2. Подколозин А.А. , Донцов З.И. Иммунитет и микроэлементы.: - М.: Медицина, 1994.

3. Туманова А.Л. с соавт. Современные методы диагностики и лечения диабетических ретинопатий. Материалы НПК.: Особенности клинического течения, диагностики и лечения заболеваний у ветеранов войн. – Краснодар, 2000.

4. Туманова А.Л. с соавт. Методы коррекции нарушений минерального обмена. – Инф. Листок № 98 – 27, Краснодарский ЦНТИ, 1998.

5. Туманова А.Л. с соавт. Методы диагностики и коррекции нарушений обмена моно минералами. – ТРТУ: Материалы международной НТК «Интеллектуальные САПР», с. 303, Таганрог, 1999.

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДОБРАЧНОГО ПОЛОВОГО ДЕБЮТА. АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА

Чекушин Р.Х., Крючков Д.А.
ГОУ ВПО Кемеровская Государственная Медицинская Академия МЗ РФ, Кемерово

Не секрет, что в настоящее время перед врачами всего мира встала проблема последствий свободных сексуальных отношений. Исследования медиков, психологов и педагогов говорят о том, что, в основном, сексуальная активность большинства молодых людей начинается в подростковые годы, когда еще не завершены процессы формирования психики и физического здоровья и случайная беременность или заражение венерическими заболеваниями могут повлиять на их будущее потомство.

Нами было проведено исследование (анкетирование) среди студентов вузов г. Кемерово (441 чел.) на предмет их отношения к возрасту полового дебюта, контрацепции, знанию вопросов, связанных с путями передачи БППП, методами их предупреждения и лечения.

По результатам исследования возраст полового дебюта значительно ниже среди юношей, чем среди девушек (14-15 лет и 15-17 лет соответственно). Средний возраст начала половой жизни составляет 15,3 лет. 37% девушек и 44% юношей имеют опыт сексуальной жизни до 17 лет (студенты первого курса). Из общего числа опрошенных, 49,2% имеют регулярные сексуальные контакты, а 31,6% – эпизодические.

Среди причин, побуждающих подростков заниматься сексом, выделены следующие: 36,6% – влияние чувств к партнеру с намерением укрепить отношения, 15,4% – времяпрепровождение, 14,2% – стремление получить удовольствие, 9,8% – желание эмоционального взаимодействия, 7,0% – предположение вступить в брак с партнером, 5,5% – любопытство. 0,8% девушек признаются, что вступили в половой контакт по принуждению.

Знания о возможности зачатия при первой половой близости у молодежи довольно низкие. При первом половом контакте 18,2% юношей и 13,7% девушек применяют какой-либо контрацептив. 67,4% опрошенных девушек полагают, что первый половой контакт не имеет за собой риска забеременеть.

54,1% оппонентов пользуются “прерванным половым актом”. 26% юношей в качестве защиты используют презерватив. 17,2% девушек, из регулярно живущих половой жизнью, используют оральные контрацептивы.

Анализируя полученные данные, можно утверждать, что несмотря на активную работу школ, врачей, уровень знаний подростков о сексе и связанных с ним последствиях остается низким. Это влечет за собой серьезные проблемы в будущем.

Во-первых, преждевременная половая жизнь оказывает опустошающее воздействие на эмоционально-психическую сферу, обедняет полноту сексуальных эмоций, особенно, у девушек, нередко, делая их навсегда фригидными (холодными), ставит под сомнение прочность предстоящего брака, делает легкими супружеские измены в будущем, ведет к возникновению тяжелых семейных конфликтов.

Во-вторых, добрачная половая жизнь ни к чему не обязывает половых партнеров и в связи с этим у каждого из них могут быть случайные встречи, которые не так уж редко заканчиваются венерическими заболеваниями, особенность которых состоит в том, что если их не лечить или лечить не правильно, переходят в хроническую, скрытую форму и вызывают необратимую утрату здоровья, бесплодие.

В-третьих, девушке может угрожать нежеланная беременность, в то время как она ни физически, ни психологически, ни социально еще не готова к материнству. “Девочки-женщины” тяжело переносят беременность и роды, велик у них риск осложнений. Неблагоприятное течение беременности у таких мам, отражается на детях. Важно отметить, что добрачная полова жизнь, как правило, нерегулярна. Это может вызвать у мужчины колебания потенции, что становится источником неуверенности, невротических реакций. Девушка выносит из таких связей разочарование, либо убеждение в своей фригидности.

Сексологи всего мира придерживаются однозначного мнения: молодым людям следует воздерживается от интимной близости до брака. Духовная близость возможна по-настоящему только в браке. Стремление имеет прочную семью, здоровое потомство, восприятие мужчиной женщины как матери свих детей, а женщиной мужчины как их отца – все это необходимейшие предпосылки сексуальной гармонии.

СИСТЕМНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ РАКА ГОРТАНИ

Чиж Г.И.
Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, Ростов-на-Дону

В тех случаях, когда при безуспешном лечении распространенных форм рака гортани, лучевая терапия исчерпала свои возможности, регионарная внутриартериальная или внутрипреднадгортанниковая

химиотерапия с применением адекватных и озвученных противоопухолевых химиопрепаратов в условиях терморадиотерапии не принесли ожидаемых результатов, а хирургическое вмешательство, вследствие распространения первичной опухоли и регионарных метастазов с вовлечением сосудисто-нервного пучка, не может быть выполнено, мы считаем оправданным применение различных схем системной химиотерапии согласно «Алгоритмам объема лечения злокачественных опухолей», изложенных в методических указаниях (Москва, 2002).

При этом чаще всего используется в различных комбинациях блеомицин, метотраксат, платидиам, винкристин, винбластин, проспидин. На фоне лучевого лечения может быть с учетом применены 5-фторурацил и платидиам.

Для снижения частоты и выраженности побочных реакций в Ростовском НИИ онкологии разработаны и широко применяются при лечении злокачественных опухолей различных локализаций методы биотерапии, когда цитостатики вводятся на естественных для организма средах, в частности, на аутокрови- аутогемохимиотерапия (АГХТ). Этот метод технически прост, не требует хирургического вмешательства и может применяться многократно (Ю.С. Сидоренко, 2002). Для проведения АГХТ перед началом лечения производят забор 150-200 мл крови больного в стерильный флакон с гемоконсервантом и растворяют в ней химиопрепарат или несколько химиопрепаратов при условии их совместимости. После инкубации цитостатика с кровью при t^o 37° в течение 30 минут его вводят больному внутривенно капельно согласно избранной схеме лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алгоритмы объемов диагностики и лечения злокачественных новообразований. Методические указания. М. 2002.

2. Сидоренко Ю.С. Аутогемохимиотерапия. Ростов-на-Дону, 2002, 299 с.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

Чиж Г.И., Светицкий А.П.
Ростовский научно-исследовательский онкологический институт, Ростов-на-Дону

Эти злокачественные опухоли в Ростовской области в структуре новообразований всех локализаций составляют 0,3%. Из 280 больных, наблюдаемых нами в стационаре за 35 лет (1964-1998) эпителиальные опухоли были выявлены у 238 (85%), неэпителиальные - у 42 (15%). При распространенных процессах, обтурирующих полость и поражающих околоносовые пазухи, нередко установить первичное место развития опухоли не представляется возможным. Только анализ нашего хирургического материала показал, что чаще всего опухоль локализовалась в решетчатом лабиринте (55,5%), реже – в верхнечелюстной пазухе (15%), сочетанное поражение этих пазух выявлено у 23,9%, лобной пазухи – у 1,7%, полости носа – у 8,9%. При распространенных стадиях заболевания у 60-70% больных отмечается деструкция предлежащих костей, что нередко требует экзентерации орбиты помимо лучевого, хирургического, комбинированного и комплексного лечения с использованием системной и регионарной химиотерапии. Однако при нередких рецидивах особенно на опорных тканях до 40%, зачастую прибегают к повторным, как правило, безуспешным резекциям пораженных костей. В подобных случаях мы с успехом в течение нескольких лет применяем сочетание полярных термических факторов в виде локальной гипертермии и криогенного воздействия.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАПСУЛЫ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ НЕКОТОРЫХ МЛЕКОПИТАЮЩИХ

Чумаков В.Ю., Складнева Е.Ю., Медкова А.Е., Новицкий М.В., Кудашова Е.А., Романов В.М., Назарова Е.М., Красовская Р.Э., Тюдишева О.И.
Хакасский государственный Университет им. Н.Ф.Катанова, Абакан, республика Хакасия

В ходе исследования были установлены морфофункциональные особенности капсулы регионарных лимфатических узлов некоторых органов домашних животных (сердца, мочевого пузыря, легких, глотки, шеи, пищевода, преджелудков, сычуга, подвздошной и ободочной кишок). Материалом для исследования служили трупы и органокомплексы клинически здоровых представителей отряда млекопитающих: крупного рогатого скота, овец, собак, кошек и американской норки.

Капсула лимфатических узлов состоит из трех слоев: внутреннего, представленного слоем эндотелиальных клеток, среднего, содержащего в своем составе гладкомышечные и соединительнотканные элементы и наружного, состоящего из соединительнотканных волокон и клеток. Главным элементом сократительной активности лимфатических узлов являются миоциты их капсулы. Миоциты среднего слоя капсулы имеют ядра веретеновидной формы с заостренными концами и залегают вдоль поверхности капсулы неравномерно. Наибольшее количество миоцитов содержится в области расположения трабекул капсулы (зона мышечно-соединительнотканных тяжей), причем в этой зоне они формируют мощные пучки, лежат в 2-3 слоя и ориентированы по направлению трабекул. Миоциты капсулы лимфатических узлов воронкообразно переходят с нее в трабекулы, где ориентируются вдоль их оси и залегают в непосредственной близости с коллагеновыми и эластическими волокнами.

В зоне прилегания лимфатических фолликулов (зона разрежения) капсула гораздо тоньше и содержит меньшее количество миоцитов, чем в области расположения трабекул. Миоциты данной зоны залегают в 1-2 слоя пучками или одиночно и не имеют определенной ориентации.