

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 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 обуславливают сложности диа-

гностики и оптимального лечения [1]. **Цель исследования:** выбор наиболее рационального метода лечения в зависимости от клинической картины одонтогенных воспалительных кист.

Материалы и методы

Проведено обследование и лечение 47 детей с диагнозом одонтогенная воспалительная киста.

Результаты исследования

Абсолютное большинство (43 ребёнка 91%) составили дети от 8 до 12 лет. У 39 детей (83%) причиной развития радикулярной кисты являлись зубы, ранее леченные резорцин-формалиновым методом. При лечении воспалительных радикулярных кист, размером до 2 см. в диаметре доступ к кистозной полости осуществлялся через лунку удалённого «причинного» зуба; при «прорастании» кисты в верхнечелюстную пазуху – цистэктомии и синусотомии.

Выводы

Полученные результаты указывают на необходимость диспансеризации детей, ранее которым проводилось лечение зубов по поводу осложнённого кариеса (особенно резорцин-формалиновым методом).

Список литературы

1. Никитин А.А. и др. Хирургическое лечение кистозных образований челюстных костей у детей с использованием биокompatционных материалов // *Стоматология*. – 2005. – № 2. – С. 40-43.
2. Фоменко И.В. и др. К проблеме лечения и профилактики воспалительных кист челюстей у детей: сборник трудов II Российского регионального конгресса ассоциации детской стоматологии (IAPD), 29 сентября – 1 октября 2014 г. – Москва, 2014. – С. 169-170.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ АМИЛОИДОЗА

Николаева О.В., Шептухина А.И.,
Козлов В.А., Сапожников С.П.

*ФБГОУ ВПО «Чувашский государственный университет
им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия,
e-mail: priffetik@bk.ru*

В современном мире в связи с удлинением жизни и улучшением ее качества проблема амилоидоза становится все более актуальной, поскольку увеличивается общее число больных, страдающих хроническими воспалительными заболеваниями, и людей с наследственными формами амилоидоза.

Установлено, что амилоидоз сердца обнаруживается у 2,3% умерших в возрасте до 50 лет, в возрастной группе 50-70 лет его выявляют у 30%, в группе 70-80 лет – уже у 41%, а у лиц, умерших в возрасте старше 90 лет, амилоидоз миокарда обнаруживали в 71-90% случаев [Козловская Л.В., Рамеев В.В., Саркисова И.А. Амилоидоз у пожилых // *Клиническая медицина: научно-практический журнал*. – 2005. – Т. 83, № 6. – С. 12-20. – ISSN 0023-2149].

В то же время, теории, удовлетворительно объясняющей все патогенетические феномены, свойственные различным формам амилоидогенеза и одновременно позволяющей прогнозировать эффективность средств лечения и профилактики этой патологии – нет.

Все известные нам способы получения экспериментального системного амилоидоза предполагают в качестве экспериментальных животных использование старых животных мышей, крыс или морских свинок, поскольку именно старческая брадитрофия тканей позволяет осуществить моделирование амилоидоза. На молодых крысах амилоидоз с использованием известных способов не воспроизводится вследствие особенностей обмена веществ. Однако использование

старых животных не позволяет проводить долгосрочный фармакологический эксперимент по лечению и профилактике амилоидоза. Продолжительность пребывания старых животных в каком-либо эксперименте резко ограничена преклонным возрастом.

В связи с вышесказанным, целью нашего исследования является разработка собственных экспериментальных моделей амилоидоза, воспроизводимых на молодых животных.

Материал и методы

В эксперименте были использованы шестнадцать белых лабораторных половозрелых 35-дневных мышей-самцов массой 28,5±1,2 г, содержащихся на стандартном рационе вивария. Случайным образом мыши были разделены на три группы по три мыши в первой и второй группах и четыре мыши в третьей группе:

- 1) контрольная группа,
- 2) группа, в течение 30-ти дней получали подкожно через день 0,5 мл смеси цельного молока, содержащей 30% сырого яичного альбумина, 15 инъекций,
- 3) группа, получали подкожно ежедневно в течение 30-ти дней яичный альбумин по 0,5 мл вместе со взвесью дигидрохлоридом в 3% растворе крахмального клейстера из расчета 1,5 мг/кг массы *per os*. Все мыши в течение всего времени эксперимента находились в одной клетке. Доступ к воде и корму был свободный.

По окончании введения белковых препаратов мыши были декапитированы. Органы: печень, левая почка, селезенка, – изъяты, измерены миллиметровой лентой, взвешены на электронных аналитических весах и зафиксированы 10% нейтральным формалином. После формалиновой фиксации органы были отмыты проточной водой, проведены через батарею спиртов восходящей крепости для обезвоживания и залиты парафином.

Из парафиновых заливок были приготовлены срезы толщиной 5 мкм, которые монтировали на предметных стеклах, после чего депарафинировали и окрашивали 1% раствором красного конго для выявления амилоида и докрашивали гематоксилином. Срезы микроскопировали в проходящем свете на микроскопе Лейка с последующей видеофиксацией микрофотографией в цифровом виде, а также на поляризационном микроскопе МИН-8.

Результаты исследования

Контрольная группа – форма, линейные размеры, цвет и консистенция органов интактных животных были в пределах возрастной нормы, каких-либо патологических изменений, вызванных болезнями лабораторных животных, не выявлено. Капсула почки снимается легко. Данные о влажной массе изъятых органов представлены в таблице.

На срезах почки диаметр клубочка составлял около 50-70 мкм. Нефротелий был представлен клетками, приближающимися к кубическому эпителию с округлыми ядрами и цитоплазмой, прокрашивающейся в кирпичный цвет. По количеству ядер в петлях капилляров клубочка определялось от 45 до 60 клеток и примерно столько же эритроцитов. Наблюдается картина нефрита. Канальцевый эпителий не имел морфологических отклонений и соответствовал гистологической норме. Отдельные сегменты клубочка представлены гомогенными конго-положительными депозитами, не содержащими ядер, которые сдавливали петли капилляров, о чем свидетельствуют ядра овальной или уплощенной формы. Выявлялись единичные эритроциты. Просветы канальцев несколько сужены, имели фестончатое строение, содержали зер-