

Таблица 3

Рекомендации по устранению (ослаблению) медико-социальных факторов среди больных хроническим пиелонефритом

№ п/п	Факторы и их градации	Сила влияния и ранги	Мероприятия по устранению (ослаблению) факторов
1	Урологические заболевания – да	I 64,87	Разъяснить о необходимости обязательного устранения урологического заболевания, о снижении эффективности лечения пиелонефрита и высоком риске неблагоприятного исхода заболевания. Направить на консультацию к урологу.
2	Наблюдение в условиях амбулаторно-поликлинической сети – нерегулярное	II 52,74	Объяснить о необходимости регулярного наблюдения у врача в условиях амбулаторно-поликлинической сети по месту жительства. Предупредить о возможном отсутствии клинических проявлений даже в период обострения заболевания. В условиях поликлиники приглашать больных находящихся на диспансерном учете для прохождения необходимого обследования и лечения
3	Социальное положение больного – Рабочие – Пенсионеры и безработные	III 20,68 25,24	Нормализовать трудовой режим, избегать переохлаждений. По состоянию здоровья рекомендовать рациональную физическую нагрузку. Рекомендовать консультацию профпатолога.
4	Курение – да	IV 48,43	Провести беседу о вреде курения и о негативном влиянии курения на функциональное состояние почек.
5	Возраст, в котором впервые было выявлено заболевание – 50 и более лет	V 23,22	Объяснить о более неблагоприятном течении пиелонефрита у лиц в зрелой и пожилой возрастной группе. Необходимо более длительное диспансерное наблюдение у врача уролога или нефролога.
6	Занятия физкультурой, спортом – нет, нерегулярное	VI 19,87	Объяснить пациенту о благоприятном влиянии физкультуры на состояние мочевыводящих путей, улучшении уродинамики на фоне регулярных физических упражнений и снижении риска нефроптоза, в связи с укреплением мышц передней брюшной стенки и связочного аппарата почки. По состоянию здоровья рекомендовать рациональную физическую нагрузку. Направить на консультацию к врачу по лечебной физкультуре.
7	Длительность заболевания – до 10 лет	42,23 VII	Диспансерное наблюдение, лечение с проведением противорецидивных курсов на фоне нормальной/восстановленной уродинамики с целью выздоровления.
8	Частота обострений хронического пиелонефрита – 3 и более раз в год	41,81 VIII	Объяснить о необходимости как можно раннего обращения за медицинской помощью при каждом обострении хронического пиелонефрита. Не заниматься самостоятельным лечением заболевания. Проведение противорецидивных курсов 2 раза в год. Санация очагов хронической бактериальной инфекции. Проведение общеукрепляющих мер (занятия физкультурой, правильный режим труда и отдыха)

Список литературы

1. Лоран, О.Б. Воспалительные заболевания органов мочевой системы: актуальные вопросы // О.Б. Лоран, Л.А. Синякова. – М.: МИА, 2008. – 88 с.
2. Лопаткин, Н.А. Урология: фармакотерапия без ошибок / Н.А. Лопаткин. – М.: enoto, 2012. – 543 с.
3. Пытель, А.Я. Пиелонефрит / А.Я. Пытель, С.Д. Голигорский. – М.: Медицина, 1977. – 287 с.
4. Сигитова, О.Н. Антимикробная терапия больных пиелонефритом в условиях поликлиники / О.Н. Сигитова, Е.В. Архипов, Р.З. Давлетшина // Казанский медицинский журнал. 2009, Т. 90. № 3. С. 390-394.
5. Смирнов А.В., Добронравов В.А., Каюков И.Г. Эпидемиология и социально-экономические аспекты хронической болезни почек // Нефрология. 2006. Т.10, № 1-стр.7-13.
6. Соколова О.А., Логачева Т.М., Дядик Т.Г. Половая инфекция у детей. Лечащий врач. 2005; 7:стр. 22-26.
7. Сравнительная эффективность антибактериальных препаратов фторхинолонового и β-лактаминового рядов в комплексной терапии больных хроническим пиелонефритом / В.Е. Твердой, С.А. Осолков, В.А. Жмуров, Ю.А. Петрова, Н.В. Оборотова // Урология. 2012. № 4. С. 8-12.
8. Тиктинский, О.Л. Пиелонефриты / О.Л. Тиктинский, С.Н. Калинин. – СПб.: Медиа Пресс, 1996. – 240 с.
9. Урология: Национальное руководство / Под ред. Н.А. Лопаткина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 434-451.
10. Devarajan P. Update on mechanisms of ischemic acute kidney injury // J. Am. Soc. Nephrol. 2006. № 17. P. 1503-1520.

