

вится не выгодно показывать прибыль в отчетных бухгалтерских и налоговых формах. Поскольку многие субъекты предпринимательства страдают от нехватки оборотных средств, то для данной категории налогоплательщиков оптимальным был расчет с бюджетом по уплате НДС в момент получения оплаты от покупателя денежных средств за отгруженный товар (оказанные услуги), а не в момент отгрузки.

Если нет инвестиций и роста спроса собственного населения, то увеличение объема производства приобретает весьма нестабильный характер. Не каждый производитель сможет адаптироваться, поскольку поиск источников и привлечение инвестиций в настоящее время довольно сложный процесс.

Проблема инвестиций не только техническая, но и психологическая. Многие руководители предприятий ориентируются только на два источника финансирования – государство или банковские займы. Государственное финансирование доступно не многим. Сложна процедура получения коммерческого кредита, поскольку требуется предоставление ликвидного обеспечения кредита. Как в такой ситуации быть финансово-кризисным предприятиям?

Темпы преобразований сдерживают высокий уровень задолженности банкам, ограничивающий возможности предприятий вкладывать дополнительные средства в преобразования и развитие новых предприятий, а также расхождение в целях между банками, стремящимися к погашению своих кредитов, и инвестиционными фондами, ожидающими прибыль на долгосрочные инвестиции.

Одним из препятствий на пути привлечения частных инвестиций является то, что многие российские предприятия не в состоянии предоставить бизнес-планы, разработанные в соответствии с международными стандартами. Также у руководителей – собственников контрольного или значительного пакета акций существует «боязнь» продажи этих акций в обмен на приток инвестиций. Ведь привлечение капитала возможно не только за счет займов и кредитов, но и как в развитых странах – за счет котировки акций предприятия на биржах.

Проблема инвестиций переплетается с проблемой налогообложения. Как упоминалось выше, на многих предприятиях проводятся мероприятия по минимизации налогооблагаемой базы. Вследствие этого достаточно прибыльные предприятия могут оказаться убыточными по отчетным бухгалтерским и налоговым формам. А сокрытие доходов противоречит главному требованию профессиональных инвесторов – «прозрачности», то есть полному и корректному раскрытию финансовой информации.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИФИТНОЙ ЛИХЕНОФЛОРЫ ГОРОДА КРАСНОДАРА

Сионова Н.А.

Кубанский государственный университет,
Краснодар

Изучение лишайников как компонентов антропогенных экосистем имеет важное теоретическое и практическое значение. Однако исследованию лихе-

нофлоры урбоэкосистем до определенного времени уделялось незначительное внимание. Для территории города Краснодара полный анализ лишенофлоры ранее не проводился. Рассматривались отдельные районы города: парк им. 40-летия Октября (Криворотов, Сионова, 2003), дендрарий Кубанского госагроуниверситета (Криворотов, 1997). В 2004-2005 гг. нами изучалась эпифитные лишайники города Краснодара, их экологические и географические особенности. Для географического анализа эпифитной лишенофлоры города Краснодара использовалась схема географических элементов, предложенная Н.С. Голубковой (1983).

Для лишенофлоры города выявлено 6 географических элементов. Наибольшее количество видов относится к мультирегиональному элементу с голарктическим типом ареала (33,8% от общего количества видов). Данный тип ареала включает 21 вид: *Buellia disciformis*, *Caloplaca cerina*, *C. holocarpa*, *Candelariella vitellina*, *C. xanthostigma*, *Lecanora chlorotera*, *Parmelia stuppea*, *P. sulcata*, *Physcia caesia*, *Xanthoria parietina* и др. Следующая по количеству видов группа – мультирегиональный элемент с неморальным типом ареала (17,8%). Эта группа представлена 11 видами, такими как *Candelaria concolor*, *Flavoparmelia caperata*, *Lecanora carpinea*, *Parmelia quercina*, *Physcia aipolia*, *Ramalina farinacea* и др. Несколько уступает ей по численности группа видов неморального географического элемента с паннеморальным типом ареала (14,5%). Эта группа насчитывает 9 видов: *Anaptychia ciliaris*, *Evernia prunastri*, *Pertusaria amara*, *Physcia adscendens*, *Ph. tenella* и др. Далее по количеству видов лишайников следует бореальный элемент с панбореальным типом ареала (8,1%). К данной группе относятся следующие виды: *Lecanora populicola*, *Melanelia subargentifera*, *Parmeliopsis ambigua* и др. На евриголарктический элемент с голарктическим типом ареала приходится 6,5% видов от общего их количества. В районе исследования обнаружено 4 вида лишайников эвриголарктического элемента: *Candelariella aurella*, *Lecidella euphorea*, *Lepraria incana*, *Ochrolechia lactea*.

Остальные географические элементы представлены меньшим числом видов. Ното-бореальный элемент (3,2%) и неморальный элемент с евразоафриканским типом ареала (3,2%) представлены незначительным количеством видов лишайников. Неморальный элемент с еврамериканским типом ареала, неморальный элемент с евразийским типом ареала и монотаный элемент с европейским типом ареала также играют несущественную роль в лишенофлоре города.

