

ции эсмероном в дозе 0,5 – 0,6 мг/кг интубировалась трахея и проводилась ингаляционная анестезия севофлюраном аппаратом «Drager Primus» в режиме Low Flow. Все пациенты после операции поступали в отделение реанимации и находились под динамическим мониторингом аппаратами «Philips IntelliVue MP30». Пациентам I-ой группы в послеоперационном периоде продолжалось введение шприцевым дозатором смеси местного анестетика и фентанила. Пациентам II-ой группы через 12 – 24 часа после первой дозы, вводилась новая доза – от 2 до 4 мг морфина, разведённого в 5 – 10 мл 0,9% раствора NaCl. Оценку состояния больных и качества послеоперационного обезболивания осуществляли с помощью комплекса клинических критериев и мониторинга АД, ЧСС, ЧДД, SpO₂, уровня сознания. Об интенсивности послеоперационной боли в динамике судили по шкале вербальных оценок: 0 баллов – боли нет; 1 балл – слабая боль при движении, в покое отсутствует; 2 балла – умеренная боль при движении, слабая в покое; 3 балла – сильная боль при движении, умеренная в покое; 4 балла – нестерпимая боль.

Результаты: у всех пациентов из обеих групп послеоперационный период прошёл довольно гладко. Пациенты экстубировались частично на операционном столе, частично в отделении реанимации по индивидуальным показаниям в зависимости от исходного статуса, возраста, длительности операции, кровопотери и т.д. Значимой разницы при лечении острой послеоперационной посттравматической боли у пациентов двух групп выявлено не было.

Выводы: сравниваемые методы анальгезии показывают свою жизнеспособность и имеют право на существование.

АНТАГОНИСТИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ПРОБИОТИЧЕСКИХ ШТАММОВ

Червинец Ю.В., Червинец В.М., Самоукина А.М., Михайлова Е.С.

*ГОУ ВПО Тверская государственная
медицинская академия Росздрава
Тверь, Россия*

Введение

Одной из важнейших проблем современного здравоохранения является нарушение микробиоценоза желудочно-кишечного тракта (дисбактериоз), которое встречается у 70-90% населения большинства стран мира, в том числе и в России. Поэтому для профилактики и коррекции дисбактериозов крайне перспективным и экономически выгодным является создание доступных пробиотических препаратов.

Цель: оценить антагонистическую активность и биосовместимость перспективных для селекции потенциальных в качестве пробиотиков штаммов бифидобактерий и лактобактерий.

Материалы и методы

Исследовали антагонистическую активность пробиотических штаммов бифидобактерий (*Bifidobacterium bifidum* 791, *B. bifidum* 1, *B. longum* B379M, *B. longum* 2C) и лактобацилл (*Lactobacillus acidophilus* (helveticus ТШ) NK1) методом отсроченного антагонизма (Баженов Л.Г., 1997) по отношению к тест-культурам микроорганизмов: *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Bacillus subtilis* 534, *E. coli* ATCC 25922, *Shigella sonnei* I фазы 941, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853, *Klebsiella pneumoniae* K₁ 5054, *Candida albicans* ATCC 885-653. Биосовместимость бифидобактерий и лактобацилл между собой, представителями нормофлоры человека (14 музейных штаммов лактобацилл и энтерококков, выделенных из полости рта и фекалий здоровых людей) и другими пробиотическими штаммами (*Lactobacillus acidophilus*, выделенный из препарата «Линекс» (Словения), производственный штамм *L. plantarum* 8RA-3) изучали методами перпендикулярных штрихов и совместного культивирования на поверхности твердой питательной среды (по Н.А. Глушановой, 1999).

Результаты исследования

При определении антагонистической активности бифидобактерий и лактобацилл, была выявлена их высокая активность как по отношению грампозитивных, так и грамотрицательных микроорганизмов, особенно *B. subtilis*, *Shigella sonnei* и *Pseudomonas aeruginosa*. Однако в отношении дрожжеподобных грибов рода *Candida* испытываемые штаммы были не активны. Установлено, что исследуемые бифидобактерии и лактобациллы не оказывают антагонистического воздействия между собой. В результате определения антагонистической активности исследуемых бифидобактерий и лактобацилл по отношению к представителям нормофлоры человека и другим пробиотическим штаммам установлено отсутствие их взаимного антагонизма.

Выводы

Таким образом, изученные штаммы лактобацилл и бифидобактерий могут быть использованы в качестве пробиотических штаммов при создании безопасного и эффективного пробиотика.

МИКРОФЛОРА ПОЛОСТИ РТА ДЕТЕЙ 7-11 ЛЕТ

Червинец В.М., Гаврилова О.А., Червинец Ю.В., Самоукина А.М., Михайлова Е.С., Лебедев Д.В.

*ГОУ ВПО Тверская государственная
медицинская академия Росздрава
Тверь, Россия*

Изучение микрофлоры полости рта и разработка новых подходов к ее поддержанию и коррекции с целью профилактики и лечения вос-

палительных заболеваний является перспективным направлением современной науки.