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА МАГНИЯ НА РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН

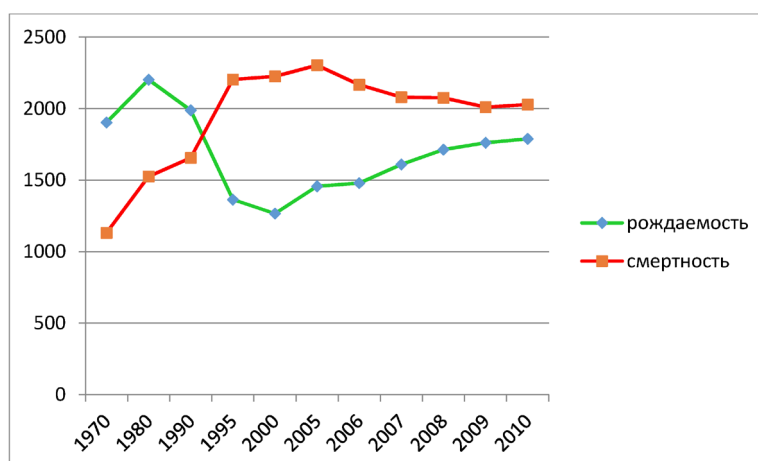
Андреева Ю.В., Толмачёва Н.В.

ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»,
Новочебоксарск,
e-mail: aj_00001@mail.ru

В организме человека среди всех химических элементов особое значение имеет магний. Он контролирует поступление ионов кальция в клетку, проявляя антиспастическое действие, существенно снижая реакцию организма на внешние раздражители и являясь важным антистрессовым фактором.

Актуальность. Демографический кризис является первостепенной проблемой нашего государства.

С 1992 года население России не растёт, а сокращается, причем очень быстрыми темпами. За прошедшее с 1992 г. время оно сократилось почти на 2 млн. человек, или на 1,3%.



Это диктует необходимость поиска новых способов решения задач улучшения репродуктивного здоровья женщин. Сегодня появляются все новые и новые данные о регулирующей роли микроэлементов и, в частности, магния на гормональную, а именно, на репродуктивную функцию организма. Так, например, по данным исследований Maggio M, Ceda GP, Lauretani F. (Magnesium and anabolic hormones in older men//Int J Androl. 2011 Jun 15. 1365-2605), при исследовании гормонального статуса пожилых мужчин выявлена достоверная прямая зависимость уровня магния с уровнем тестостерона в сыворотке крови. Однако сведений о механизмах данной зависимости в научной литературе недостаточно. В то же время, выявлено, что 70% населения имеет дефицит магния.

Причиной недостатка магния может служить множество причин. К ним относятся недостаточное поступление его с пищей, хронические заболевания, нервные перенапряжения. Стрессовые ситуации мгновенно «сжигают» магний. В современных условиях постоянного стресса это приобретает одну из ведущих ролей в этиологии магниидефицитных состояний.

В настоящее время Правительство Российской Федерации обратило внимание на значимость проблемы макро- и микроэлементного дефицита: вступило в силу Распоряжение Правительства РФ от 30.06.2012 N 1134-р «Об утверждении плана мероприятий по реализации Основ государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года». В ноябре 2012 года наш проект «Влияние дефицита магния на репродуктивное здоровье женщин» получил грант «УМНИК» на проведение НИОКР с перспективой организации малого инновационного предприятия по созданию магниидобогащённых продуктов.

Цель работы: изучить влияние дефицита магния на гормональный статус организма женщин и разработать мероприятия по макро- и микроэлементной коррекции.

Задачи:

1) изучить динамику показателей рождаемости и смертности на территории Чувашии с 1970 по 2012 гг.;

2) провести сравнительный анализ содержания магния и других микроэлементов в сыворотке крови и волосах женщин двух контрастных по демографической ситуации территорий Чувашии;

3) провести анализ корреляционных связей между уровнями половых гормонов и микроэлементами в сыворотке крови обследованных женщин

4) оценить уровень обеспеченности магнием населения Чувашии;

5) разработать мероприятия по коррекции дефицита магния в общей структуре микроэлементной обеспеченности организма.

