

(KF_k) – 1,06 и для латеральных резцов нижней челюсти (KF_p) – 1,03. Таким образом, фронтальная диагональ, соединяющая точки зубной дуги, соответствующие расположению медиальной поверхности медиального резца нижней челюсти и середине дистальной поверхности второго постоянного моляра, равнялась отношению длины зубной дуги (L_d или L_s), к константе фронтального диагонального размера зубной дуги ($KF_{ж}$).

Ширина зубной дуги между вторыми молярами коррелировала с длиной зубной дуги. Опытным путем определена константа для определения ширины зубной дуги между вторыми постоянными молярами (KW), которая составляла 2,07.

Зная размеры фронтальной диагонали и ширину дуги, глубина зубной дуги (D) рассчитывалась по формуле:

$$D = \sqrt{F^2 - (W/2)^2}.$$

При нормодонтизме и соответствии размеров зубных дуг (полу дуг) верхней челюсти левой и правой стороны полученные дуг зеркально соответствовали друг другу.

Полученные данные легли в основу определения параметров зубной дуги в любой исследуемой точке (x).

Во-первых, определяли длину фронтальной диагонали. Для жевательных зубов она определялась по формуле:

$$F_x = L_x / (KF_{ж}).$$

Для клыков:

$$F_x = L_x / (KF_k).$$

Глубину зубной дуги в искомой точке определяли по формуле:

$$D_x = D - (F - F_x).$$

Ширину зубной дуги в искомой точке (W_x) определяли по формуле:

$$W_x = \sqrt{F_x^2 - D_x^2}.$$

Ширину зубной дуги в искомой точке (W_x) рекомендуем рассчитывать с учетом известных параметров, а именно, в зависимости от длины и глубины зубной дуги в области вторых постоянных моляров.

Ширину зубной дуги в искомой точке (W_x) для моляров и премоляров определяли по формуле:

$$W_x = \sqrt{(L_x / 1,1)^2 - (D - L + L_x)^2}.$$

Ширину зубной дуги в искомой точке (W_x) для клыков определяли по формуле:

$$W_x = \sqrt{(L_x / 1,06)^2 - (D - L + L_x)^2}.$$

Ширину зубной дуги в искомой точке (W_x) для латеральных нижних резцов определяли по формуле:

$$W_x = \sqrt{(L_x / 1,03)^2 - (D - L + L_x)^2},$$

где D – глубина зубной дуги до вторых моляров; L – длина зубной дуги до вторых моляров; L_x – длина зубной дуги до искомой точки.

Для удобства измерений нами предложено использовать компьютерные программы для анализа размеров зубной дуги верхней челюсти в различных ее участках, что имеет значение для диагностики и выборе методов ортодонтического лечения.

Список литературы

1. Бердин В.В., Севастьянов А.В., Фишев С.Б., Дмитриенко Д.С., Лепилин А.В. К вопросу определения размеров зубных дуг в сагиттальном и трансверзальном направлениях. // *Стоматология детского возраста и профилактика.* – 2013. – Т. XII – № 3(46). – С. 43–45.
2. Романовская А.П. Антропометрический метод оценки гармонии лица // *Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения.* – Труды КГМУ. – 2002. – Том 138, ч. 1. – С. 167–170.
3. Севастьянов С.Б., Фишев И.В., Орлова и др. Определение расположения постоянных зубов в зависимости от размера на ортопантомограммах. // *Стоматология детского возраста и профилактика.* – 2014. – Т. XIII – № 4 (51). – С. 48–50.
4. Фишев С.Б., Севастьянов А.В., Дмитриенко Д.С., Бердин В.В., Лепилин А.В. Основные линейные параметры зубочелюстных дуг при нормодонтизме постоянных зубов. // *Стоматология детского возраста и профилактика.* – 2012. – Т. XI – № 3(42). – С. 38–42.
5. Фишев С.Б., Севастьянов А.В., Орлова И.В., Королёв А.И., Багомаев Т.С. Эффективность компьютерного моделирования результатов лечения пациентов с дефектами зубных рядов в сочетании с с дистальной окклюзией. // *Стоматология детского возраста и профилактика.* – 2015. – Т. XIV. – № 1 (52). – С. 23–28.
6. Bolton W.A. The clinical application of a tooth-size analysis. // *Am. J. Orthod.*, 1962. – № 48. – P. 504–529.
7. Gesch D., Kirbschus A., Gedrange T. Do bivariate and multivariate cephalometric analyses lead to different results concerning the skeletal cause of postnormal occlusion? // *Funct Orthod.* 2005 Summer-Fall;22(2):6-8, 10, 12-13.
8. Poosti M., Jalali T. Tooth size and arch dimension in uncrowded versus crowded Class I malocclusions. // *J. Contemp. Dent. Pract.* – 2007. – № 8(3). – P. 45–52.
9. Potter R.H., Nance W.E. A twin study on dental dimension. I, Discordance, asymmetry and mirror imagery // *Am. J. Phys. Anthropol.* – 1976. – № 44. – P. 391–395.
10. Potter R.H., Nance W.E. A twin study on dental dimension. II, Independent genetic determinants // *Am. J. Phys. Anthropol.* – 1976. – № 44. – P. 397–412.
11. Tanaka M.M., Johnson L.E. The prediction of the size of unerupted canines and premolars in a contemporary orthodontic population. *JADA* 88: 798-801. – 1974.

