Популяция одного возбудителя характеризует экосистему или совокупность экосистем как природный очаг одной болезни [Литвин, Коренберг, 1999]. В любой экосистеме присутствует множество возбудителей, исходя из чего можно заключить, что наличие этого множества характеризует экосистему или совокупность экосистем как множество природных очагов, сформированных этими возбудителями. Это не требует дополнительных обоснований и доказательств. Отсюда следует, что экосистема (экосистемы) объединяет очаги, предопределяя их сочетанность на различных уровнях. На территориях, совместно занимаемых очагами, необъединёнными популяциями общих хозяев, формируются территориальносочетанные очаги, в популяциях хозяев и переносчиков - популяционно-сочетанные, в полностью совпадающих паразитарных системах очагов - системносочетанные. Анализируя данные по заражённости песца вирусом тундрового бешенства (ТБ) [Формозов 1935; Туревич, Тебякина, 1947 и др.], альвеококкозом (А) [Лужков, 1963; Лукашенко, Бржесский, 1963], трихинеллёзом (Тр) [Смирнов, 1963 и др.], лептоспирозом (Л) [Шеханов, 1970], сибирского лемминга - А [Лукашенко, 1962, 1964] и Л [Валова, 1970; Карасева и соавт., 1976], можно заключить, что в южных частях тундры в популяциях песца и сибирского лемминга формируются системно-сочетанные очаги А и Л. Севернее аналогичными являются природные очаги ТБ и Тр. Очаги А и ТБ, А и Тр являются популяционносочетанными. Анализ сведений по инфицированности популяций млекопитающих на Ямале [Кучерук с соавт., 1976; Онищенко с соавт., 1998] показывает, что сочетанными являются также очаги ТБ и туляремии (Т), А и Т, Тр и Т, Л и Т. Выявленные Л.П. Колчановой и Г.Д. Гурбо [1993] в средней, южной тайге, подтайге и северной лесостепи сочетанные очаги клещевого энцефалита (КЭ) и иксодовых клещевых боррелиозов (ИКБ) являются системно-сочетанными. В пойменно-речной геосистеме р. Конды нами установлено наличие системно-сочетанных очагов описторхоз (O) - меторхоз (M) (Metorchis bilis) и М (M. bilis) -М (M. xanthosomus), популяционно-сочетанных очагов О - Т и М (M. bilis) - Т на уровне популяции водяной полёвки в период депрессии её численности, популяционно-сочетанных очагов O (M. xanthosomus) в популяциях моллюсков р. Codiella и рыб сем. Cyprinidae и территориально-сочетанного очага M (M. xanthosomus) - Т. Данные Е.П. Малюшиной [1967] по Ярковскому району указывают на наличие системно-сочетанных очагов КЭ и лихорадки Ку (ЛКу), КЭ и клещевого риккетсиоза Северной Азии (КРСА), ЛКу и КРСА. Сведения В.В. Попова с соавт. [1965, 1966], позволяют заключить, что в Ялуторовском районе существуют системно-сочетанные природные очаги Т и омской геморрагической лихорадки (ОГЛ) и популяционно-сочетанные очаги Т и Л, ОГЛ и Л. Данные Г.Д. Гурбо с соавт. [1979] и В.Г. Филатова с соавт. [1984] позволяют констатировать, что на водоёмах северной лесостепи юга области функционируют системно-сочетанные природные очаги ОГЛ и Т, ОГЛ и ЛКу, ОГЛ и КРСА, Т и ЛКу, Т и КРСА, ЛКу и КРСА.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕНОТИПА КИШЕЧНИКА ПРИ ПСОРИАЗЕ И ЭКЗЕМЕ

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

В настоящее время наблюдается увеличение распространения таких хронических заболеваний кожи как псориаз и экзема. Удельный вес данных дерматозов в структуре кожных заболеваний составляет 15% и 30% соответственно, что определяет их высокую социальную значимость. Ряд исследователей считают, что возникновение кожных заболеваний в определенной мере связано не только с нарушением качественного и количественного состава, но и с изменением взаимоотношений между микроорганизмами в структуре сообщества, что существенно изменяет микроэкологический баланс кишечника. Для структуры бактериального сообщества характерна пространственная организация. Одним из важных признаков, определяющих иерархию сообщества, является показатель доминирования (Сытник, 1989).

Целью нашего исследования явилось изучение пространственной организации микроорганизмов кишечника у лиц, страдающих псориазом и экземой.

Первую группу обследованных составили 37 больных с диагнозом псориаз, вторую – 40 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: С=(p/P)*100%, где р - количество выборок, содержащих данный вид микроорганизма, Р – 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 Bifidobacterium и Escherichia — 100%, для Lactobacillus — 96%. В группе сравнения данный показатель составил для родов Bifidobacterium, Lactobacillus и Escherichia — 100%. Однако в первой группе к доминирующим видам добавляются условно-патогенные бактерии рода Enterococcus (95%), а во второй - бактерии родов Enterococcus (96%) и Clostridium (57%).