Материалы и методы

1. Изучение распространенности показателей рождаемости и смертности на территории Чувашии при помощи официальных статистических данных.

2. Определение уровней макро- и микроэлементов в сыворотке крови и волосах практически здоровых женщин двух контрастных по рождаемости и смертности зон.

3. Определение уровня половых гормонов в сыворотке крови обследуемых женщин. Анализ корреляционных связей между уровнями половых гормонов и микроэлементов в крови обследованных.

4. Анкетирование населения Чувашской Республики в 6-и возрастных групп: 11-12 лет, 14-15 лет, 17-18 лет, 23-24 года, 45-50 лет, 70-80 лет, и беременных женщин на выявление предпочтительных пищевых привычек респондентов.

5. Оценка содержания магния в составе наиболее популярных витаминно-минеральных комплексов.

6. Разработка коррекционных мероприятий:

- Корректирующей магниевой диеты.

- Создание специальных буклетов «Для коррекции дефицита магния».

- Нового продукта, имеющего высокое содержание магния.

Результаты исследования

1. При изучении распространенности показателей рождаемости и смертности на территории Чувашии выяснено: группировка районов по средним многолетним коэффициентам рождаемости и смертности показала существование неравномерной распространенности демографических показателей на территории Чувашии. Коэффициент смертности в пределах от 21,3 до 27,5% выше средне-республиканских относится к Алатырскому, Шумерлинскому и Красночетайскому району (рис. 1).

Данные рис. 2 свидетельствуют о высокой, в пределах 12,5-10,9%, рождаемости в Канашском, Ибресинском, Вурнарском, Батыревском, Шемуршинском, Янтиковском районах.

