(пятнисто-папулёзно-эритематозная) с тенденцией к слиянию.

Осложнения в группе детей до 1 года и старше 1 года были аналогичны осложнениям детей раннего возраста, но во 2 группе они наблюдались у большего числа больных 64 (44,8%) и протекали тяжелее, что отразилось на длительности госпитализации. Если у детей грудного возраста она составила в среднем 5.1 дня, то в данной группе – 6,8.

Во второй группе детей, больных корью, протекающих в легкой форме было 30 (21,0%), среднетяжелой 73 (51,0%) и тяжелой 40 (28,0%).

Начало этого периода фиксировалось с появлением элементов пигментации в том же порядке, в каком высыпала сыпь. Пигментация была довольно постоянным признаком и была отмечена у 132 (92,3%) больных. Пигментированная сыпь отличалась темно-синюшным оттенком и не исчезала при растягивании кожи. У 5 (3,5%) больных пигментация сопровождалась отрубевидным шелушением.

Обсуждение результатов исследования

Заболеванию были подвержены дети всех возрастов, но наибольшее количество детей приходилось на возраст от 1 года до 3-х лет и с 11 до 18 лет. Наименьшее количество заболевших приходилось на 1-ое полугодие жизни.

Начало заболевания у всех детей было острым, но продолжительность катарального периода у больных 2-й группы была несколько продолжительней (2,4 дня против 1,9).

Проводимый сравнительный анализ клинических проявлений катарального периода больных 1-й и 2-й групп позволяет констатировать, что выраженность интоксикации, равно, как и катаральных явлений, были более выраженными у детей старшего возраста ($P<0,05$).

Пятна Бельского-Филатова были обнаружены у половины детей в возрасте до 1-го года и у 2/3 старшего возраста ($P<0,05$). Коревая энантема была выявлена практически у всех больных, что позволяет еще раз признать эти симптомы патогномоничными для детей всех возрастных групп.

Появление сыпи сопровождалось резким ухудшением состояния у детей 2-й группы (подъём температуры, рвота, вялость). У детей 1-й группы лихорадка оставалась субфебрильной, и только у 13,6% детей было отмечено незначительное ухудшение состояния в виде нарастания симптомов интоксикации и лихорадки.

Сыпь по своей природе была полиморфной (папула, розеола, макула, эритема), красно-бордового цвета, но у половины детей 1-го года жизни она не имела тенденции к этапности и первые элементы появлялись не на лице, а на туловище, животе. У старших детей она высыпала этапно ($P<0,05$) в течение 2,5 суток, против 1,7 дней в первой группе.

Осложнения во 2-й группе были отмечены у 44,8% детей, в первой группе – у 31,8%.

Пигментация, как ретроспективный симптом, перенесенной кори, была почти у всех больных 2-й группы и у 59,1% больных до 1 года ($P<0,05$).

Корь у детей грудного возраста протекала преимущественно в легкой и среднетяжелой формах (95%), в старшем возрасте ($P<0,05$) – напротив, в среднетяжелых и тяжелых (79%).

Выводы

1. Корь у детей старше 1 года протекает тяжелее в сравнении с детьми грудного возраста.

2. Тяжелое течение кори в старшем возрасте, преобладание заболеваемости детей в возрасте от 11 до 18 лет, косвенно свидетельствует о снижении или исчезновении поствакцинального иммунитета, что диктует необходимость проведения ревакцинации против кори школьникам старших классов.

3. Симптом Бельского-Филатова, коревая энантема остаются важными диагностическими и дифференциально-диагностическими признаками ранней диагностики кори в любом возрасте, а пигментация служит ценным ретроспективным признаком перенесенного заболевания.

КУЛЕРНАЯ ВОДА ИЗВЕСТНЫХ ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ ЕЁ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА И ВЛИЯНИЕ НА ESHERICHIA COLI

Морозов Е.А., Кнышова Л.П., Кулинич А.В., Стрыгин А.В.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, Россия, e-mail: 05egor07@rambler.ru

Введение

В крупных городах нашей страны в последние годы отмечается увеличение доли рынка доставки воды в 19-литровой таре. Использование кулеров очень удобно, но каковы преимущества кулерной воды для здоровья?

