

между правой и левой сторонами челюсти не было выявлено, поэтому детальный анализ не приводим.

При введении красителя в ретромолярном треугольнике его распространение наблюдалось от нижней трети ветви нижней челюсти до ментального отверстия. При этом минимальная площадь окрашенного пятна была отмечена у зубочелюстных сегментов медиальных резцов.

При введении красителя в точках между 32 и 33, наоборот, максимальная площадь окрашенного пятна наблюдалась у зубочелюстных сегментов резцов и клыков, наименьшая у моляров.

Таким образом, результаты исследования показали, что при локализации патологического очага в области угла и ветви нижней челюсти оптимальным местом для внутрикостного введения лекарственных препаратов является ретромолярная ямка. При развитии патологического процесса во фронтальной зоне достаточно использования точек между 32–33 зубами.

#### Список литературы

1. Атясов Н.И. Внутрикостное введение лекарственных жидкостей в медицине катастроф // Травматология, ортопедия, протезирование. – 1992. – № 3. – С. 60-64.
2. Ефимов Ю.В., Дюдькин А.К., Мухаев Х.Х., Воробьев А.А. и др. Устройство для внутрикостного введения лекарственных препаратов в нижнюю челюсть: Патент на полезную модель № 54514.
3. Ефимов Ю.В., Мухаев Х.Х., Мишура С.Р., Максютин И.А. Теоретические аспекты внутрикостного введения лекарственных препаратов в нижнюю челюсть // Стоматология. – 2007. – № 6. – С. 18-19.
4. Ефимова Е.Ю. Об основании метода оценки пространственного расположения зубочелюстных сегментов по гнатостатическим моделям челюстей в клинике ортодонтии: дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2008. – 117 с.

### КОЛОНИЗАЦИОННАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ЖИТЕЛЕЙ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА, ПУТИ ЕЕ КОРРЕКЦИИ

Климова Т.Н., Крамарь В.О.

*Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, e-mail: klimova1977@mail.ru*

Колонизационная резистентность макроорганизма формируется резидентной микрофлорой, препятствующей контаминации слизистых оболочек пищеварительного тракта условно-патогенной и патогенной флорой. Факторы, способствующие персистенции, рассматриваются в качестве маркера, обуславливающего длительное переживание патогена в организме хозяина.

**Целью настоящего исследования** явилась оценка колонизационной резистентности пищеварительного тракта жителей крупного промышленного города Волгограда.

В качестве материала для исследования отобраны условно-патогенные энтеробактерии, выделенные из кишечника больных дисбиозом и практически здоровых людей.

В результате проведенных исследований установлено, что дисбактериоз кишечника у жителей крупного промышленного города Волгограда в различных возрастных группах протекает с изменением видового состава микрофлоры кишечника преимущественно по трем (27-30%), четырем и более показателям (25-33%). Установлено, что такие изменения в большинстве случаев связаны со снижением количества лактобактерий (до 94,7%) и сопровождается преимущественно повышением содержания кокковых форм микроорганизмов и снижением общего количества кишечной палочки.

Кроме того, в рамках настоящей работы выявлено широкое распространение факторов, способствующих персистенции эшерихий, высеянных из организма больных дисбиозом. Установлено, что все изученные штаммы (100%) обладали одним или двумя персистентными признаками. У подавляющего большинства микроорганизмов определялась АЛА –  $91,74 \pm 0,11\%$  (100) и АИА –  $77,06 \pm 0,69\%$  (84). Средняя величина антилизоцимного признака у эшерихий, колонизирующих кишечник больных дисбактериозом, составила  $3,34 \pm 0,11$  мкг/мл, что достоверно выше, чем таковая эшерихий в микрофлоре практически здоровых людей –  $1,58 \pm 0,09$  мкг/мл ( $p < 0,05$ ).

Увеличение АЛА у эшерихий, выделенных из кишечника при дисбактериозе, объясняется тем, что при таком биоценозе наблюдается воспалительное состояние слизистой оболочки кишечника, что сопровождается повышением концентрации эндогенного лизоцима, усиленно секретируемого экзокриноцитами толстой кишки в ответ на колонизацию пищеварительного тракта условно-патогенными микроорганизмами. Кроме того, осваивая экологическую нишу, условно-патогенные микроорганизмы вырабатывают сами лизоцим, необходимый для формирования биоценоза, что приводит к компенсаторному увеличению антилизоцимной активности у представителей индигенной флоры.

Наиболее оптимальным подходом при выборе и использовании в медицинской практике средств на основе пробиотических микроорганизмов является моделирование симбиотических ассоциаций с участием лактобактерий, адекватных микробиоценозу индивидуума с учетом его возрастного статуса. Для выбора перспективных пробиотиков необходимо проводить системный анализ селекции штаммов, способствующий максимальному приближению к естественному микробиоценозу. Учитывая полирезистентность штаммов микроорганизмов к антибактериальным препаратам и пробиотикам при дисбактериозе кишечника важны варианты как регионального, так и индивидуального подбора лактобактерий, что будет способствовать повышению эффективности пробиотических препаратов.