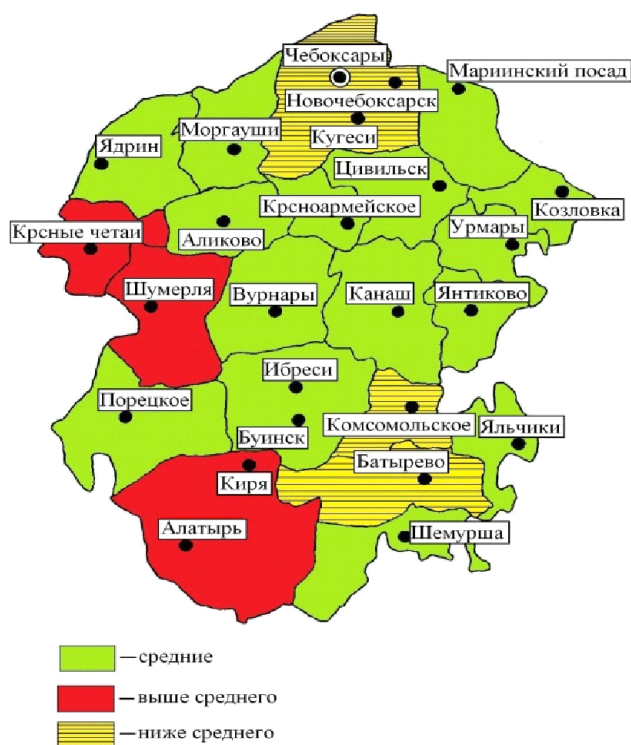


Рис. 1. Группировка районов Чувашской Республики по коэффициентам смертности

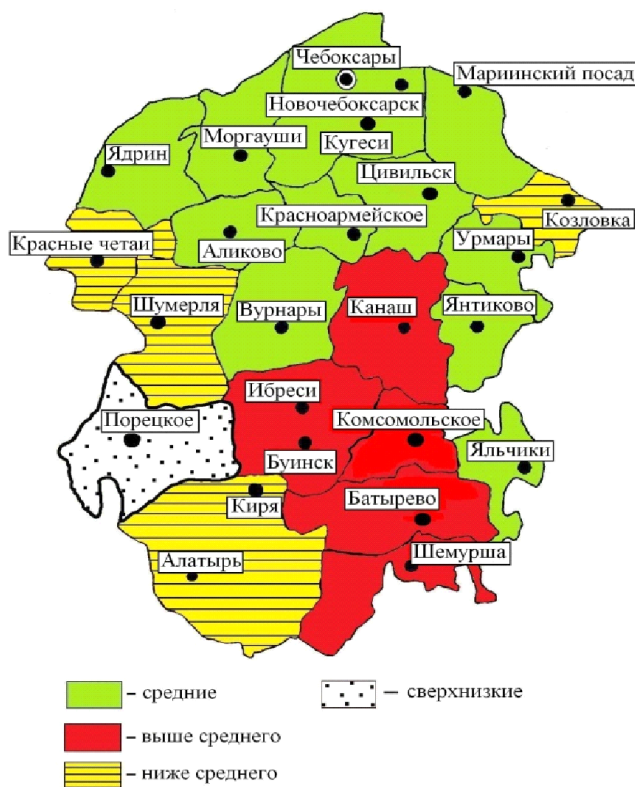


Рис. 2. Группировка районов Чувашской республики по коэффициентам рождаемости

Как показано на рис. 2, низкая рождаемость определяется в Порецком, Алагытском, Шумерлинском, Красночетайском районах.

2. Для изучения влияния эколого-биогеохимических особенностей сравниваемых субрегионов на репродук-

тивную функцию определены уровни макро- и микро-элементов в сыворотке крови и волосах практически здоровых женщин двух контрастных по рождаемости и смертности зон Порецкого района (зона бедствия) и Янтиковского района (зона оптимума) (табл. 1, 2).

Таблица 1

Массовые концентрации макро- и микроэлементов в сыворотке крови практически здоровых женщин из сравниваемых эколого-биогеохимических зон

Микроэлементы	Зона оптимума	Зона бедствия	Достоверность различий, P
Кадмий, мкг/г	0,49±0,04	0,343±0,02	NS
Кобальт, мг/кг	0,02±0,001	0,026±0,0005	NS
Медь, мг/кг	0,686±0,025	0,675±0,02	NS
Молибден, мг/кг	0,009±0,0003	0,007±0,00028	NS
Цинк, мг/кг	1,034±0,051	1,118±0,09	NS
Кремний, мг/кг	1,307±0,035	1,902±0,09	<0,01
Селен, мг/кг	0,11±0,027	0,113±0,0023	NS
Марганец, мг/кг	0,004±0,0002	0,004±0,00042	NS
Кальций, мг/кг	93,855±2,179	106,266±4,23	NS
Магний, мг/кг	13,462±0,227	10,054±0,23	<0,01
Свинец, мг/кг	0,015±0,001	0,007±0,00028	NS
Хром, мг/кг	0,006±0,0005	0,0017±0,0012	<0,05
Мышьяк, мг/кг	0,035±0,0008	0,031±0,001	NS
Литий, мг/кг	0,009±0,0004	0,008±0,0008	NS
Йод, мг/л	4,61±0,229	2,5±0,32	NS
Фтор, мг/л	3,08±0,1207	2,0±0,12	NS

Здесь и далее условные обозначения: NS – «non statistica» отсутствие достоверных различий

Как показано в табл. 1, в сыворотке крови обследованных из зоны ЭБ-бедствия достоверно повышено содержание Si в 1,5 раза (P<0,01) и снижено Mg в 1,3 раза и Сг в 3,5 раза (P<0,05).

Концентрации микроэлементов в волосах обследованных групп практически здоровых женщин также отличаются (табл. 2).

Таблица 2

Массовые концентрации макро- и микроэлементов в волосах практически здоровых женщин сравниваемых эколого-биогеохимических зон

Микроэлементы	Зона оптимума	Зона бедствия	Достоверность различий, P
Кадмий мкг/г*	0,052±0,004	0,018±0,001	<0,01
Кобальт, мг/кг	0,22±0,009	0,254±0,01	NS
Медь, мг/кг	8,651±0,26	7,177±0,24	NS
Молибден,*мг/кг	0,098±0,003	0,136±0,004	<0,01
Цинк, мг/кг	91,474±7,549	85,795±8,23	NS
Кремний, мг/кг	197±11,91	204,538±15,16	NS
Селен, мг/кг	0,581±0,02	0,487±0,02	NS
Марганец, мг/кг	0,411±0,04	0,109±0,001	NS
Кальций, мг/кг	1,907±0,118	1,31±0,05	NS
Магний,*мг/кг	113,147±3,44	79,04±2,8	<0,01
Свинец,*мг/кг	1,094±0,082	0,271±0,02	<0,01
Хром, мг/кг	0,557±0,041	0,702±0,05	NS
Мышьяк, мг/кг	0,135±0,006	0,145±0,013	NS
Литий, мг/кг	0,169±0,007	0,15±0,008	NS

Как показано в табл. 2, в волосах женщин из зоны бедствия достоверно (P<0,01) снижены концентрации Cd (в 2,8 раза), Mg (в 1,5 раза), Pb (в 4 раза) и повышены Mo (в 1,4 раза).

3. При определении уровней гормонов у обследованных из зоны бедствия выявлено повышение уровней тестостерона в 1,6 раза (3,45±1,7 нмоль/л и 2,15±1,1 нмоль/л, соотв., P<0,05), лептина

в 1,9 раза (6,9±0,9 нг/мл и 3,66±0,31 нг/мл, соотв., P<0,05), пролактина в 1,5 раза (129,9±1,6 мМЕ/л и 86,6±1,3 мМЕ/л, соотв.), лютеинизирующего гормона (ЛГ) на 17,5% (10,6±1,3 МЕд/л и 8,75±1,2 МЕд/л, соотв.) и снижение на 9% содержание фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) (12,5±1,8 МЕд/л и 13,6±1,9 МЕд/л, соотв.) по сравнению с обследованными из зоны оптимума (табл. 3).

Таблица 3

Уровни гормонов в сыворотке крови практически здоровых женщин из сравниваемых эколого-биогеохимических зон

Показатели, единицы измерения	Зона бедствия (n) M±m	Зона оптимум (n) M±m	Границы физиологических норм
Тестостерон, нмоль/л	(12) 3,45±1,7*	(10) 2,15±1,1	0,0-4,6
Лептин, нг/мл	(10) 6,9±0,9*	(10) 3,66±0,31	7,36±3,79
Пролактин, мМЕ/л	(10) 129,9 1,6	(10) 86,6±1,3	60,0-600,0 (ф.ф)
ЛГ, Мед/л	(10) 10,6±1,3	(10) 8,75±1,2	2,9-9,5 (ф.ф)
ФСГ, Мед/л	(10) 12,5±1,8	(10) 13,6±1,9	3,0-12,0 (ф.ф)

Условные обозначения: * – P<0,05.

Как показано в табл. 3, уровни гормонов в сыворотке крови обследованных из сравниваемых зон отличаются. Так, в сыворотке крови практически здоровых женщин из зоны бедствия достоверно повышены концентрации тестостерона и лептина по сравнению с женщинами из зоны оптимума. Различия в содержании гормонов пролактина и ФСГ хоть и находятся в пределах физиологических норм, но располагаются в пределах экстремума физиологических значений. Уровни ЛГ у женщин из зоны бедствия превышают физиологические нормы, что может свидетельствовать о существовании скрытой гиперпродукции андрогенов.

Исследование корреляционной связи между гормонами и микроэлементами обследованных показало наличие сильной обратной связи между уровнем Mg и лептином ($r = -0,9$; $P < 0,05$), а Mg с ФСГ и тестостероном показал сильную прямую связь ($r = +0,92$; $P < 0,05$).

В волосах сильная обратная связь выявлена также между Mg, лептином и ФСГ ($r = -0,8$ и $r = -0,7$; $P < 0,05$).

Таким образом, мы вывели значимую корреляцию между уровнем половых гормонов и уровня магния.

Кроме того, было найдено возможное влияние магния на гиперандрогенизацию женщин, что сегодня представляет большую проблему при планировании семьи. Для подробного объяснения механизмов регуляции магния на выработку половых гормонов планируются дальнейшие исследования.

4. Вопросы анкеты позволили нам выявить, что уровень обеспеченности магнием в разных возрастных группах неоднозначен. Так наиболее благоприятные данные были выявлены в возрастных группах: 14-15 лет. Наиболее низкая обеспеченность исследуемым макроэлементом отмечена нами в возрастных группах: 45-50, 70-80 лет. Самый высокий риск развития дефицита магния наблюдается у исследуемых 23-24, 70-80 лет и у беременных женщин. При оценке результатов, полученных от мужчин и женщин, выяснено, что женщины испытывают дефицит магния в 1,5 раза больший, чем мужчины.

