

**АНАЭРОБЫ КИШЕЧНИКА – ПРОБЛЕМА  
АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ В  
АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ**

Абдалкин М.Е.

*Самарский государственный медицинский  
университет  
Самара, Россия*

По мере совершенствования методов микробиологической диагностики все большее внимание стали привлекать к себе анаэробные бактерии кишечника не только как представители нормальной микрофлоры человека, но и как возбудители патологических процессов различной локализации. Для акушерства и гинекологии эти микроорганизмы важны вследствие их способности осуществлять транслокацию в репродуктивные органы и колонизировать влагалище. Поэтому оценка видового состава и концентрации анаэробных кишечных бактерий, ассоциированных с патологией репродуктивных органов, актуальна для проведения лечебных и профилактических мероприятий.

Для выполнения этой задачи нами обследовано 239 женщин репродуктивного возраста с вульвовагинитами различной этиологии и бактериальным вагинозом. Учету подлежали только те виды, концентрация которых была не менее  $10^6$  живых клеток в 1 мл вагинального секрета.

Результаты показали, что пептострептококки при вульвовагинитах (бактериальных и кандидозном) встречались у 9-21% пациенток, при бактериальном вагинозе – у 30%, бактероиды соответственно у 6-19 и 42%, другие анаэробные бактерии (пептококки, фузобактерии и мобилункусы) – у 4-13 и 30%. При вульвовагинитах кишечные анаэробы встречались только в ассоциациях с факультативными аэробными бактериями, а у больных с бактериальным вагинозом в 38% случаев самостоятельно (без гарднереллы). У таких категорий пациенток наиболее характерными были ассоциации бактероидов с пептострептококками.

Самостоятельная этиологическая роль анаэробных кишечных бактерий при бактериальном вагинозе, протекавшем при отсутствии во влагалище гарднереллы, подтверждалась наступлением ремиссии или улучшением состояния после адекватной терапии антимикробными препаратами.

Работа представлена на V научную международную конференцию «Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины», Тайланд (Паттайа), 20-28 февраля 2008 г. Поступила в редакцию 28.01.2008.

**ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭНАЛАПРИЛА,  
ОМЕПРАЗОЛА И ФАМОТИДИНА НА  
СОДЕРЖАНИЕ ОКСИПРОЛИНА В  
СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ПРИ  
ИНДОМЕТАЦИНОВОЙ ГАСТРОПАТИИ**

Абдусаматова Д.З., Якубов А.В., Абдуллаев А.К.

*Ташкентская медицинская академия  
Ташкент, Узбекистан*

Целью нашего исследования явилось изучение влияния эналаприла, омепразола и фамотицина на содержание оксипролина в ткани слизистой желудка при индометациновой гастропатии.

Эксперименты проводили на белых крысах самцах половозрелого возраста в следующих группах: интактная, плацебо, индометацин, индометацин с эналаприлом, индометацин с омепразолом и индометацин с фамотидином. Все препараты вводили per os в течение 10 дней в следующих дозах: индометацин 2,5 мг/кг, эналаприл 10 мг/кг, омепразол 50 мг/кг и фамотидин 100 мг/кг. Содержание оксипролина определяли в надсадочной фракции гомогената слизистой желудка.

Установлено, что повреждающее действие индометацина на слизистую гастродуоденальной зоны сопровождается значительным подавлением регенераторных процессов. В этой группе наблюдали снижение содержания оксипролина более чем в 2 раза от показателя в группах интактной и плацебо. Профилактическое применение эналаприла с индометацином полностью устраняет отрицательное воздействие индометацина. В этой группе наблюдали увеличение содержания оксипролина на 33,7% от показателя группы с индометацином, и этот показатель практически не отличается от результатов полученных в группах интактной и плацебо. В группах индометацин с омепразолом и индометацин с фамотидином содержание оксипролина практически не менялось.

Таким образом, совместное применение омепразола и фамотицина не коррелирует отрицательное влияние индометацина на слизистую желудка. В этом плане целесообразно использовать эналаприл.

Работа представлена на V научную международную конференцию «Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины», Тайланд (Паттайа), 20-28 февраля 2008 г. Поступила в редакцию 17.01.2008.

**ФОРМИРОВАНИЕ КОРНЕЙ  
ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ**

Белугина Л.Б., Масумова В.В., Торонова Т.В.

*Государственный медицинский университет  
Саратов, Россия*

**Актуальность проблемы** Период прорезывания постоянных зубов составляет 8 лет (с 5,5 до 13,5 лет). В этот период зубы уже поражаются кариесом и возникают его осложнения. Это пре-