(0,93+±0,03), 3 сутки (1,0±0,15); у экспериментальных животных – 1 сутки (0,8±0,06), 3 сутки (1,1±0,06). При этом исследуя ФР в перитониальной жидкости и гомогенезате легких экспериментальных животных, выявлено достоверное увеличение ФР (<0,05) во 2-й серии опытов в сравнении с интактными животными и животными получившими микробную взвесь, содержащую чистую культуру St. aureus.

Таким образом, препарат ИЛ-2 существенно повышает фагоцитарный резер нейтрофилов в перитониальном смыве и гомогенезате легких у экспериментальных животных, и незначительно в кровиподопытных животных и больных перитонитом.

ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЛИЦ, ВСТУПАЮЩИХ В БРАК

Чекушин Р.Х., Петров И.В. ,Крючков Д.А., Кеда А.В.
ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия МЗ РФ, Кемерово

Статья 15 Семейного Кодекса РФ (далее СК РФ) предусматривает возможность добровольного медико-генетического обследования лиц вступающих в брак. Обязательность такого обследования, а также обязанность вступающих в брак ознакомить друг друга с состоянием своего здоровья, законодательством не предусмотрены. Не предусмотрена так же ответственность супругов скрывших при заключении брака наличие у них какого-либо заболевания, или иного отклонения здоровья, которые в дальнейшем могут препятствовать нормальным семейным отношениям, рождению здорового ребёнка. Исключение составляет лишь возможность признания брака недействительным в случае сокрытия наличия венерического заболевания, или ВИЧ-инфекции (п.3. ст.15 СК РФ). Какой-либо иной ответственности недобросовестный супруг, согласно действующему законодательству, не несёт. Брак с таким супругом может быть расторгнут только в общем порядке – со всеми юридическими последствиями развода, в том числе с сохранением его права на жилую площадь обманутого супруга (ст. 53 Жилищного кодекса РФ), на получение с него алиментов (ст.90 СК РФ), на его фамилию [1].

В ряде стран Европы и Азии добрачное медицинское обследование является обязательной процедурой, без которой в органах регистрации гражданского состояния даже не примут заявления. В России при подаче заявления в ЗАГС от молодых людей никаких справок, кроме разве что паспортов, до сих пор не требуется. Отсюда результат: в России чаще рождаются дети с патологией, аномалиями развития, уродствами. Не принято у них отказываться от новорожденных, как это с лёгкостью делают в России. Вероятность рождения больных детей там стараются свести к минимуму.

На сегодняшний день в России разработаны различные программы выявления наследственных болезней, предупреждения рождения детей в семьях, так называемых, групп риска. Однако обследуются в них супруги, уже создавшие семью, и как правило, уже после наступления беременности жены. В результате распространенность наследственной патологии в последнее десятилетие существенно увеличилась.

Анализ результатов проведенных нами исследований (были проведены социологические исследования среди студентов старших курсов КемГМА (198 чел.) и врачей ЦГКБ №3 им. Подгорбунского и ГРД №1 г. Кемерово (129 чел.) на предмет их отношения к проведению добрачного медицинского освидетельствования) [2] позволяет говорить о том, что врачи придерживаются мнения: лучшее время для обращения за медико-генетической консультацией – когда молодые люди только планируют создать семью (добрачное).

Такое обследование будет более эффективно в плане предупреждения рождения детей с наследственной патологией, т.к. позволит молодым отказаться от нежелательного брака, либо от рождения детей в таком браке. Почти 61% опрошенных считают, что данный вид обследования необходимо сделать обязательным (на уровне законопроекта).

Установка в законе обязательности добрачного обследования ни в коей мере не ущемит правосубъективности граждан, но обеспечит возможность предусмотреть негативные последствия брака в связи с состоянием здоровья избранника.

