факторы и микроокружение. Механизм дистанционного общения регулирует многие функции БП. Наличие различных штаммов БК варьирует в зависимости от условий среды. БП практически полностью инактивирует антибиотики. Механическое удаление налёта стимулирует иммунную защиту. В перспективе – использование механизмов ингибирования вирулентности патогенных БК за счёт нарушения общения и запуска ложных сигнальных молекул, что позволит дезорганизовать структуру или предотвратить образование БП.

ЭНДОКРИННЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПСИХОТИПА

Потапенко В.В.

*Ставропольский государственный университет
Ставрополь, Россия*

На современном этапе развития общества человек адаптируется к постоянно меняющимся социально-экономическим, сезонно-климатическим, экологическим условиям, которые в силу индивидуальной специфики восприятия могут оказать влияние на функциональный, биохимический, психологический статус. В связи с этим адаптационные возможности личности непосредственно зависят от конституционально-биологических и индивидуально-типологических

особенностей (Кречмер Э., 1956, Леонгард К., 1981, Реан А.А., 1991).

В связи с вышеизложенным, было обследовано 700 подростков, в том числе 326 мальчиков и 376 девочек, в возрасте 11-17 лет, подростки, проживающие в экологически «чистом» районе (контрольная группа) и подростки, проживающие в химически загрязненном районе (опытная группа). С помощью тестовой методики патохарактерологический диагностический опросник (ПДО) для подростков (Личко А.Е., 1983) выявляли психотипы и акцентуации характера. Уровень гормонов определяли иммуноферментным методом. Функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-адренортикаральной системы (определение концентрации кортизола в слюне); функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы (определение уровня эстрадиола и тестостерона в слюне).

Результаты исследования подвергались статистической обработке.

Данные позволили отметить преобладание у большинства подростков циклоидного психотипа (30,85%), эпилептоидный психотип (26%), истероидный (21,85%) и шизоидный (21,3%) психотипы встречаются реже.

Анализ уровня кортизола (К) у акцентуантов показал, что максимальное содержание К в слюне отмечали у истеротимиков ($48,4 \pm 0,1$ нМ/л у мальчиков и $27,83 \pm 2,68$ нМ/л у девочек). Содержание тестостерона в слюне среди девочек – акцентуантов обнаруживало максимальные величины у представителей истероидного ($6,27 \pm 0,05$ нМ/л) и циклоидного психотипа ($6,19 \pm 0,64$ нМ/л). Минимальные значения уровня тестостерона выявлены у девочек эпилептоидного психотипа ($4,0 \pm 0,05$ нМ/л). Согласно полученным данным девочки с истероидным типом акцентуаций имели максимальный уровень эстрадиола ($161,5 \pm 6,9$ пМ/л).

Таким образом, в ходе настоящих исследований были выявлены конституционально-биологические и индивидуально-типологические особенности реакции на неблагоприятные факторы среды. В связи с этим представляются необходимыми разработка и внедрение адекватных личностно-ориентированных методов психопрофилактики и коррекции.

К ВОПРОСУ О СПОСОБАХ КОРРЕКЦИИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО ПЕРИАРТРИТА

Решетников В.М., Решетников Д.В.

Сочи, Россия

Одной из актуальных проблем современного лечения заболеваний позвоночника является применение различных способов коррекции состояния пациента путем массажа. Клинические проявления заболевания позвоночника, в частно-