Низкая санитарная культура и отсутствие мотивации населения к профилактике стоматологических заболеваний и гигиене полости рта – вот что характеризует стоматологический статус современного человека, а также свидетельствует о больших пробелах, существующих в гигиеническом обучении и воспитании населения. Очевидно, при таких полученных данных назрела необходимость в разработке комплексной региональной программы превентивной медицины, где профилактика стоматологических заболеваний являлась бы одним из направлений программы.

Список литературы

1. Кубрушко Т.В., Бартенева Т.В., Фелькер Е.В. Гигиеническое воспитание в раннем постнатальном периоде // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 5. – С. 32-32.

2. Кубрушко Т.В., Чесноков П.Е., Клименко Г.Я., Разинкин К.А., Хайн С.С. Управление эпидемиологической ситуацией и профилактикой патологий полости рта у подростков, проживающих в различных климатогеографических зонах // Истоки – Воронеж, 2009. – 140 с.

3. Мониторинг и оценка оздоровления полости рта. Доклад комитета экспертов ВОЗ./ Всемирная организация здравоохранения. // Серия технических докладов. – Женева. – 1991. – № 782. – 73 с.

4. Фелькер Е.В., Ячменева Л.А., Евдокимова Е.И. Распространенность и локализация дефектов зубных рядов среди населения г. Курска // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 5-1. – С. 42.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО БЕЗВОДНОГО ПРОМЕЖУТКА НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Хворостухина Н.Ф., Степанова Н.Н., Мамедова Г.Э., Новичков Д.А., Богословская А.В.

ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава РФ», Саратов, e-mail: khvorostukhina-nf@ya.ru

Преждевременные роды (ПР) остаются одной из актуальных проблем акушерства и неонатологии, в связи с высокими показателями перинатальной заболеваемости и смертности недоношенных детей, при отсутствии тенденции к их снижению. В настоящее время продолжаются дискуссии о выборе акушерской тактики при преждевременном разрыве плодных оболочек (ПРПО), частота которого достигает 38-51% от общего числа всех ПР. Согласно клиническому протоколу ведения преждевременных родов при сроках гестации 22-34 недели и ПРПО следует придерживаться выжидательной тактики, с проведением токолитической, антибактериальной терапии и профилактики респираторного дистресс-синдрома плода (Баев О.Р. и соавт., 2013). С другой стороны, по мнению ряда исследователей, увеличение безводного промежутка способствует росту гнойно-септических осложнений как у родильниц, так и у новорожденных (Артымук Н.В. и соавт., 2015; Bellad M.B. et al., 2012).

Цель: изучить влияние длительного безводного промежутка на перинатальные исходы при преждевременных родах.

Материал и методы: Проведено детальное изучение особенностей течения и исходов ПР на базе Перинатального Центра ГУЗ Саратовской городской клинической больницы №8. Основную группу составили пациентки с ПР в сроки гестации 22-37 недель, с безводным промежутком более 12 часов (n=24). Группу сравнения – женщины с ПР и безводным промежутком менее 12 часов (n=60). Обследование и лечение беременных проводилось согласно приказа № 572н. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ Statgraphics (Statistical Graphics System), разработанного фирмой «STSC Inc.»

Результаты исследования. Возраст пациенток с ПР варьировал от 18 до 42 лет. Первые роды предстояли 41,7% женщин (n = 10) основной группы, 45% – в группе сравнения (n = 27). В зависимости от срока гестации распределение ПР в группах произошло следующим образом: в основной группе ПР в период 22-27 недель – у 4 женщин (16,7%), 28-33 недели – у 4 (16,7%), 34-37 недель – у 16 (66,6%); в группе сравнения 15% (n = 9), 30% (n = 18) и 55% (n = 33), соответственно. Среди осложнений течения беременности отмечены: угроза прерывания в различные сроки гестации (100%), анемия (в основной группе – 45,8%, в группе сравнения – 45%), фетоплацентарная недостаточность (соответственно, у 12,5% и 35%), отеки, вызванные беременностью (4,2% и 25%). Многоводие или маловодие были выявлены только у пациенток основной группы (20,8%). А гестационная артериальная гипертензия диагностирована у беременных группы сравнения (25%).

Удельный вес консервативных родов в основной группе составил 87,5%% (n = 21), в группе сравнения – 38,3% (n = 23). При этом длительность безводного промежутка в основной группе варьировала от 15 часов до 39 суток на фоне проведения стандартных лечебных мероприятий и контроля лабораторных показателей. Развитие активной родовой деятельности в обеих группах лишь в единичных случаях осложнялось дискоординацией маточных сокращений. Признаки хориоамнионита были констатированы в основной группе в 37,5% наблюдений (n = 9), а в группе сравнения – в 6,7% (n = 4). Показаниями для операции кесарева сечения являлись, чаще всего, сочетание активной родовой деятельности при наличии рубца на матке или возникновение кровотечения при частичном предлежании плаценты.

