

**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 гарнереллы). 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 гарнереллы, подтверждалась наступлением ремиссии или улучшением состояния после адекватной терапии антимикробными препаратами.

Работа представлена на V научную международную конференцию «Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины», Таиланд (Паттайя), 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 фамотидина 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 пер os в течение 10 дней в следующих дозах: индометацин 2,5мг/кг, эналаприл 10мг/кг, омепразол 50 мг/кг и фамотидин 100мг/кг. Содержание оксипролина определяли в надосадочной фракции гомогената слизистой желудка.

Установлено, что повреждающее действие индометацина на слизистую гастродуodenальной 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 содержание 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 фамотидина 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 (Паттайя), 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 тре-

бует своевременного эндодонтического лечения. Также в этот возрастной период проводится и ортодонтическое лечение. Для грамотного планирования эндодонтического и ортодонтического лечения учитывается состояние развития корневой системы зубов. Поэтому нередко прибегают к рентгенологическому исследованию. Прорезывание зуба представляет собой процесс его вертикального перемещения из места закладки и развития внутри челюсти до появления коронки в полости рта [3]. Диапазон прорезывания постоянных зубов в среднем составляет 3-3,5 года, во время которого происходит рассасывание корней молочных зубов, продвижение коронки постоянного зуба из места закладки до альвеолярного края челюсти с одновременным началом роста его корней (внутричелюстной этап прорезывания), выпадение коронок молочных зубов и появление всей коронки постоянного зуба над десной (внечелюстной этап прорезывания). Было отмечено, что прорезывание зубов происходит при сформированности корня зуба наполовину [4]. Также в литературе имеются указания на высокую взаимосвязь между степенью сформированности корня зуба и степенью прорезывания его коронки: прорезывание зуба происходит при сформированности корня на 0,5-0,8 длины его корня [1].

**Цель исследования** Целью нашей работы было сопоставление процесса внечелюстного этапа прорезывания коронки зуба и параллельно протекающего процесса формирования корня постоянного зуба.

**Материал и методы** Нами была проанализирована 71 ортопантомограмма смешанного прикуса детей в возрасте от 6 до 13 лет, обследованных в 2001 – 2004 гг. по ортодонтическим показаниям. В зубной формуле каждого ребенка отмечали степень прорезывания коронки зуба (СПК) и степень формирования корня зуба (СФК). Напомним, что внечелюстной этап прорезывания коронки зуба имеет три степени: 1-я степень – появление над десной режущего края или бугра коронки; 2-я степень – прорезывание коронки до уровня экватора, 3-я степень – прорезывание всей коронки полностью [2].

В формировании корня зуба нами также были выделены три степени, соответствующие периодам его созревания: 1-я степень – рост корня в длину; 2-я степень – корень с несформированной верхушкой в виде раstra; 3-я степень – корень с незакрытой верхушкой.

**Результаты и их обсуждение** При сопоставлении СПК и СФК одного и того же зуба было выявлено, что 89 % зубов имеют одинаковое значение СПК и СФК. Из 11% зубов с различными значениями СПК и СФК у 78 % зубов СФК на одну единицу опережает СПК. Причем, у тех зубов, диапазон прорезывания которых меньше (у резцов и первых моляров), а, следовательно, и темпы их прорезывания выше, практически нет разницы между СПК и СФК [4].

**Выводы** Была выявлена сильная положительная корреляционная связь (коэффициент корреляции равен +0,99) между степенью прорезывания коронки зуба (выявляемого клинически во время осмотра зуба) и степенью формирования корня зуба (выявляемого рентгенологически). Следовательно, если коронка зуба имеет, к примеру, вторую степень прорезывания, то ее корень находится на 2-й или даже 3-й степени своего формирования. Этот факт, несомненно, должен приниматься во внимание при планировании эндодонтического и ортодонтического лечения постоянных зубов, особенно при нежелательности или невозможности проведения рентгенологического исследования.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Андреищев А.Р., Волков И.Г. Взаимосвязь прорезывания и формирования коней боковых зубов нижней челюсти // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2002.-№1-2.– С.28-29.
  2. Белугина Л.Б. Прорезывание постоянных зубов у детей г. Саратова и его корреляция с антропометрическими данными и эксоциальными условиями. Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Волгоград.-2004.–21с.
  3. Быков В.Л. Функциональная морфология и гистогенез полости рта. – СПб: Санкт-Петербург. гос. мед. ун-т.-1995.–247с.
  4. Точилина Т.А. План и прогноз ортодонтического лечения в зависимости от особенностей закладки и формирования постоянных зубов. Автореф. дисс... канд. мед. наук. – М.-1985.– 23с.
- Работа представлена на V научную международную конференцию «Современные проблемы экспериментальной и клинической медицины», Тайланд (Паттайя), 20-28 февраля 2008г. Поступила в редакцию 28.01.2008г.

#### АНАЛИЗ СВЯЗИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ С ФЛОРИСТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ПРИРОДНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОГО ПОТЕНЦИАЛА ПРИШКОЛЬНЫХ ТЕРРИТОРИЙ

Букатин М.В., Илюхин Е.В., Кнышова Л.П.  
Волгоградский государственный медицинский  
университет  
Россия, Волгоград

Природно-оздоровительный потенциал (ПОП) - совокупность факторов окружающей среды, способных оказывать положительное воздействие на физическое, психическое и социально-психологическое состояние человека. В условиях экологического неблагополучия флористический фактор является эффективной и действенной составляющей ПОП, благодаря наличию у растений фитонцидных, сорбционных, шумопоглощающих, барьерных и других свойств. Цель нашей работы состояла в выявлении связи