

*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 кесарево сечение, 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-

мым средством для местного лечения плоских гранулирующих вялотекущих инфицированных ран передней брюшной стенки живота после операции кесарево сечение в стадии регенерации. «Коллахит» способствует ориентированному и управляемому росту грануляционной ткани, стимулирует краевую и островковую эпителизацию, обеспечивает условия для миграции эпителиальных клеток и безрубцовое заживление ран.

Предложен метод местного лечения ран передней брюшной стенки и промежности раневым покрытием «Коллахит» в виде стерильной губки (регистрационное удостоверение МЗ РФ № 29/01091001/3436 – 02 от 18.03.2002).

Лечение проведено в г. Красноярске, МУЗ родильного дома №5, послеродовых отделениях №1и №2. Пролечено 56 женщин, из них у 23– экстренное кесарево сечение, 14 – плановое. В исследуемой группе у 20 родильниц – инфицированные швы передней брюшной стенки, у 17 женщин – несостоятельность швов от кожи до апоневроза передней брюшной стенки, у 19 родильниц – инфильтрированные швы на промежности после эпизиотомии. Получены положительные результаты после применения губки «Коллахит» - полное заживление швов без образования келлоидного рубца (75%) и полное очищение гнойной раны с возможностью наложения вторичных швов с последующей ликвидацией инфильтрации и гранулирования у (25%) родильниц.

Местное лечение проводилось на 2, 5 и 7 сутки послеродового периода с предварительной обработкой раны 3% раствором перекиси водорода с последующим наложением раневого покрытия «Коллахит» в виде губки размером 7x7x0,5 см. Губка фиксировалась на ране по общепринятой методике на 2 суток. В течение 48 часов губка трансформировалась в гель, остатки которого легко удалялись при смене повязок. Курс лечения трехкратный, по удалению наклейки отмечается очищение раны, рост грануляционной ткани, стимуляция краевой и островковой эпителизации.

Использованы следующие методики: клинические, лабораторные: показатель деформируемости эритроцитов (ПДЭ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), микробиологические, статистические.

Показатель деформируемости эритроцитов позволяет оценить состояние мембранных структур клетки при инфекционно-воспалительных процессах, в частности, инфильтрированных ранах передней брюшной стенки после операции кесарево сечение, оценивался общепринятым методом Дормани в модификации Ю.И. Гринштейна. У родильниц исследуемой группы ПДЭ в 1 сутки после родов составил 14,8%, при норме 1-6%; на 5 сутки 9,6%; накануне выписки – 6,2%, что указывает на снижение степени воспалительного процесса и эффективность местного лечения ран.

Лейкоцитарный индекс интоксикации характеризует активность воспалительного процесса и адекватность лечения. При гладком послеоперационном течении его величина в среднем меньше 1,4 усл. ед., рассчитывали по формуле Я.Я. Кальф-Калиф 1972 г.

Динамика ЛИИ следующая: 1 сутки после родов– 3,93 усл. ед., на 5 день — 3,7, накануне выписки - 3,03 усл. ед. Нормализация показателя ЛИИ составила – 1,8, т.о., локальное применение «Коллахита» приводит к нормализации гомеостаза на уровне системных реакций.

Срок пребывания в стационаре составил 7-10 дней. При лечении общепринятыми методами срок пребывания в стационаре составляет 10-14 дней, что указывает на сокращение сроков лечения на 16%.

На основании полученных нами результатов исследования сформулировано следующее заключение:

1. Раневое покрытие «Коллахит» на основе коллаген-хитозанового комплекса приводит к выраженному ранозаживляющему эффекту, что проявляется снижением продолжительности пребывания в стационаре на 16%.

2. Апробированный способ лечения ран после операции кесарева сечения и эпизиотомии, основанный на применении коллаген-хитозановых конструкций, подтвердил высокую эффективность местного лечения раневого процесса в акушерской практике. Случаев нагноения ран, образования инфильтратов и келлоидных рубцов не выявлено.

3. Показатель деформируемости эритроцитов может применяться, как высокоинформативный тест опережающей диагностики гнойно-септических осложнений и эффективности комплексного лечения.

Работа представлена на II научную конференцию с международным участием «Медицинские, социальные и экономические проблемы сохранения здоровья населения», 18-25 мая 2004 г., г. Анталия, Турция

#### **АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ГЕЛЕМ АСКОРБАТ-ХИТОЗАН-МЕТРОНИДАЗОЛ**

Большаков И.Н., Цхай В.Б.,  
Полянская Р.Т., Фадеева Е.К., Ростовцева И.Я.,  
Руппель Н.И., Кошеутова Н.В.  
*Красноярская государственная  
медицинская академия,  
Красноярск*

Частой причиной развития воспалительных осложнений во время беременности, в родах и послеродовом периоде являются вагинальные инфекции, среди которых одно из ведущих мест принадлежит бактериальному вагинозу (БВ).

При бактериальном вагинозе нарушается микробиоценоз влагалища и возрастает роль условно-патогенной эндогенной флоры, происходит замещение нормальной микрофлоры влагалища (лактобактерий) другими микроорганизмами, в частности бактероидами, пептококками, гарднереллами и микоплазмами. К осложнениям гестационного периода, связанным с различными нарушениями вагинального микробиоценоза относят: преждевременные роды, хориоамнионит, преждевременное излитие околоплодных вод, рождение детей с малой массой тела, раневая инфекция родовых путей, эндометрит и т.д.