

*Медицинские науки***АНАЛИЗ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖЬЮ Г. АСТРАХАНИ**

Болотникова Н.И., Курьянова Н.Н.  
*Астраханская государственная  
 медицинская академия*

В результате исследования получено, что треть родителей девочек – подростков 12-16 лет и почти половина родителей девушек студенток допускают употребление алкоголя дочерьми. Причем первое знакомство с алкоголем у девочек происходит, в основном, на семейных торжествах и так же с ведома родителей. Следует подчеркнуть, что возраст первого приема алкоголя у девочек – подростков, снижается: средний возраст школьников, попробовавших алкоголь, равен 12,3 лет, в то время как, по данным анкет, у студенток, он равен 15,33 годам. У школьников употребление алкоголя начинается, в основном, с пива, у студенток с шампанских вин. Среднее количество алкогольных напитков при первом приеме и в настоящее время у школьников значительно ( в три раза) превышает количество употребляемого алкоголя студентками, по данным анкет. Основным поводом для алкоголизации и у школьников (70,0%) и у студенток (66,6%) являются компании сверстников. Больше половины школьников и четверть студенток употребляли алкоголь в относительно высоких дозах. Почти у 90% школьников и студенток после приема алкоголя возникли положительные эмоции. На другой день после алкоголизации психо-соматические расстройства возникали у половины школьников и студенток. Четверть школьников и примерно десятая часть студенток при алкоголизации теряли контроль за количеством выпитого и ситуацией. Амнезия после алкоголизации на другой день возникала у десятой части школьников и студенток, что очень тревожный симптом. Причем, о желании употреблять алкоголь заявили треть школьников и пятая часть студенток, более трети школьников курят, как написали опрошенные, четвертая часть школьников и десятая часть студенток попробовали наркотики.

Работа представлена на V научную конференцию «Успехи современного естествознания», 27-29 сентября 2004 г., РФ ОК «Дагомыс», г. Сочи

**СПОСОБ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАН  
 ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И  
 ПРОМЕЖНОСТИ РАНЕВЫМ ПОКРЫТИЕМ  
 «КОЛЛАХИТ»**

Большаков И.Н., Цхай В.Б., Полянская Р.Т.,  
 Фадеева Е.К., Домрачева М.Я, Матюнина Н.М.,  
 Соседкина Л.А., Марьянчик И.Д., Кошеутова Н.В.  
*Красноярская государственная  
 медицинская академия  
 Красноярск*

В настоящее время в нашей стране и за рубежом отмечается рост частоты выполнения кесарева сечения, который составляет от 1-16% всех родов, по г.

Красноярску в 2003 году составил 17%. Это обусловлено расширением показаний к абдоминальному родоразрешению, прежде всего в интересах плода, с целью снижения перинатальных потерь. Широкому распространению кесарева сечения способствовали высокие технологии в хирургии, анестезиологии, перинатологии, микробиологии, фармакологии. Однако увеличение частоты абдоминального родоразрешения, позволившее существенно улучшить исход беременности и родов для плода, повлекло за собой увеличение частоты развития гнойно-септических заболеваний и продолжительности пребывания родильницы в акушерском стационаре.

Акушерские раны – это почти всегда послеоперационные раны брюшной стенки живота после операции кесарева сечения, а также после эпизиотомии и перинеотомии. Каждый случай нагноения и расхождения швов в акушерском стационаре всегда рассматривается как событие чрезвычайное в силу опасности септических осложнений у родильницы и распространения септической инфекции.

Предупреждение послеоперационных осложнений обеспечивает успех лечения. В связи с этим местное лечение занимает одно из главных мест в лечении послеоперационных ран.

Появление новых средств лечения - лазерная или гидровакуумная обработка раны, озонотерапия, не позволило отойти от местного лечения, локальное воздействие сохраняет свою актуальность. Таким образом, местная терапия раневого процесса должна обеспечивать условия для роста грануляционной ткани и эпителия, исключать вторичное инфицирование и подавлять вегетирующую в ране микрофлору, обеспечивать благоприятную среду для миграции и дифференцировки клеточных элементов.

Наибольшее распространение для стимуляции процессов регенерации в ране получили перевязочные средства на основе белков и полисахаридов. С физико-химических позиций стимулирующий эффект основан на введении в ткани соответствующего биоактивного полимера, за счет биодеградации которого создаются условия для роста клеток грануляционной ткани и эпителия, при этом структура раневого покрытия должна обеспечивать миграцию клеток, формирование их монослоев и рост микрососудов. Среди полимерных раневых покрытий на сегодняшний день наибольшего внимания заслуживают комплексообразующие конструкции на основе коллагена и хитозана. Хитозан известен как аминированный гликозаминогликан, обладающий высоким сродством к холестерину, липопротеидам низкой и очень низкой плотности, который способен извлекать из биологических жидкостей существенное количество бактериальных токсинов, мочевины, креатинина, билирубина, Раневое покрытие на основе коллаген-хитозанового комплекса «Коллахит» (производство РТЦ ГУП ГХК, г.Железногорск Красноярского края) содержит бычий коллаген, сшитый 0,1 мл -10% раствора глутарового альдегида и хитозан, выделенный из панциря морского краба, в виде губки. «Коллахит» является принципиально новым высокоэффективным биодеградируе-