

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, желчные инфекции, эндокардит, фиброз легких). Инфекция из БП протекает хронически, и полная элиминация её является затруднительной. БП играет важную роль в развитии карIESа 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-адренокортиkalной системы (определение концентрации кортизола в слюне); функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы (определение уровня эстрadiола 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 ($6,27 \pm 0,6$ 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 эстрadiола ($161,5 \pm 6,9$ нМ/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-

сти плечелопаточного периартрита, подтвержденные рентгенологическим обследованием пациентов и констатация клинического диагноза данного заболевания, являются основанием для применения лечения, излагаемого ниже. Проведенное данным способом лечение дает быстрый терапевтический эффект, наступающий после 3-4 сеансов массажа. Достоинством данного метода массажа является его простота воздействия без применения каких-либо мазей, гелей, присыпок. Причем, как расслабление, так и глубокая проработка мышечных структур пациента, обеспечивается лишь полным контактом руки массажиста с телом пациента. Применение данного массажа возможно пациентами с плечелопаточным периартритом, принимавшими медикаментозное лечение, но не достигшими должного эффекта, а также имеющими медикаментозную **непереносимость препаратов**. Рекомендуемый способ коррекции состояния пациента заключается в следующем. Пациент укладывается на специальный массажный стол, в котором имеется отверстие для лица, положением - на живот лицом вниз. Руки располагаются вдоль туловища. Этим обеспечивается комфортное расслабленное положение туловища и головы. Голеностопные суставы приподняты на 30-40 см за счет подложенного валика. Этим создается наибольшая подвижность туловища массируемого пациента. Массажист одной рукой начинает воздействие на туловище пациента со стороны, противолежащей стороне нахождения массажиста, производя легкие толчковые движения в сторону от массажиста с нарастающей амплитудой и, одновременно, перемещая руку вдоль спины от одной массируемой зоны к другой. При этом другая рука массажиста находится в зоне поясницы пациента, и задает ритм колебательных движений (30-40 толчков в минуту) в течении 15-20 минут. Массажист наблюдает ответную реакцию пациента на качание и расслабление мышц в виде уменьшения амплитуды движения таза по отношению к движению верхней части туловища. Одновременно с процессом постоянного раскачивания туловища пациента происходит массажная проработка мышц межлопаточной области. Для лучшего эффекта массажа этой области необходимо особое положение рук пациента и увеличение межлопаточного пространства. Это достигается путем заведения назад дальней от массажиста руки пациента, затем путем обхвата ладонью массажиста локтевого сустава пациента и плавным надавливанием вперед - вниз на область локтевого сустава в направлении массажного стола до положения видимого поднятия лопатки и увеличения тем самым межлопаточного пространства. Внутренней поверхностью ладони другой руки плавными переходами ее от тенара к гипотенару массажист массирует межлопаточную область, одновременно делая толчковые движения. Проделав соответствующие манипуляции на одной

стороне туловища пациента, массажист переходит на другую, полностью повторяя вышеизложенные массажные воздействия. Наибольший эффект данного метода достигается проведением 3-х минутного массажа межлопаточной области с каждой стороны туловища. Время полного массажного воздействия в один сеанс – порядка 30-50 минут.

ГИСТОФИЗИОЛОГИЯ Т-КЛЕТОЧНЫХ КОМПАРТМЕНТОВ БЕЛОЙ ПУЛЬПЫ СЕЛЕЗЕНКИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Рябикова А.И., Капитонова М.Ю.,
Краюшкин А.И., Шараевская М.В.,
Нестерова А.А., Мураева Н.А.

*Волгоградский государственный медицинский
университет
Волгоград, Россия*

Старение организма неизбежно сопровождается ослаблением защитной функции его иммунной системы, что сопровождается увеличением заболеваемости злокачественными новообразованиями и повышением чувствительности к инфекциям в пожилом и старческом возрасте. Причиной этого являются необратимые изменения в органах иммуногенеза, проявляющиеся прежде всего в редукции их лимфоидной ткани. Вместе с тем, современные исследования доказали, что несмотря на относительно раннюю возрастную инволюцию центрального органа иммунной защиты – тимуса – даже значительная степень его гипотрофии позволяет ему оставаться функционально активным и способным долгое время обеспечивать потребность «периферии» в Т-лимфоцитах. Возрастная динамика популяций Т-лимфоцитов в периферических органах, прежде всего в селезенке, изучена значительно меньше; особенно справедливо это в отношении изменений иммуноархитектоники органа в различные возрастные периоды постнатального онтогенеза, комплексная оценка которой с применением иммуногистохимических методов исследования до последнего времени не предпринималась (М.Р.Сапин и Д.Б.Никитюк, 2000; van Rooijen N., 1990; H.Takeuchi et al., 2001; O.Trubiani et al., 2002; M.Svensson et al., 2004; L.Alos et al., 2005; J.Diao et al., 2006; K.B.Koh et al., 2006).

Целью настоящего исследования является иммуногистохимическое изучение возрастной динамики Т-лимфоцитов и их субпопуляции - Т-супрессоров/цитотоксических лимфоцитов в белой пульпе селезенки экспериментальных животных.

Для достижения данной цели проведена количественная иммуногистохимическая оценка распределения CD3+ и CD8+ лимфоцитов в белой пульпе селезенки белых крыс породы Sprague-Dawley в возрасте 3 недели, 3 и 12 месяцев. В каждой возрастной группе было по 8 животных,