

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 очищению животноводства от туберкулеза, оздоровлено 320 крупных животноводческих хозяйств.

Таким образом, результаты УИРС показали, что по имеющимся литературным данным, наблюдается положительная динамика заболеваемости туберкулезом в республике Дагестан.

Список литературы

1. <http://www.riadagestan.ru>; <http://dagpravda.ru>.

РЕТИНОПАТИИ НЕДОНОШЕННЫХ У ДЕТЕЙ ОТ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Исмаилова М.А., Пулатова Ш.М.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан, e-mail: miuzam55@mail.ru*

Актуальность

Частота встречаемости ретинопатии недоношенных (РН) составляет от 11 до 47% в разных странах мира. В структуре инвалидности по заболеванию органов зрения у детей РН составляет от 11 до 18%. Среди дошкольников этот показатель достигает 20-30%.

Целью настоящей работы явилось выявление основных факторов риска на развитие РН в зависимости от характера многоплодной беременности (однойяйцовые или разнояйцовые плоды).

Материалы и методы

На базе Республиканского Перинатального Центра проведен ретроспективный анализ историй болезни 28 новорожденных детей от многоплодной беременности (22 новорожденных из двойни, 6 новорожденных из тройни), вошедших в группу риска по развитию РН. Из них однойяйцовых пар – 7 и разнояйцовых пар – 6. Возраст детей составлял от 28 до 34 недель и масса тела при рождении от 1100 до 2300 гр. Всем новорожденным проводилась респираторная терапия.

Детям были проведены следующие обследования: визометрия, наружный осмотр, биомикроскопия, пуллометрия до и после закапывания мидриатиков, моно и бинокулярную офтальмоскопию, нейросонография, общие и биохимические анализы крови.

Результаты исследования

Результаты исследования показали, что патологические изменения головного мозга тесно связаны с развитием РН. В группе детей с РН чаще выявились ПВК, ВЖК, ПВЛ (72% в группе с РН, 18% в группе без РН). У новорожденных с поражением ЦНС, диагностированной на первой неделе жизни, в 84% случаев наблюдалась РН, тогда как у остальных 16% детей с патологическими изменениями со стороны головного мозга выявленными на 3-4 неделях жизни, диагноз РН был исключен.

В группах разделенных на однойяйцовые и разнояйцовые виды многоплодия, отмечались существенные различия по выявляемости РН. В группе однойяйцовых отмечалась 100% выявляемость РН у обоих близнецов, однако у первого плода из близнецов отмечалась более тяжелая степень относительно к рожденному вторым. Среди всех детей этой группы диагностировалась активная фаза РН “0” стадия у 17%; “1” стадия у 83%, из которых 17% протекали в виде «плюс болезни» и 17% закончились индуцированным регрессом. В группе разнояйцовых РН наблюдалась у 25% обоих детей, а в 75% случаев РН отмечена только у одного из плодов. И в этой группе у первородных плодов также преобладала тяжелая форма РН. В группе тройни РН наблюдалась у 67% новорожденных (“0” стадия – 50%, “1” стадия – 50%). Анализ зависимости частоты встречаемости РН от гестации, в настоящем исследовании, показал что начиная с 34 х недель выявляемость РН резко снижается, у 6 детей со сроком гестации 34-35 недель были

выявлены изменения на глазном дне, но диагноз РН был исключен.

Выводы

Многоплодная беременность, заканчивающаяся преждевременными родами, также является фактором риска на развитие РН. У новорожденных рожденных первыми при многоплодной беременности, возрастает риск развития тяжелой формы РН. Патологические изменения в головном мозге способствуют формированию РН у недоношенных детей от многоплодной беременности.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ФАКТОРОВ РИСКА И ИСХОДОВ СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ

Исмаилова М.А., Ходжамова Н.К.,
Абдурахмонова С.З., Сулйманова Л.И.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Ташкент, Узбекистан, e-mail: miuzam55@mail.ru*

Бактериальные инфекции новорожденных занимают первое место в структуре неонатальной заболеваемости и является лидирующей причиной в структуре смертности, по данным ВОЗ составляет до 36%. Летальность от сепсиса новорожденных (СН) составляет 30-40%, тогда как при развитии септического шока летальность достигает 58-60%.

Реформы Здравоохранения в Узбекистане по регионализации медицинской помощи роженицам и новорожденным, направленные на повышение качества услуг в родовспомогательных учреждениях (РВУ), привели к существенному снижению заболеваемости по СН в статистической структуре смертности, однако показатель летальных случаев в самой группе больных остается высоким.

Цель исследования: провести анализ факторов риска на заболеваемость и перинатальные исходы сепсиса новорожденных с позиций сроков манифестации.

Материалы исследования

Исследования проводились в РВУ II и III уровней г. Ташкента. Критериями для включения в группы исследования явились 85 случаев с клиническим диагнозом сепсиса новорожденных (ранняя и поздняя формы), исключались случаи доказанной перинатальной асфиксии тяжелой степени, родовые травмы ЦНС и внутричерепные кровоизлияния, врожденные формы TORCH инфекции, очаговые бактериальные инфекции.

У группу раннего сепсиса новорожденных (РСН) были включены 65 новорожденных с гестационным возрастом от 22 до 42 недель (основная группа), при условии не менее 3-х клинико-лабораторных проявлений бактериальной инфекции в первые 72 часов жизни. Соответственно группу позднего сепсиса новорожденных (ПСН) – составили 20 новорожденных (контрольная группа), со сроком гестации от 22 до 42 недель с клинико-лабораторными проявлениями генерализованной бактериальной инфекции после 72 часов жизни.

В настоящее время в Узбекистане внедряется национальный протокол диагностики и лечения СН, однако диагностика его в родильных домах до настоящего времени чаще базируется на клинических проявлениях. В связи, с чем в наших исследованиях мы также разделили новорожденных на 2 подгруппы: с диагностически достоверными и диагностически сомнительными случаями СН. Критериями для включения в группу диагностически сомнительного СН явились: