

может возникать потеря электролитов, калий возмещают при необходимости. Диуретики применяют при задержке жидкости и развитии артериальной гипертензии. Для профилактики возникновения стероидных язв и кровотечений ЖКТ используют антациды и блокатор H₂-рецепторов циметидин. Также, возможно, появление психических расстройств на фоне применения кортикостероидов. В данном случае применяют нейрорептики и уменьшают дозу метилпреднизолона.

Вывод

Среди современных методов лечения рассеянного склероза в фазе обострения наиболее эффективным является применения глюкокортикоидов (метилпреднизолон). При проведении гормональной терапии могут возникать определенные побочные эффекты, что необходимо учитывать при проведении лечения. Также необходимо обращать внимание на наличие противопоказаний для применения данного лечения.

Список литературы

1. Пажигова З.Б., Карпов С.М., Шевченко П.П., Каширин А.И. Клинико-неврологическая характеристика больных с рассеянным склерозом с учетом тяжести состояния // *Фундаментальные исследования*. – 2014. – № 7-4.
2. Потапова И.Г., Диденко Н.Н., Денисюк В.В., Карпов С.М. Актуальные вопросы распространенности рассеянного склероза в Ставропольском крае // *Успехи современного естествознания*. – 2014. – № 6.
3. Шевченко П.П., Карпов С.М., Рзаева О.А., Янушкевич В.Е., Конева А.В. Рассеянный склероз: этиопатогенез с позиции современной науки // *Успехи современного естествознания*. – 2014. – № 6.
4. Шевченко П.П. Распространенность и клиническая характеристика рассеянного склероза в ставропольском крае: автореф. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 1992.
5. Евтушенко С.К., Блиндарук С.Г., Гончарова Я.А., Деревянко И.Н., Грищенко А.Б. Первичные проявления периферической формы рассеянного склероза: диагностика, клиника, лечение. – URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/3468>
6. Евтушенко С.К., Деревянко И.Н. Современные подходы к лечению рассеянного склероза: достижения, разочарования, надежды. – URL: [HTTP://WWW.MIF-UA.COM/ARCHIVE/ARTICLE/2556](http://WWW.MIF-UA.COM/ARCHIVE/ARTICLE/2556)
7. Коваленко П.А., Шаманский С.В., Базий Н.И. Современные методы лечения рассеянного склероза. – URL: http://mosors.narod.ru/lechenie_ms.html

ЖЕВАТЕЛЬНАЯ РЕЗИНКА КАК СРЕДСТВО ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА

Иванова А.С.

*Дальневосточный Государственный медицинский университет, Хабаровск, Россия,
e-mail: ivanova.a94@mail.ru*

Актуальность данной темы заключается в том что, в профилактике основных стоматологических заболеваний у детей и взрослых существенная роль отводится гигиене полости рта и широко распространенным дополнительным средством гигиены является жевательная резинка. [4]

На сегодняшний день жевание жвачки стало для некоторых привычкой, и поэтому потерялось значение жевательной резинки. Например, детей в большей степени привлекает внешняя сторона: многообразие ярких, красочных пачек и пластинок с разными названиями, картинками, наклейками.

В то же время реклама приписывает жевательной резинке различные чудодейственные свойства: укрепляет зубную эмаль, предотвращает появление зубного камня, устраняет запах изо рта, восстанавливает кислотно-щелочной баланс и много других. [8]

Цель исследования: выявление уровня знаний населения о жевательной резинке и определение характера влияния ее на состояние полости рта.

Задачи исследования:

1. Выяснить уровень популярности жевательных резинок у детского и взрослого населения по данным социологического опроса.

2. Изучить действие жевательной резинки на PH слюны.

3. Определить эффективность (очищающее действие) жевательной резинки по изменению уровня гигиены полости рта.

Материалы и методы исследования: для реализации поставленной цели было проведено исследование, которое включало 3 модуля.

1. Социологический опрос был проведен методом анкетирования. Количество респондентов составило 160 человек (54% – женщины и 46% – мужчин), из них до 15 лет – 13%; от 16 лет до 25 лет – 25%; от 25 лет до 45 лет – 34%; старше 45 лет – 28%. Анкета включала в себя 11 вопросов. Результаты были подсчитаны статистической программой Mathcad, которая позволяет выявить достоверность данного результата. (Все дети соматически здоровы без хронических заболеваний).

2. Определение PH слюны.

1. Забор слюны в пробирку.
2. Индикаторную полоску (лакмусовую) опускаем в пробирку на 1 мин.

