

4,55%), рода *Klebsiella* (у 3 – 3,4%), рода *Neisseria* (у 16 – 18,18%), рода *Enterococcus* (у 5 – 5,68%), рода *Corynebacter* (у 1 – 1,14%). Причем у 86 (97,72 %) пациентов были выявлены одновременно бактерии нескольких родов.

В ходе анализа у пациентов в микрофлоре ротовой полости выделены ассоциации микроорганизмов. Двухчленные ассоциации у 50 обследованных (56,82%), трехчленные – у 18 (20,45%), четырехчленные – у 3 (3,41%). Один вид микроорганизмов обнаружен у 17 пациентов (19,32%).

Кроме количественных показателей было охарактеризовано видовое разнообразие выявленных микроорганизмов. Род *Candida*: *C. albicans*, *C. tropicalis*, род *Staphylococcus*: *Staph. Viri*, *Staph. Albic*, *Staph. Aureus*, *Staph. haeruelibicus*, род *Streptococcus*: *Str. Virid*, *Str. Epidermidis*, *Str. Faecalis*, *Str. Aureus*, *Str. Hominis*, *Str. Vissei*, *Str. Flaeris*, *Str. Salivarum*, *Str. Agalactika*, *Str. Milis*, *Str. Sanguis*, *Str. Pyogenes*, *Str. Anginosus*, *Str. Mutans*, *Str. Cremoris*, род *Neisseria*: *N. sicca*, *N. subfeava*, *N. feava*, род *Klebsiella*: *K. pneumoniae*, а также *Escherichia coli*, *Enterococcus faecium*, *Pseudomonas aeruginosa*, плесневые грибки *Aspergillia niger*, дифтероид *Corynebacter pseudodiphtheriae*.

Наибольшее видовое разнообразие представлено у бактерий рода *Streptococcus*.

Кроме качественного состава микроорганизмов при исследовании мазков определяется их степень роста (обильный, умеренный и скудный). С обильным ростом выявлены 85 (48,85 %) микроорганизмов, с умеренным – 48 (27,59%) и со скудным – 41 (23,56 %)

Таким образом, рассмотрены качественный и количественный состав микрофлоры ротовой полости в норме и при патологиях.

КАНДИДОЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Ильина Н.А., Найденова Е.А., Тарабрина Е.П.
Ульяновский государственный педагогический университет, Городская поликлиника №2 женская консультация г. Ульяновска, Ульяновск, Россия

Кандидозная инфекция гениталий является актуальной проблемой современной медицины. Частота выявления вагинального кандидоза у женщин репродуктивного возраста составляет 26 – 36 % [1]. Известно, что у 75 % женщин на протяжении жизни регистрируется по меньшей мере один эпизод данного заболевания, которое у 5 % из них рецидивирует [2, 3].

Причинами возникновения КВ являются трансформация сапрофитирующей формы дрожжеподобных грибов вульвы и вагины в вирулентную, аутоинфицирование из экстрагенитальных очагов кандидоза (преимущественно кишечника).

Патогенез КВ сложен и недостаточно изучен. Учитывая тот факт, что штаммы *C. albicans*, выделенные у больных КВ и носителей, существ-

венно не различаются по ряду биохимических характеристик, можно сделать заключение о ведущей роли состояния макроорганизма в развитии КВ, а не свойств возбудителя. Триггером развития заболевания является не изменение свойств гриба, а снижение резистентности организма хозяина [4].

Дрожжеподобные грибы рода *Candida* насчитывают более 190 видов. Наибольшее значение в возникновении заболевания имеет *C. albicans*, являясь его возбудителем в 85–90 %, затем – *C. glabrata* (2,7 %),

C. parapsilosis (1,2 %) и *Saccaromyces cerevisiae* (0,4 %). В последние годы многими авторами отмечается тенденция увеличения частоты заболевания, особенно при хронических и рецидивирующих формах, вызванных другими (не *albicans*) видами *Candida* [5].

Адгезия является первым этапом, приводящим к развитию заболевания, и возникает вследствие специфического взаимодействия адгезинов гриба и комплементарных им рецепторов к эпителиоцитам влагалища. Наибольшей способностью к адгезии обладает *C. albicans*, вторым следует *C. tropicalis*, далее следует *C. parapsilosis* и *C. glabrata*. Адгезивная способность грибов к эпителиоцитам влагалища повышается при pH среды влагалища от 6,0 до 1,0, но они могут длительно находиться и в очень кислых средах (pH 2,5 – 3,0), при этом адгезивная способность грибов снижается.