Изменения иерархии отмечаются также и в структуре условно-патогенных микроорганизмов. Так, у больных псориазом, показатель постоянства рода *Staphylococcus* составляет 13%, у больных экземой – 7%, в то время как в контроле – 20%. Это свидетельствует о том, что стафилококки относятся к случайным видам и не принимают активного участия в формировании микробиоценоза кишечника, как в группе сравнения, так и в группах обследованных больных. Бактерии рода *Clostridium* являются случайными микроорганизмами кишечника больных псориа-

зом. Показатель их доминирования увеличивается до 22,5% по сравнению с контролем (6,3%), но не превышает 25%. Также в группах обследованных больных были обнаружены дрожжеподобные грибы рода *Candida* (менее 25%).

Таким образом, в микрофлоре больных псориазом и экземой ценотип кишечника формируют как постоянные представители - эшерихии, бифидо- и лактобактерии, так и представители условнопатогенной флоры — энтерококки и клостридии, что свидетельствует о неравномерности участия в структуре микропейзажа кишечника основных симбионтов и представителей транзиторной флоры.

УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ТРИХОМОНИАЗ – НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ПАТОГЕНЕЗА И ТЕРАПИИ

Фидаров А.А., Кулагин В.И., Фидаров А.В., Наровлянский А.Н., Тускаева Д.Ю., Мезенцева М.В., Тускаев Л.Е. Северо-Осетинской государственной медицинской академии, Владикавказ Российский государственного медицинского университета, Москва НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи РАМН, Москва

По данным ВОЗ среди инфекций, передаваемых половым путем, урогенитальный трихомониаз стоит на первом месте и входит в первую восьмерку лидирующих заболеваний. Ежегодное количество случаев этого заболевания оценивается примерно в 170 млн.

Часто трихомониаз протекает субъективно, бессимптомно: 20–40% женщин и 60–80% мужчин, у которых обнаруживаются Т. vaginalis, не предъявляют никаких жалоб. При беременности, в послеродовом периоде, на фоне приема алкоголя, снижения иммунологической реактивности может произойти манифестация инфекции.

Сложность и неоднозначность патогенеза трихомонадной инфекции обусловлены, наряду с состоянием клеточного и гуморального иммунитета, интеграционными и конкурентными взаимоотношениями патогенных микроорганизмов, формирующих индивидуальный микробиоциноз мочеполовых путей у больных урогенитальным трихомониазом. Необходимо отметить, что способность влагалищных трихомонад осуществлять незавершенный фагоцитоз различных инфекционных агентов и способность служить резервуаром для многих патогенных бактерий и вирусов объясняет как многоочаговость поражения при данном заболевании, так и проблемы, связанные с его идентификацией и лечением.

Интересно, что в течение последних лет среди пациентов с урогенитальным трихомониазом увеличилась и частота выявления амастиготных форм влагалищных трихомонад — метаболически малоактивных особей паразита, лишенных органоидов движения, что значительно затрудняет диагностику инфекции и при отсутствии соответствующей терапии, спо-

собствует формированию трихомонадоносительства у таких больных.

В настоящее время препараты нитро-5имидазолов являются единственной группой лекарственных средств, эффективных в отношении Т. vaginalis. Несмотря на это, все чаще стали регистрироваться неудачи в лечении урогенитального трихомониаза. Частота рецидивов инфекции при использовании в терапии заболевания препаратов группы нитроимидазола, по сообщениям разных авторов, составляет от 20 до 40%.

По мнению ряда исследователей, применяемые сегодня методы этиотропной терапии урогенитального трихомониаза недостаточно эффективны. Отчасти данный факт объясняется увеличением в человеческой популяции штаммов влагалищных трихомонад, резистентных к действию метронидазола и его производных.

Таким образом, проблемы терапии урогенитального трихомониаза требуют, с одной стороны, модернизации уже существующих схем и методов лечения заболевания, а с другой — диктуют необходимость поиска альтернатив существующим способам санации инфекции.

ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ГОНОРЕЕЙ

Фидаров А.А., Кулагин В.И., Фидаров А.В., Наровлянский А.Н., Тускаева Д.Ю., Мезенцева М.В., Тускаев Л.Е. Северо-Осетинской государственной медицинской академии, Владикавказ Российский государственного медицинского университета, Москва НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи РАМН, Москва

Несмотря на некоторое снижение заболеваемости урогенитальной гонореей, отмечаемое в последнее время, проблема патогенеза и терапии данной инфекции не утратила своей актуальности и практической значимости.

Известно, что одну из ведущих ролей в характере течения инфекционного процесса играют иммунные механизмы, среди которых особое место занимают цитокины. Они регулируют иммуногенез в норме и при патологии и действуют на все звенья в ходе реализации иммунного ответа.

В связи с этим изучение роли нарушений активности некоторых цитокинов в патогенезе урогенитальной гонореи является актуальной задачей современной венерологии.

Под нашим наблюдением находилось 120 больных урогенитальной гонореей (А 54.0, А 54.1 — основная группа) обоего пола в возрасте от 18 до 65 лет. Группу сравнения составили 70 добровольцев того же возраста, предварительно обследованных на наличие половых инфекций.

В процессе исследования была изучена экспрессия генов трех провоспалительных цитокинов (IL-1 β , IL-6 и IL-8) у больных основной группы.