ОСОБЕННОСТИ СДВИГОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ В ДИНАМИКЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ПЕРВОРОДЯЩИХ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Григорьева Н.А., Чеснокова Н.П., Глухова Т.Н.,
Понукалина Е.В.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского» МЗ РФ, Саратов,
e-mail: gluchova05@mail.ru

Целью настоящего исследования явилось изучение закономерностей сдвигов функционального состояния сосудистой стенки, в частности, изменения уровня в крови эндотелина-1,

тромбомодулина, тромбоспондина, молекул межклеточной адгезии и метаболитов оксида азота, у первородящих позднего репродуктивного возраста и сопоставление их с особенностями функционального состояния сосудистой стенки у первородящих активного репродуктивного возраста в динамике гестации.

Для решения поставленных задач проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 32 практически здоровых первородящих женщин позднего репродуктивного возраста и 24 практически здоровых первородящих пациенток активного репродуктивного возраста с физиологическим течением гестации.

В контрольную группу были включены 20 практически здоровых небеременных женщин активного репродуктивного возраста.

Исследования проведены методом твердофазного иммуноферментного анализа на иммуноферментном анализаторе «MD-6000» (производитель «Meredith Diagnostics», Англия). Содержание эндотелина-1 в крови определяли с использованием тест-систем производства «Biomedica» (Австрия), для определения тромбомодулина использованы реактивы фирмы Siemens Healthare Diagnostics (Германия), тромбоспондина и метаболитов оксида азота – реактивы фирмы RnD Systems (Англия), молекул межклеточной адгезии sICAM-реактивы Фирмы «Bender MedSystems» (Австрия).

Как показали проведенные исследования, у пациенток активного репродуктивного и позднего репродуктивного возрастов в 1-м триместре беременности не отмечено сдвигов изученных нами показателей функционального состояния сосудистой стенки по сравнению с таковыми показателями у практически здоровых небеременных женщин.

Во 2-м триместре гестации у первородящих активного репродуктивного возраста содержание в крови эндотелина-1 и молекул межклеточной адгезии превышало аналогичные показатели у небеременных женщин ($p < 0,05$, $p_1 < 0,05$), в то время как уровень тромбомодулина, тромбоспондина и метаболитов оксида азота в крови не отличался от аналогичных показателей у небеременных женщин, а также пациенток в ранние сроки гестации.

Изучение функционального состояния сосудистой стенки у первородящих позднего репродуктивного возраста во 2-м триместре гестации позволило выявить возрастание уровня эндотелина-1 и снижение содержания метаболитов оксида азота в крови ($p < 0,05$, $p_1 < 0,05$), по сравнению с аналогичными показателями первородящих активного репродуктивного возраста в те же сроки гестации, оставался повышенным уровень молекул межклеточной адгезии в крови. Существенных различий в уровне тромбомодулина, тромбоспондина в крови во 2-м триместре гестации у пациенток различных возрастных групп не обнаружено.

В 3-м триместре гестации у первородящих активного репродуктивного возраста отмечен значительно более высокий уровень в крови эндотелина-1, молекул межклеточной адгезии и тромбоспондина ($p < 0,001$; $p_1 < 0,001$; $p_2 < 0,05$), снижение уровня тромбомодулина в крови ($p_3 < 0,05$) относительно аналогичных показателей в группе небеременных женщин, в то время как содержание в крови метаболитов оксида азота существенно не отличалось от данного показателя у небеременных женщин и пациенток активного репродуктивного возраста в более ранние сроки гестации.

Мониторинг показателей функционального состояния сосудистой стенки у первородящих позднего репродуктивного возраста в 3-м триместре гестации позволил выявить возрастание уровня эндотелина-1 и молекул межклеточной адгезии, снижение содержания метаболитов оксида азота и тромбомодулина в крови по сравнению с таковыми показателями первородящих активного репродуктивного возраста в тот же период гестации $p < 0,05$; $p_1 < 0,05$; $p_2 < 0,05$; $p_3 < 0,05$), при этом содержание в крови тромбоспондина в обеих группах наблюдения существенно не различалось.

Таким образом, проведенные нами исследования позволили сделать следующее заключение.

1. В 1-м триместре беременности у первородящих активного и позднего репродуктивных возрастов не выявлено изменений изученных нами показателей функционального состояния сосудистой стенки (уровня эндотелина-1, тромбомодулина, тромбоспондина, метаболитов оксида азота, молекул межклеточной адгезии в крови) по сравнению с таковыми показателями у небеременных женщин.

2. По мере дальнейшего развития гестации во 2-м триместре у первородящих активного репродуктивного возраста отмечено повышение уровня в крови эндотелина-1 и молекул межклеточной адгезии относительно соответствующих параметров небеременных женщин. У пациенток позднего репродуктивного возраста в тот же период наблюдения выявлено более значительное возрастание уровня эндотелина-1, снижение содержания метаболитов оксида азота в крови по сравнению с аналогичными показателями первородящих активного репродуктивного возраста.