Большинство людей полагает (и виной тому обширная пропаганда вреда водопроводной воды в прессе), что хуже водопроводной хлорированной воды для организма быть ничего не может. На самом же деле, отдавая предпочтение кулерной воде перед водопроводной мы выбираем одно из зол, а меньшее ли оно сказать пока не может никто.

С увеличением спроса на практичные в использовании кулеры, так же растет и количество поставщиков воды. Вне зависимости от производителя воды, любая компания стремится предоставить качественную, хорошо очищенную воду, пригодную для питья. К сожалению, методы очистки, консервации и контроля производства имеют свои различия, что может повлечь за собой потерю качества и пригодности ее в употреблении. Однако Росконтроль при оценке результатов испытаний воды руководствуется исключительно требованиями нормативных документов Российской Федерации и Таможенного союза, основанных на научных исследованиях наших и зарубежных ученых и гармонизированы с аналогичными нормативами или рекомендациями ЕС, ВОЗ и т.д.

Дело в том, что вода в бутыли имеет обыкновение цвести. На стенках бутыли образуются сине-зеленые водоросли, продуктом жизнедеятельности которых являются токсины. Так как, в современной производственной практике встречается использование антибиотиков для увеличения сроков хранения продукта, у нас возник вопрос: «Почему кулерная вода известных поставщиков не цветет? Нет ли в её составе минимальной дозы антибиотиков, позволяющей бороться с сине-зелеными водорослями?»

Цель: определить наличие антибактериальных свойств кулерной воды и её влияние на микрофлору кишечника здорового человека.

Материал и методы

Для проведения анализа была выполнена контрольная закупка воды пяти различных производителей: Дона, Горячий Ключ, Родничок, Кристальная капля, Архыз. В качестве основного представителя кишечной микрофлоры был выбран стандартный штамм кишечной палочки (M17 E.coli). Методом исследования нами был выбран наиболее подходящий и информативный бактериологический метод. Среда для исследования – дифференциально-диагностическая пи-

тательная среда, предназначенная для выделения Esherichia coli.

Результаты и обсуждения

В результате эксперимента все исследуемые опытные образцы не показали существенных изменений характера и остановки роста Esherichia coli на питательной среде с дисками, пропитанными образцами воды.

Выводы

1. Анализ результатов проведенного эксперимента показал, что кулерная вода данных производителей не обладает антибактериальными свойствами и не содержит антибиотиков.

2. Из всего вышеизложенного можно сделать вывод, что кулерная вода данных производителей не влияет на кишечную микрофлору человека и пригодна для употребления.

Список литературы

1. Бармин М.И., Темнов П.Н. Экология воды. Живая вода существует!!! Том 3. СПб.: Комильфо, 2010.

2. О некоторых вопросах поддержания качества воды и её самоочищения // Водные ресурсы. – 2005. – Т. 32, № 3. – С. 337-347.

3. Петрянов И.В. Самое необыкновенное вещество // Химия и жизнь. – 1965. – № 3. – С. 2-14.

4. International Union of Pure and Applied Chemistry. Nomenclature of Inorganic Chemistry. IUPAC RECOMMENDATIONS 2005 // RSC Publishing. – 2005. – 306 p.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАСТИКИ УЗДЕЧКИ ЯЗЫКА У ДЕТЕЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Нестерова А.Е., Тимошенко А.Н., Шишкина В.И.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, e-mail: antimochenko90@yandex.ru

Цель исследования: повышение эффективности лечения детей с укороченной уздечкой языка путем выбора оптимальных сроков хирургического лечения.