Таким образом, что лишенофлора города Краснодара относится к мультирегиональному типу с участием неморальных элементов.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАРОДОНТА У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА

Шарапудинова М.Г.,
Абдурахманов А.И., Салихова М.М.
*Дагестанская Государственная
Медицинская Академия,
Махачкала*

Среди приоритетных показателей состояния здоровья женщин детородного возраста, способных неблагоприятно отразиться на реализации репродуктивной функции, как правило, патология пародонта не отмечается. В то же время, очевидно, что пародонтологический статус женщин детородного возраста может существенно отразиться на общем состоянии здоровья. Он мог бы использоваться как один из важнейших критериев оценки состояния здоровья, поскольку кроме общих этиологических факторов болезней пародонта, на организм этих женщин большое влияние оказывает деторождение, функция, связанная с перестройкой уровней метаболических процессов. Беременность, роды, кормление ребенка могут потенцировать биологические эффекты экзо- и эндогенных факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на состояние пародонта.

Заболевания пародонта могут сочетаться с другой патологией или быть самостоятельными. Известно, что заболевания пародонта по частоте, клиническим особенностям могут зависеть от сложного комплекса природных и антропогенных факторов экосистемы, социально – гигиенических условий.

Актуальность проблем пародонтологии определяется не только и не столько социально – гигиеническими условиями, состоянием экосистемы, но в большей степени и деторождением, особенно у многодетных женщин. Учитывая актуальность, социально – медицинскую и психологическую значимость заболеваний пародонта целью настоящей работы было изучение состояния пародонта, а также некоторых аспектов клиники и профилактики пародонтита у женщин детородного возраста.

Было обследовано состояние пародонта у 218 женщин (жители г. Махачкала) в возрасте 24 – 50 лет. Среди них наибольший удельный вес составили женщины в возрасте моложе 40 лет (57%), т.е. в возрасте деторождения и наиболее активной трудовой деятельности. Состояние пародонта оценивали по цвету, рельефу, плотности, степени кровоточивости десен, наличию зубных отложений и глубине пародонтальных карманов, а также в соответствии с рекомендациями ВОЗ использовались индексы: ГИ, РМА, ПИ, SPITN. Обследованных женщин распределяли и по степени тяжести заболевания, поскольку в плане диагностики, выбора тактики лечения, обоснования и проведения профилактических мероприятий это имеет большое значение.

В результате обследования установлено, что, среди обследованных, больные с легкой и средней степенью тяжести составили 58.8%, причем в возрасте до 29 лет преобладала легкая степень пародонтита (58.2%), а в возрасте от 30 до 40 лет средняя степень тяжести (53.5%). С возрастом не только увеличивается удельный вес лиц с патологией пародонта, но и чаще

диагностируются случаи тяжелой степени заболеваний (от 40 до 50 лет – 71.4%).

При объективном исследовании у большинства больных отмечали гиперемию слизистой, цианоз, отечность десневого края, кровоточивость, обнажение шеек и корней зубов, подвижность зубов различной степени, разрастание сосочков и гипертрофический гингивит.

При первичном обращении кровоточивость десен отмечалась у всех больных (100%), в том числе у беременных; у последних она носит более интенсивный характер. Наличие гнойного экссудата из пародонтальных карманов, как один из часто встречающихся признаков пародонтита, у женщин в группе со средней степенью тяжести заболевания выявлено более чем у 1/2 обследованных (60.6%). С увеличением степени тяжести пародонтита частота данного симптома имеет тенденцию к росту, что еще раз подтверждает, что гноетечение является одним из основных симптомов и находится в прямой зависимости от степени тяжести заболевания (у 74.5% - при тяжелой степени).

С симптомом гноетечения неразрывно патогенетически и клинически связано наличие пародонтальных карманов, которые являются одним из ведущих клинических признаков патологии пародонта, в том числе и пародонтита. У 100% обследованных больных выявлены пародонтальные карманы.

Существенным клиническим признаком пародонтита также является подвижность зубов, которая имеет прямую зависимость от степени тяжести заболевания. Подвижность зубов при средней степени тяжести пародонтита у обследованных женщин составляет 1/3 от общего числа обследованных (38.9%), а при тяжелой степени – более половины обследованных (57.2%), что еще раз свидетельствует о взаимосвязи прогрессирования патологии с активизацией деструктивных процессов в костной ткани.

Оценка состояния тканей пародонта с помощью индексной системы служит основанием не только для качественной, а больше для количественной оценки функционального состояния тканей пародонта. Гигиенический индекс (ГИ) у практически здоровых колеблется от 0 до 1. Величина ГИ растет в прямой зависимости от интенсивности признаков патологического процесса. В результате обследования установлено, что у обследованных женщин ГИ значительно выше по сравнению с нормальным его уровнем (при средней степени тяжести ~ 4.2, при тяжелой степени ~ 4.8). РМА у всех обследованных также выше нормы (при средней степени тяжести ~ 52.5, при тяжелой ~ 69.3). Пародонтальный индекс составил в группе со средней степенью тяжести ~ 2.89, а в группе с тяжелой степенью ~ 5.19.

Состояние тканей пародонта оценивали также по индексу SPITN. Интенсивность основных клинических признаков патологии пародонтита в возрастной группе 24 – 29 лет составила 4.10 сегмента на одного обследованного, при этом зубной камень был отмечен у 24.3% обследованных, при интенсивности этого признака ~ 1.28 сегмента на одного обследованного. У 39.4% женщин выявлены пародонтальные карманы 4 – 6 мм, у 36.3% - карманы более 6 мм при интенсивности поражения ~ 1.66 на одного обследованного. В