

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-

ром месте находятся болезни крови и органов кроветворения и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм 477,3 на 1000 детей. Далее следуют отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде 601,3 на 1000 детей, болезни органов пищеварения 248. Младенческая смертность за 2015 год составила 11,8%, что больше показателя 2014 года в 2 раза. Всего умерло 10 детей первого года жизни. В структуре младенческой смертности на ведущих местах идут отдельные состояния в перинатальном периоде – 30% и врожденные пороки развития 30%. Далее следуют последствия воздействия внешних причин (травмы) – 20%, затем инфекционные заболевания (ротавирусный энтероколит 10%) и вирусная пневмония 10%. В рамках диспансеризации осмотрено 14650 детей. Всего выявлено 8442 заболевания, что составляет 57624,5 на 100 тысяч детей от 0 до 17 лет. В том числе выявлено впервые – 1722 или 11754,2 на 100 тысяч детей от 0 до 17 лет. Первичная заболеваемость составила 20,4% от общей заболеваемости.

Таким образом, на современном этапе необходимо совершенствование материально-технической базы медицинских организаций, внедрение новых методов диагностики и профилактики наследственных заболеваний и врожденных пороков развития у детей, внедрение стандартов оказания медицинской помощи детям, совершенствование методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, улучшение качества оказания лекарственной помощи в учреждениях здравоохранения и аптечных организациях.

Список литературы

1. Баранов В.С. Цитогенетика эмбрионального развития человека: научно-практические аспекты / В.С. Баранов, Т.В. Кузнецова. – СПб., 2007. – 340 с.

ЭМБРИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ СЕЛЕЗЕНКИ И ЛЕВОЙ ГОНАДЫ ЧЕЛОВЕКА

Петренко В.М.

Санкт-Петербург, e-mail: deptanatomy@hotmail.com

Эмбриональное развитие селезенки и гонад человека в литературе описаны, однако без сравнения. Мной исследованы серийные срезы 30 эмбрионов человека 5–30 мм (4–8 нед) толщиной 5–7 мкм, окрашенные гематоксилином

и эозином, смесью Маллори, альциановым и толуидиновым синими, импрегнированные нитратом серебра, ставилась ШИК-реакция.

В эмбриональном развитии селезенки и гонад человека можно выделить две стадии – закладки (5–6 нед) и ее обособления с первичной гистологической дифференциацией (7–8 нед). У эмбрионов 7–8 мм длины (5 нед) определяются утолщения целомического эпителия на вентромедиальной поверхности левого мезонефроса и на гонадной стороне дорсальной брыжейки желудка, над дорсальным зачатком поджелудочной железы (эпителиальные закладки левой гонады и селезенки). Зачатки выбухают в целомическую полость в виде плакод, причем навстречу друг другу. Из утолщенного целомического эпителия выселяются клетки в подлежащую мезенхиму. У эмбрионов 8,5–12 мм длины (6-я нед) продолжается утолщение целомического эпителия с выселением клеток из него, подлежащая мезенхима уплотняется, в ней определяются множество митозов и кровеносные микрососуды, органые закладки селезенки и гонады увеличиваются в размерах. У эмбрионов 14–30 мм длины (6–8 нед) интенсивный рост закладок селезенки и левой гонады продолжается и приводит к их обособлению от дорсального мезогастрия с более рыхлой стромой и редуцирующегося левого мезонефроса. Органы приобретают гребневидную форму, их строма разрыхляется, митозы встречаются реже. В эти сроки наблюдается интенсивная продукция протеогликанов (прежде всего – гиалуронатов), формируется сеть ретикулярных волокон. В гонаде сильно разрастаются эпителиальные тяжи, вокруг расширяющихся микрососудов селезенки видны макрофаги, эритроциты, лимфоциты, формирующие первичные селезеночные тяжи. Артерии имеют адвентициальную оболочку, вены – эндотелиальные стенки, легко сдавливаются, что может приводить к застою крови и выходу ее клеток в вещество селезенки.

Заключение

Обнаружены совпадения локализации и времени закладки селезенки и левой гонады в эмбриогенезе человека, сходство в их морфогенезе и гистогенезе, особенно на стадии эпителиальной закладки. Можно предположить индуцирующее влияние гонады или гонобластов на дорсальный мезогастрий, где происходит закладка селезенки.