Материалы и методы

Было обследовано 79 детей с укороченной уздечкой языка. Пациенты распределялись по возрасту: I группа – 1-3 года (19 детей); II группа – 4-5 лет (14 детей); III группа – 6-12 лет (46 детей). Производилась коррекция уздечки языка традиционным методом. Основными критериями эффективности являлись: образование мягко-эластичного подвижного рубца; свободное касание языком твёрдого нёба, верхней губы; нормализация звукопроизношения; отсутствие жалоб родителей [1].

Результаты исследования

При обследовании детей до операции было выявлено, что менее длительный реабилитационный период наблюдался у детей II группы (4-6 месяцев). У обследованных I группы данный период составил 6-8 месяцев, Длительность реабилитации пациентов III группы оказалась более продолжительной (7-9 месяцев), что может быть связано со склонностью к интенсивному рубцеванию в данном возрастном периоде.

Выводы

Рассечение уздечки языка в пределах слизистой оболочки, не затрагивая мышечного слоя целесообразно проводить в период новорожденности [2]. Следующим оптимальным для оперативного вмешательства считаем 4-5-летний возраст, так как: в данном периоде возможно проведение логопедических занятий и миогимнастики; предупреждения деформации прикуса.

Список литературы

1. Тимошенко А.Н., Романов И.Ю., Нестерова А.Е. Обоснование возрастных показаний к пластике уздечки языка у детей: материалы 72-й открытой научно-практической конференции ВолгГМУ. – Волгоград, 2014.

2. Segal L.M., Stephenson R., Dawes M., Feldman P. Prevalence, diagnosis, and treatment of ankyloglossia: methodologic review // Canadian Family Physician. – 2007.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАТЕРИАЛА «БИООСС» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ, АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА И НЁБА

Нестерова А.Е., Тимошенко А.Н., Фоменко И.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, e-mail: antimochenko90@yandex.ru

Цель исследования: оценка эффективности лечения больных с врожденной расщелиной верхней губы, альвеолярного отростка и неба (ВРГАОН) с использованием остеопластического материала «БиоОсс».

Материалы и методы

Проведено комплексное обследование и лечение 62 детей с ВРГАОН. 31 ребёнку пластика дефекта АО проводилась с использованием остеопластического препарата «БиоОсс». Критериями эффективности являлись: оссификиция расщелины, определяемая рентгенологически; прорезывание клыка и нормализация его положения; сроки ортодонтического лечения [1,2].

Результаты и обсуждения

Установлено, что частичная оссификация и создание оптимальных условий для прорезывания и нормализации положения клыка наиболее благоприятно протекали у больных в лечении которых использовались остеопластические материалы («БиоОсс» и «Биогайт»). Длительность реабилитационного периода составил от 6 до 9 месяцев. У детей в лечении которых не использовались указанные материалы, комплекс реабилитационных мероприятий длился от 10 до 16 месяцев

Выводы

Применение остеопластического материала пластике дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти способствует сокращению сроков последующего ортодонтического лечения, прорезыванию клыка и нормализации его положения.

Список литературы

1. Водолацкий М.П., Зеленский В.А., Бочкова И.В. Устранение деформации наружного носа у больных с врождённой односторонней расщелиной верхней губы // Актуальные вопросы стоматологии: сборник научных трудов ВМА. – Волгоград, 1994. – С. 20-24.

2. Фоменко И.В. и др. Эпидемиологическая характеристика врождённых расщелин лица на территории Волгограда и обл. // Стоматология детского возраста и профилактика. – 2009. – Т 8, № 1. – С. 20-24.

ОБОСНОВАНИЕ ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ КАК МЕТОДА СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОДОНТОГЕННЫХ КИСТ У ДЕТЕЙ

Нестерова А.Е., Тимошенко А.Н., Касаткина А.Л.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия, e-mail: antimochenko90@yandex.ru

Своевременная диагностика одонтогенных кист часто затруднена ввиду их длительного бессимптомного течения. [2]. Различные вариации развития, разнообразная клиника обусловливают сложности диа-