3. Оцениваем окрашивание по шкале индикатора
Параметры индикаторной бумаги: длина 5 м, ширина 7мм, измерение pH от 1 до 14. Индикаторная лакмусовая бумага, измеряющая pH показатели, поставляется в пластмассовых катушках боксах, которые обеспечивают долгосрочную стабильность и защиту от многих внешних влияний, с цветовой шкалой в pH диапазоне: 1 – 14. Пластиковый бокс упакован в картонную коробку.

Растворы и жидкости в отношении их кислотности считаются: нейтральными при pH = 7; кислыми при pH < 7; щелочными при pH > 7 [3,5,7].

У всех испытуемых не было выявлено изменений в полости рта, связанных с заболеваниями ЖКТ, которые могут отразиться на электролитном состоянии слюны и скорости ее выделения.

3. Оценка эффективности применения жевательной резинки.

1 этап – прием таблетки эритрозина (пищевой краситель), окрашивается зубной налет, оцениваем предварительный уровень гигиены;

2 этап – употребления жевательной резинки (в течение 10 минут);

3 этап – прием таблетки эритрозина (пищевой краситель), окрашивается зубной налет, оцениваем уровень гигиены.

Оцениваем гигиеническое состояние полости рта с помощью гигиенического индекса Грина-Вермильона [3] и с помощью интерпретированного гигиенического индекса (Грина-Вермильона) – ИИ*

* Оцениваем визуально по степени удаления окрашенного налета.

Налет, окрашиваемый покрывает полностью зуб или больше 1/2 со всех сторон на всех зубах – 5;

Налет, окрашиваемый покрывает полностью зуб или больше 1/2 со всех сторон на нескольких зубах (5-7 зубов) – 4;

Налет, окрашиваемый покрывает полностью зуб или больше 1/2 со всех сторон на нескольких зубах (2-4 зубов) – 3;

Налет, окрашиваемый покрывает полностью зуб или больше 1/2 на 2 сторонах зубов (2-4) – 2;

Налет, окрашиваемый в области фиссур и ямок на несколько зубах (<4 зубов) – 1;

Налет, окрашиваемый на зубах отсутствует – 0 (испытуемые перед опытом поели).

Результаты и обсуждения

В результате анкетирования 160 человек, различного «Социального статуса»: учатся – 53%, работают

38%, являются пенсионерами – 9% (пенсионеры, которые работают, отнесены к категории «работают»), выяснено, что лидирующую позицию занимают жевательные резинки в форме подушечек, их предпочитают 69% опрошенных, пластинки – 28%, ленты – 2% и «другие» – 1%. На вопрос: «Какое количество жевательной резинки Вы употребляете за раз?» – Мнения респондентов разделились: 1 подушечку/пластинку – 61%, 2 подушечки/пластинки – 38%; всю упаковку – 1%. время употребления жевательной резинки у участников опроса разное: в течение 10 минут – 6%; в течение 1 часа – 33%; как только исчезает вкус – 43% и никогда не задумывался – 18%, частота употребления жевательной резинки тоже варьирует: часто – 11%; редко – 38%; иногда – 51%; не употребляю – 0%. Большинство респондентов покупают этот продукт для того, чтобы «просто пожевать» – 35%; освежить дыхание – 28%; очистить полость рта, предотвратить кариес – 19%; отбелить зубы и облегчить дыхание – по 6%. Сам выбор жевательной резинки основывается на вкусе, так ответило большинство респондентов – 53%, 2-е место занимает вариант ответа «лишь бы пожевать» – 29%, лишь 3% – выбор свой основывают на функциях жевательной резинки. Лидирующее место по вкусу жевательная резинка – фруктовая (44%), без вкуса (без сахара) – 26%, меньше всего предпочитают сладкую (3%) и ментол/эвкалипт (5%).

«Защищает ли жевательная резинка от кариеса?» – 51% респондентов думают, что да, 49% – нет. 96% участников опроса считают жевательную резинку полезной, все респонденты думают, что жевательная резинка улучшает дыхание.

Анализ полученных данных при исследовании РН слюны показал, что до приема жевательной резинки РН составил 7.24, после РН – 7.74 (среднее значение). Таким образом, жевательная резинка достоверно повышает РН слюны, РН сдвигается в щелочную сторону, что способствует минерализации зубов, тем самым препятствует возникновению кариеса.

Кислотность слюны зависит от скорости слюноотделения, количества слюны. Обычно кислотность смешанной слюны человека равна 6,8-7,4 рН, но при большой скорости слюноотделения достигает 7,7-7,9 рН [1,3,5,6,8].

Испытуемые в течение 10 минут жевали резинку, и этого времени хватило для того, чтобы повысить РН слюны, это доказывает то, что 10-15 минут достаточно для профилактического эффекта, как и утверждают многие авторы [1,2,3,5,6,8].

При оценке эффективности применения жевательной резинки было выявлено, что индекс гигиены полости рта снизился, в среднем до приема – ИГ = 4.0 после ИГ = 1,5, следовательно, уровень гигиены полости рта повысился. Также по данным исследования видно, что жевательная резинка очищает зубной налет, что отмечается как положительное действие, но не полностью счищает его с поверхностей зубов. Плохо убирает налет с вестибулярной стороны жевательной группы в пришеечной области, и в области ямок и фиссур.

Выводы

Результаты исследования показывают, что на сегодняшний день употребление жевательной резинки растет как среди взрослых, так и среди детей. Однако уровень их знаний о влиянии жевательной резинки недостаточен, нет понимания ни о количестве, ни о кратности и времени приема жевательной резинки.

Применение жевательной резинки действительно нормализует РН за счет увеличения скорости слюноотделения. Сдвиг РН в щелочную сторону благоприятно действует на минерализацию зуба, тем самым

предотвращая возникновение кариеса. Жевательную резинку целесообразно принимать после еды в течение 10-15 минут.

По данным эксперимента уровень гигиены при употреблении жевательной резинки повышается, за счет эффективного очищающего действия.

Следовательно, можно считать, что рациональное и правильное употребление жевательной резинки служит профилактике стоматологических заболеваний и не наносит вреда организму.

Список литературы

1. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. – М., 2007.
2. Кича Д.И., Сараджев В.В., Каплан Б.М. Основные направления профилактики стоматологических заболеваний // Вестник новых медицинских технологий. – 2006. – № 2. – Том XIII.
3. Кузьмина Э.М. Профилактика стоматологических заболеваний. – М., 2010.
4. Леонтьев В.К., Улитовский С.Б., Федоров Ю.А., Yagyu T. и др. // International Dental Journal. – 2003; 2004.
5. Макимовский Ю.М., Сагина О.В. Основы профилактики стоматологических заболеваний. – М., 2005.
6. Павленко Л.Г. Профилактика стоматологических заболеваний. – Полтава, 2004. – С. 40-44.
7. Улитовский С.Б. Энциклопедия профилактической стоматологии. – СПб., 2009.
8. Хоменко Л.А., Биденко Н.В., Остапко Е.И., Шматко В.И. Современные средства экзогенной профилактики полости рта. – К: Книга-плюс, 2001.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ДАГЕСТАНЕ

Исаханова С.М.

ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия,
e-mail: isahanova.sidrat@yandex.ru

Актуальность выбранной темы обусловлена необходимостью ознакомления с проведением профилактических мероприятий по борьбе с туберкулезом с целью сохранения и укрепления здоровья человека. Настоящая учебно-исследовательская работа выполнена на кафедре микробиологии и вирусологии (зав. кафедрой д.м.н., проф. Гарасько Е.В.), направлена на выявление количества больных туберкулезом в республике Дагестан по данным Дагестанской Медицинской Академии за 1970 – 2013 гг.

В 1970 году Дагестан относился к одному из самых неблагополучных по туберкулезу регионов Российской Федерации. Заболеваемость туберкулезом здесь в разные годы была в 1,5-2 раза выше, чем в среднем по России, а в Махачкале – в 2,5 раза. Основные причины: недостаточность вакцинации в родильных домах, низкий уровень материально-бытовых условий населения, несовершенство противотуберкулезной службы с дефицитом стационарных коек (многие больные открытыми формами туберкулеза, лечились на дому, заражая окружающих) дефицит специалистов в данной области медицины, распространенность туберкулеза среди крупного рогатого скота.

С 2001 по 2013 год положительная динамика в Дагестане произошла быстрыми темпами. Смертность от туберкулеза в республике снизилась более чем в два раза. Причины улучшения эпидситуации в Дагестане: улучшение материально-бытовых условий населения, укрепление материально-технической базы противотуберкулезных учреждений республики (в Махачкале в 2006 году вошел в строй детский туберкулезный санаторий на 120 коек). В труднодоступных сельских зонах организованы выезды врачей в районы с наихудшими показателями по туберкулезу. Проведены широкомасштабные мероприятия по очистке животноводства от туберкулеза, оздоровлено 320 крупных животноводческих хозяйств.