5. Сравнительный анализ содержания магния в составе 10 наиболее популярных витаминно-минеральных комплексов (суточная норма потребления магния – 400 мг) (табл. 4)

Таблица 4

№	Название витаминно-минерального комплекса	Содержание магния, мг
1	«Витрум»	100
2	«Центрум»	100
3	«Мульти-табс»	75
4	«Супрадин»	51,3
5	«Комплевит»	50,5
6	«Алфавит»	50
7	«Витаминерал»	40
8	«Дуовит»	20
9	«Мультимакс»	10
10	«Биовитальгель»	-

Вывод: учитывая, что за сутки производителями рекомендуется приём одной таблетки приведённых препаратов, потребляемая доза не является значимой для регулирования дефицита магния в суточном пищевом рационе.

6. Рекомендованные коррекционные мероприятия:

1) Корректирующая магниевая диета, позволяющая путем добавления ее к основному рациону обеспечить поступление суточной потребности магния не увеличивая общую калорийность суточного рациона, а также использование ее как самостоятельной диеты в течение 3 дней в неделю в группах повышенного риска 45-50 и 70-80 лет.

Представляет собой полноценную диету по калорийности, содержанию белка и углеводов. Умеренно ограничен жир и повышено содержание витаминов и солей магния. В ежедневном рационе хлеб и кондитерские изделия из пищевых отрубей, отвар из отрубей, пшено, повышено количество овощей, гречневой

крупы, фруктов. Магния в рационе до 1300 мг, то есть повышено в 3-4 раза по сравнению с обычной диетой.

Исключены: поваренная соль, экстрактивные вещества мяса и рыбы.

Назначают магниевую диету в виде 3 последовательных рационов, каждый на 3 дня.

2) Широкая просветительская работа среди населения, особенно в группах повышенного риска 45-50, 70-80 лет и в женских консультациях о необходимости выбора продуктов и блюд, позволяющих обеспечить рацион необходимыми макро- и микроэлементами. Просветительская работа проводится в рамках запущенного нами, действующего социального проекта «Дефицит магния», распространением специально разработанных буклетов «Для коррекции дефицита магния».

3) Предложение о выведении на рынок нового продукта, имеющего высокое содержание магния.

Сегодня рынок предлагает огромное количество продуктов питания, среди которых есть представите-

ли с повышенным содержанием магния, но нет специализированного пищевого продукта, обогащённого магнием, потребление которого направлено на коррекцию магниевых дефицита в организме. В качестве него мы предлагаем хлебный продукт, в состав которого введён оротат магния. На настоящий момент оформляется заявка на получение патента нового магниёобогащённого продукта.

Выводы

1. Коэффициент смертности в пределах выше средне-республиканских относится к Алатырскому, Шумерлинскому и Красночетайскому району. Высокая рождаемость зарегистрирована в Канашском, Ибресинском, Вурнарском, Батыревском, Шемуршинском, Янтиковском районах. Низкая рождаемость определяется в Поречском, Алатырском, Шумерлинском, Красночетайском районах.

2. В сыворотке крови обследованных из зоны ЭБ-бедствия достоверно повышено содержание Si и снижено Mg и Sr. В волосах женщин из зоны бедствия достоверно снижены концентрации Cd, Mg, Pb и повышены Mo.

3. В сыворотке крови практически здоровых женщин из зоны бедствия достоверно повышены концентрации тестостерона и лептина по сравнению с женщинами из зоны оптимум. Различия в содержании гормонов пролактина и ФСГ хоть и находятся в пределах физиологических норм, но располагаются в пределах экстремума физиологических значений. Уровни ЛГ у женщин из зоны бедствия превышают физиологические нормы, что может свидетельствовать о существовании скрытой гиперпродукции андрогенов. Исследование корреляционной связи между гормонами и микроэлементами обследованных показало наличие сильной обратной связи между уровнем Mg и лептином, а Mg с ФСГ и тестостероном показал сильную прямую связь. В волосах сильная обратная связь выявлена также между Mg, лептином и ФСГ.

