

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.: Комилфо, 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 твердого 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 ВолГМУ. – 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 ВРОЖДЕННОЙ 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: оксификация расщелины, определяемая рентгенологически; прорезывание клыка и нормализация его положения; сроки ортодонтического лечения [1,2].

Результаты и обсуждения

Установлено, что частичная оксификация 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 врожденной односторонней расщелиной верхней губы // Актуальные вопросы стоматологии: сборник научных трудов ВМА. – Волгоград, 1994. – С. 20-24.
2. Фоменко И.В. и др. Эпидемиологическая характеристика врожденных 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 обуславливают сложности диа-