Анализ течения послеродового периода показал более высокую частоту осложнений в основной группе. Удельный вес субинволюции матки составил 4,2%, послеродового эндометрита – 4,2%, позднего гипотонического кровотечения – 8,3%. В одном наблюдении в связи с генерализацией гнойно-септической инфекции (ГСИ) была выполнена гистерэктомия.

В группе сравнения частота развития субинволюции матки и гипотонического кровотечения была меньше в 2,5 раза, в сравнении с аналогичными осложнениями в основной группе. При этом, необходимо отметить, что всем женщинам основной группы проводилась антибиотикотерапии (100%). Длительное назначение антибактериальных препаратов в группе сравнения прослежено только в 31 наблюдении (51,7%).

При клиническом обследовании новорожденных церебральная ишемия была диагностирована в основной группе в 100% случаев, в группе сравнения – в 75%; респираторный дистресс-синдром, в 16,7% и 33,3%, соответственно. Внутриутробные пневмонии выявлены у 12,5% новорожденных основной группы и у 5% – группы сравнения. Внутрижелудочковые кровоизлияния констатированы только у детей основной группы (12,5%; n = 3).

Заключение. ПР с длительным безводным промежутком являются не только фактором риска развития ГСИ в родах и послеродовом периоде, но и способствуют увеличению в 2,5 раза частоты реализации инфекции у новорожденных.

«Фундаментальные исследования», Чехия (Прага), 10–16 мая 2016 г.

Биологические науки

ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМЕННОГО УРОВНЯ ПОЛОВЫХ СТЕРОИДОВ НА СОДЕРЖАНИЕ ДОФАМИНА У ПРЕДПОЧИТАЮЩИХ АЛКОГОЛЬ КРЫС, ИМЕЮЩИХ ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ЭКСПРЕССИИ КОРОТКОЙ ИЗОФОРМЫ Д2-РЕЦЕПТОРА

Ахмадеев А.В.

Башкирский государственный университет, Уфа, e-mail: mpha@ufanet.ru

Целью сообщения является изложение результатов анализа влияния плазменных уровней половых стероидов на содержание дофамина (ДА) в кортикомедиальной и базолатеральной группировках миндалевидного комплекса мозга у предпочитающих алкоголь крыс. Исследование проведено на двух группах самок предпочитающих (ПА) крыс (общее количество 40) с помощью ВЭЖХ на приборе «Стайер» (Аквилон, Россия) и спектрофотометрического детектора (UVV-104 M). Материал для анализа забирали на стадиях диэструс и эструс. Выявлено, что значимые различия в содержании дофамина имеют место в кортикомедиальном отделе, при этом его содержание больше на стадии диэструс ($t = 2,54$, $p < 0,05$). Полученные результаты следует объяснить большей причастностью этого отдела к регуляции репродуктивных функций (Акмаев, Калимуллина, 1993).

Работа выполнена при финансовой поддержке базовой части госзадания Минобрнауки РФ, тема 1442.

Медицинские науки

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЧЕЛОВЕКА

Мамаджонова Ш.Г., Гальчинская П.С., Богданова С.Э., Стуков Н.В., Ульяновская С.А.

ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Архангельск, e-mail: usarambler78@rambler.ru

Все слюнные железы являются производными многослойного плоского эпителия полости рта. На втором месяце внутриутробного развития происходит закладка крупных парных слюнных желез: поднижнечелюстных, околоушных, подъязычных, а на третьем месяце – малых слюнных желез: губных, щечных, нёбных. Эпителиальные клетки пролиферируют, их тяжи врастают в подлежащую мезенхиму с формированием разветвленных эпителиальных тяжей с расширенными концами, дающими начало выводным протокам и секреторным концевым отделам желёз. Из мезенхимы образуется соединительная ткань. Мезенхима оказывает индуцирующее влияние на эпителий желёз, определяет характер ветвления протоков и направление их роста. Тип слюнной железы детерминируется еще до начала взаимодействия эпителия с мезенхимой.

К моменту рождения слюнные железы сформированы не полностью, их дифференцировка завершается от 6 месяцев до 2 лет жизни. Рост и развитие слюнных желез продолжаются до 16-20 лет, при этом изменяется и характер вырабатываемого ими секрета: например, в околоушной железе в течение первых лет жизни продуцируется слизистый секрет, с 3 лет он становится серозным.