Согласно современным представлениям выделяют 3 клинические формы кандидозной инфекции влагалища:

1. Бессимптомное кандиданосительство – грибы рода *Candida* выделяются в низком титре (<Ig 4 КОЕ/мл), лактобациллы доминируют в составе микробных ассоциантов вагинального микробиоценоза.
2. Истинный кандидоз – грибы выступают в роли моновозбудителя, выделяются в титре более Ig 4 КОЕ/мл, лактобациллы – в титре более Ig 6 КОЕ/мл.
3. Сочетание вагинального кандидоза и бактериального вагиноза – дрожжеподобные грибы участвуют в полимикробных ассоциациях как возбудители заболевания. При этом отмечается массивное количество (больше Ig 9 КОЕ/мл) облигатно-анаэробных бактерий и гарднерелл и резкое снижение концентрации или отсутствие лактобацилл [6].

Было проведено клинико - микробиологическое обследование 284 пациенток в возрасте от 17 до 65 лет на базе Ульяновской областной больницы №2. В результате кандидозная инфекция влагалища выявлена у 63 (22,2 %) пациенток как видно в табл.1.

Таблица 1. Заболевания влагалища.

Заболевания влагалища	Количество больных	%
Бактериальный вагиноз	51	17,9
Хламидиоз	30	10,6
Гонорея	71	25
Вульвовагинальный кандидоз	63	22,2
Норма	69	24,3
Всего	284	100

Основные методы диагностики – микроскопия мазков вагинального отделяемого в комплексе с культуральным исследованием. Микроскопия выполнялась в нативных и окрашенных по Граму препаратах. Выделенные штаммы грибов *Candida* определяли на основании результатов посева на различные питательные среды. С помощью культурального метода определяли сте-

пень колонизации влагалища, число колоний выражали в КОЕ/мл.

Структура вульвовагинального кандидоза у обследованных женщин представлена в табл. 2. Как видно наиболее часто встречающейся формой кандидоза является истинный кандидоз (49,2 %), реже сочетание ВК и БВ (27 %) и кандиданосительство (23,8 %).

Таблица 2. Структура вульвовагинального кандидоза у обследованных.

Клиническая форма кандидозной инфекции	Число обследованных	%
Истинный кандидоз	31	49,2
Сочетание вагинального кандидоза и бактериального вагиноза	17	27
Кандиданосительство	15	23,8
Всего	63	100

Таким образом, можно отметить достаточно большую степень встречаемости вульвовагинального кандидоза. В результате чего назрела необходимость более тщательного и углубленного изучения данной проблемы, на первый взгляд столь хорошо всем известной.

Список литературы:

1. Прилепская В.Н. Гинекология 2001; 3 (6): 201–5.
2. Кисина В.И. Гинекология 2003; 5 (5): 185–7.
3. Тищенко А.Л. Гинекология 2001; 3 (6): 210–2.
4. Курдина М.И. Вульво-вагинальный кандидоз. 2005; с. 18.
5. Байрамова Г.Р. Гинекология 2001; 3 (6): 212–4.
6. Анкирская А.С., Муравьева В.В. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия 2001; 3 (2): 190–4.

**НАРУШЕНИЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ
ЛИПИДТРАНСПОРТНОЙ, ИММУННОЙ И
АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМ ПРИ
АЛИМЕНТАРНОЙ ДИСЛИПИДЕМИИ И
ВОЗМОЖНОСТЬ ИХ КОРРЕКЦИИ
ПРЕПАРАТАМИ ПРИРОДНОГО
ПРОИСХОЖДЕНИЯ**

Караман Ю.К., Виткина Т.И.,
Лобанова Е.Г., Касьянов С.П.

*НИИ медицинской климатологии и
восстановительного лечения СО РАМН
Владивосток, Россия*

Алиментарная дислипидемия (ДЛП) характеризуется комплексом внутрисистемных нарушений и сбоям коммуникаторно-регуляторных механизмов со стороны липидтранспортной, иммунной, антиоксидантной систем. Коррекция при ДЛП должна быть направлена на регуляцию как функционирования отдельных этиозависимых систем, так и их межсистемную кооперацию. В этом аспекте перспективны препараты из морских гидробионтов, содержащие биологически активные липиды (ω -3 полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК), алкил-диацилглицериды (АДГ)), известные своими гиполлипидемическими, иммунокорректирующими, гемопозитическими, антиоксидантными свойствами.

В работе исследовали состояние липидтранспортной, иммунной и антиоксидантной сис-