4. Наиболее обеспечена магнием возрастная группа 14-15 лет. Наиболее низкая обеспеченность отмечена в возрастных группах: 45-50 и 70-80 лет. Самый высокий риск развития дефицита магния наблюдается у исследуемых 23-24, 70-80 лет и у беременных женщин. При оценке результатов, полученных от мужчин и женщин, выяснено, что женщины испытывают дефицит магния в 1,5 раза больше, чем мужчины.

5. Содержание магния в наиболее популярных витаминно-минеральных комплексах не является значимым для регулирования дефицита магния в суточном пищевом рационе.

6. Рекомендовано проводить коррекцию дефицита магния методами, предложенными нами: корректирующая магниевая диета, новый магниёобогащённый продукт. Кроме того, требуется дальнейшее проведение активной просветительской работы среди населения при помощи специально разработанных нами буклетов.

Список литературы

1. Толмачёва Н.В.: Эколого-физиологическое обоснование оптимальных уровней макро- и микроэлементов в питьевой воде и пищевых рационах. Диссертация на соискание степени доктора медицинских наук. – Москва, 2011.
2. Толмачёва Н.В.: Эколого-физиологическое обоснование оптимальности макро- и микроэлементов. – Чебоксары: Чуваш. ун-т. 2011. – 181 с.
3. Спасов А.А.: Магний в медицинской практике. – Волгоград: ООО «Отрок», 2000. – 272 с.
4. Княжев В.А., Суханов Б.П., В.А.Тутельян. Правильное питание. Биодобавки, которые Вам необходимы. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – 208 с.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ β -ГЕМОЛИТИЧЕСКОГО СТРЕПТОКОККА В ПАТОГЕНЕЗЕ ПСОРИАЗА В ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ

Анисимова А.С.

ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова», Чебоксары,
e-mail: alena_shihovcova@mail.ru

Псориаз является одним из самых распространенных хронических дерматозов, которым страдает от 1 до 5% населения мира. В связи со значительной распространенностью заболевания, хроническим, зачастую тяжелым течением, несовершенством имеющихся методов лечения, неясностью этиологии и патогенеза проблема псориаза является одной из актуальных в медицине. Проведенными исследованиями выявлена роль β -гемолитического стрептококка в активации иммунологических процессов в кишечной стенке, лимфоидных органах.

Цель исследования: изучить роль β -гемолитического стрептококка в патогенезе псориаза.

Задачи исследования:

- 1) Оценить состояние здоровья больных псориазом методом анкетирования;
- 2) Провести сравнительные лабораторные микробиологические исследования аутомикрофлоры кишечника у больных псориазом, atopическим дерматитом;
- 3) Воспроизвести модель псориаза в условиях экспериментального моделирования на лабораторных крысах;
- 4) Провести сравнительное патоморфологическое исследование органов экспериментальных крыс (опытной и контрольной группы);

Материал и методы исследования. Нами проведено анкетирование у 50 больных взрослого отделения ГУЗ РКВД (города Чебоксары) с бляшечной формой псориаза в возрасте 30-40 лет, которое включало вопросы наследственности, жалоб, сопутствующих заболеваний, перенесенных заболеваний, результаты клинических и лабораторных исследований, особенностей питания. Микробиологическое исследование микрофлоры кишечника проводилось по методу изучения колонизационной резистентности аутомикрофлоры кишечника на базе баклаборатории ГУЗ РКБ. Для сравнительного анализа исследование микробиоценоза кишечника проводилось также у 10 больных atopическим дерматитом.

Также проводились длительные экспериментальные исследования по введению культуры β -гемолитического стрептококка посредством добавления ее в питьевую воду на лабораторных крысах линии Вистар. Культура β -гемолитического стрептококка на питательной среде готовилась в условиях клинической лаборатории, выпаживание крыс проводилось по разработанному нами методу. Забор материала для исследования микрофлоры разных отделов кишечника крыс проводилось по авторской методике (Удостоверение на рацпредложение №1110 от 28 июня 2007 г. «Методика забора проб полостной и пристеночной микрофлоры кишечника крыс для микробиологических исследований»), а также в соответствии с утвержденным МЗ СР РФ рекомендациями.

После получения на коже крыс морфологических элементов папулобляшек с серебристыми чешуйками, проведено вскрытие крыс с забором органов для гистологического исследования.

Результаты исследований. Методом анкетирования выявлено, что больные псориазом часто предъявляют жалобы на хронические заболевания носоглотки (63%), ЖКТ (100%), а также лабильность