3. В 3-м триместре гестации у первородящих активного репродуктивного возраста зарегистрированы значительно более высокий уровень в крови эндотелина-1, молекул межклеточной адгезии и тромбоспондина, снижение уровня тромбомодулина в крови относительно аналогичных показателей в группе небеременных женщин. При изучении функционального состояния сосудистой стенки у первородящих позднего репродуктивного возраста в 3-м триместре гестации отмечено возрастание содер-

жания эндотелина-1 и молекул межклеточной адгезии, снижение уровня метаболитов оксида азота и тромбомодулина в крови по сравнению показателями первородящих активного репродуктивного возраста в тот же период гестации.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СИТУАЦИИ ПО ВЕНЕРИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ Г. СТЕРЛИТАМАК РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

¹Зубаирова И.И., ¹Мазгарова Ф.М., ²Байрамгулова Г.Р., ³Низаметдинова Э.К.

¹Кожно-венерологический диспансер, Стерлитамак, e-mail: gulfira.bairamgulova@yandex.ru;

²Сибайский институт БауГУ, Сибай;

³ГУП Санаторий «Янгантау», Янгантау

Серьезную тревогу вызывают заболевания передаваемые половым путем: хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз и др., распространенность которых в несколько раз превышает заболеваемость гонореей и которые являются наиболее частой причиной возникновения воспалительных заболеваний мочеполовых органов [1].

Нами был проведен статистический анализ венерических заболеваний в г. Стерлитамак РБ на базе кожно-венерологический диспансера г. Стерлитамак Республики Башкортостан. За период 2012–2014 гг. отмечается небольшое увеличение процента выявления источников заражения. Работа по выявлению больных была с переменным успехом, увеличение числа активно выявленных больных отмечалось в 2013 году, в 2014 году этот показатель вновь снизился (таблица).

Заболеваемость ИППП за период с 2012 по 2014 гг. в г. Стерлитамак РБ

Заболевания	2012	2013	2014
Хламидиоз	65	52	58
Аногенитальные бородавки	18	11	29
Генитальный герпес	12	7	14
Трихомоноз	84	71	68

Количество ИППП колеблется: отмечается небольшое снижение с последующим подъемом заболеваемости. При имеющейся тенденции снижения, либо стабилизации инфекций, передаваемых половым путем, количество зарегистрированных больных ИППП совершенно не отражает истинной заболеваемости. Возможность обращения городского населения в государственные медицинские организации, где не налажена система учета и отчетности по ИППП, а также самолечение приводят к искусственному снижению регистрации не только учитываемых инфекций, передаваемых половым путем, но и заразных кожных заболеваний. Отсутствие директивного документа, регламентирующего

отчетность по ИППП частнопрактикующих врачей перед органами государственной статистики, приводит к искажению реальной картины заболеваемости.

Таким образом, несмотря на отмечающееся в последние годы снижение, заболеваемость половыми инфекциями сохраняется на довольно высоком уровне и одной из причин этого являются отсутствие на государственном уровне системы нравственно-полового воспитания детей и подростков. Необходимо проводить активную санитарно-просветительную работу среди населения города, используя средства массовой информации.

Список литературы

1. Дерматовенерология: клинические рекомендации под редакцией Кубановой А.А. «По ведению больных с ИППП и урогенитальными инфекциями». – 2012. – С. 34–69.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА БАЙМАКСКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

¹Кужабаева З.Г., ¹Абдуллин Ю.В., ²Байрамгулова Г.Р.

¹ГБУЗ РБ «Баймакская центральная городская больница», Баймак, e-mail: gulfira.bairamgulova@yandex.ru;

²Сибайский институт (филиал) БауГУ, Сибай

В условиях ухудшения демографической ситуации в стране, которое характеризуется резким снижением рождаемости и высоким уровнем младенческой смертности, актуальной проблемой охраны материнства и детства является разработка мероприятий, направленных на сохранение здоровья новорожденных и профилактику их заболеваний [1].

В 2015 году под наблюдение в женскую консультацию Баймакского района поступило 524 беременных, в том числе до 12 недель 481, что составляет 92% (2014 г. – 92%). При родах имели заболевания 403 беременных (64%), у которых зарегистрировано 707 заболеваний. В структуре заболеваемости первое место занимает анемия – 237 случаев или 33,5%, на втором месте болезни мочеполовой системы – 168 случаев (23,7%), далее следуют гестозы – 51 случай (13%). Произведено 238 аборт, что в 1,7 раза меньше уровня 2014 года. Показатель аборта на 1000 женщин фертильного возраста 16,0. Соотношение родов к абортам 2,4. Преждевременных родов – 11 или 3%. Первичное невынашивание – 32 (8%). Выявлено 2 случая врожденного порока сердца. Прерывание беременности произведено в 4-х случаях.

Заболеваемость детей первого года жизни составила 3480 на 1000 детского населения. В структуре заболеваемости ведущую позицию занимают болезни органов дыхания (1844,0 на 1000 детей соответствующего возраста). На вто-