Целью настоящей работы стало выделение и идентификация микроорганизмов из различных биотопов полости рта, выявление ассоциативных связей и их характера между представителями нормальной, патогенной и условно-патогенной микрофлоры у детей.

Материал и методы

Исследованы микробиоценозы полости рта 53 детей в возрасте 7-11 лет. Для изучения спектра и количества микроорганизмов производили забор материала из различных биотопов полости рта. Всего выделено 236 чистых культур с использованием современных микробиологических методик.

Результаты

В микрофлоре **слюны** выявлялись бактерии 15 родов и 1 семейства. В 90-95% случаев обнаруживались факультативно-анаэробные стафилококки, стрептококки и анаэробные пептострептококки, в 58-68% – микрококки и лактобациллы, в 48-28% – энтеробактерии, пептококки, грибы рода *Candida*, патогенные стафилококки, бациллы, вейлонеллы. В меньшем количестве (5-19%) выделялись стоматококки, клостридии, патогенные стрептококки, пептострептококки, нейссерии, коринебактерии, порфиромонады и бифидобактерии. Микроорганизмы выявлялись в количестве 4,5-6,8 Ig КОЕ/мл. Микроорганизмы выделялись в ассоциации от 2 до 10. Превалировали представители условно-патогенной микрофлоры (стафилококки, стрептококки, пептострептококки, вейлонеллы и др.), обладающие факторами патогенности (гемолизин, лецитиназа, плазмокоагулаза, РНКаза и др.). **Слизистая оболочка языка.** По частоте встречаемости здесь также превалировали стафилококки, стрептококки, пептострептококки и пептококки (72-100% случаев), в 32-48% – микрококки, лактобациллы, вейлонеллы, патогенные стафилококки, бактерий семейства *Enterobacteriaceae* и бациллы, в менее 10% – стоматококки, бактероиды, бифидобактерии, грибы рода *Candida*, порфиромонады, метанобактерии. Количество микроорганизмов было 2,5-4,8 Ig КОЕ/см². Ассоциации – от 4 до 9. Микрофлора **зубного налета** была представлена в 53-81% случаев стрептококками, стафилококками, пептострептококками, пептококками, в 24-43% выделялись лактобациллы, микрококки, бактероиды, бифидобактерии, метанобактерии, бациллы и бактерии семейства *Enterobacteriaceae*, в 20-10% – патогенные стафилококки, вейлонеллы, порфиромонады, грибы рода *Candida*, нейссерии, актиномицеты, в 5% выявлялись лептотрихии и *Helicobacter pylori*. Количество микроорганизмов колебалось от 1,8 до 6,2 Ig КОЕ/г. Микроорганизмы обнаруживались только в ассоциации от 3 до 9.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Яценко М.К., Полунина О.С., Воронина Л.П.,
Масляева Г.Ю., Панцулая Г.Е.

*ГОУ ВПО «Астраханская государственная
медицинская академия» Росздрава
Астрахань, Россия*

В пульмонологической практике чаще всего из немедикаментозных методов лечения стационарного больного применяют различные физиотерапевтические процедуры (гальванизация, импульсные токи, индуктотермия, ультрозвуковая терапия, светолечение). В последние годы низкоинтенсивные лазеры завоевывают прочные позиции в терапии различных заболеваний, особенно у лиц молодого и среднего возраста (Буйлин В.А., 2005). Однако у пожилых больных с бронхолегочной патологией применение лазеролечения изучено недостаточно.

Цель исследования: изучить эффективность лазеротерапии в комплексном лечении пожилых больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы исследования

Было обследовано 48 больных с ХОБЛ, из них 32 мужчин (66,7%) и 16 женщин (33,3%). Средний возраст больных составил 69,5 ± 4,7 года. Диагноз ХОБЛ пожилым больным выставлялся согласно Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – пересмотр 2006 года.

Больные были разделены на две группы сопоставимые по полу, возрасту, степени тяжести, срокам госпитализации от начала обострения. Первую (I) группу составили 24 больных, получавшие только медикаментозную терапию: антихолинергический препарат длительного действия (тиотропия бромид – спирава 1 раз в сутки в форме капсул с порошком для ингаляций с ингалятором Ханди Халер); комбинация ингаляционного глюкокортикостероида и β_2 - агониста длительного действия (симбикорт); антибактериальный препарат (амоксциллин); муколитик (амброксол - лазолван); кислородотерапия (при PaO₂ < 60 мм. рт. ст.). Во вторую (II) группу были включены 24 пациента, которым в комплексное лечение обострения ХОБЛ назначали низкоинтенсивную лазеротерапию инфракрасного диапазона.

Сеансы лазеротерапии проводились с помощью полупроводникового лазерного аппарата импульсного режима, генерирующего лазерное излучение длиной волны 0,89 мкм, с частотой 80 Гц. Первый сеанс воздействовали на кровь надкожно (1 зона) в области проекции локтевой вены в течение 5 минут (1, 3, 5, 7, 9 дни курса). Во второй сеанс – на поля Кренига (2 зона) и область проекции бифуркации трахеи на грудную клетку спереди (3 зона) и сзади (4 зона) по 2 минуты на