Следует подчеркнуть, что наличие даже тяжёлого и неизлечимого заболевания, неспособности к деторождению не лишают лицо брачной правосубъективности, а лишь предполагают заблаговременное уведомление об этом партнера. Наличие таких заболеваний, выявленных при предбрачном медобследовании должно быть отражено в предъявляемом в ЗАГС документе с тем, чтобы другой партнёр мог принять продуманное решение о целесообразности заключения брака.

Список литературы

1. Ст. 36. ФЗ от 22.10.97 г. «Об актах гражданского состояния»// СЗ РФ. 1997. № 47. Ст. 5340.

2. Чекушин Р.Х., Сырнев Т.С. «Добрачное медобследование как один из методов решения проблемы планирования семьи в России». // Успехи современного естествознания.–2004. - №6 – с. 79-80

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФАТИЧЕСКИХ КАПИЛЛЯРОВ НЕКОТОРЫХ ОРГАНОВ 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 лимфатических капилляров 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 пред-

ставителей отряда млекопитающих: крупного рогатого скота, свиней, овец, собак, кошек и американской норки.

В ходе исследования было установлено, что лимфатические капилляры являются корнями внутриорганного лимфатического русла всех изученных органов. Они залегают во всех оболочках и слоях органов и, анастомозируя между собой, формируют в них сети с петлями различных размеров и форм. Для лимфатических капилляров характерны причудливая форма, неравномерность стенки, наличие большого количество слепообразных отростков и «озер»

При исследовании морфометрических показателей лимфатических капилляров всех изученных органов было выявлено, что их длина и диаметр увеличиваются прямо пропорционально возрасту животных, количество же капилляров на единицу площади органа (плотность капиллярных сетей) с возрастом уменьшается, в результате увеличения размера капиллярных петель.

При микроскопическом исследовании тотальных препаратов из лимфатических капилляров, а так же гистологических срезов органов было выявлено, что лимфатические капилляры, в отличие от кровеносных, не имеют входных отверстий и начинаются слепо.

Стенка лимфатических капилляров представлена одним слоем эндотелиальных клеток с ядрами преимущественно овальной и палочковидной формы. На поперечных срезах стенки лимфатических капилляров выявлено, что она состоит из 3-5 довольно крупных эндотелиоцитов, в то время как в аналогичных срезах кровеносного капилляра обнаруживаются 2-3 мелкие эндотелиальные клетки.

Ядра эндотелиоцитов лимфатических капилляров содержат мелкозернистый хроматин, равномерно распределенный по нуклеоплазме. Цитоплазма эндотелиальных клеток образует складки и выросты в просвет капилляра и в сторону окружающей его соединительной ткани и содержит довольно крупные митохондрии, слабо развитую эндоплазматическую сеть и другие органеллы. В отличие от кровеносных, в лимфатических капиллярах базальная мембрана нами обнаружена не была. По нашему мнению ее отсутствие позволяет последним осуществлять всасывание различных веществ непосредственно через стенку и беспрепятственно увеличивать свой объем при заполнении их лимфой. К плазмолемме наружной поверхности эндотелиоцитов лимфатических капилляров крепятся «стропные» филаменты, которые осуществляют фиксирующую функцию и способствуют открытию межэндотелиальных контактов. В ходе исследования нами были выявлены три типа межэндотелиальных контактов в лимфатических капиллярах изученных органов: 1)«простые» – когда смежные эндотелиоциты соприкасаются своими плазмолеммами; 2)«внахлестку» – края эндотелиоцитов накладываются друг на друга; 3)«интердигитальные» – когда цитоплазматические отростки одной эндотелиальной клетки входят в углубление, образованное цитоплазмой другой.

Таким образом, лимфатические капилляры являются начальным звеном лимфатического русла всех органов, присутствуют во всех их оболочках и слоях и в пределах каждых из них имеют свои морфологические особенности.

Наиболее густая лимфокапиллярная сеть выявляется в областях наиболее интенсивного всасывания (слизистая оболочка трубчатых органов (особенно тонкого кишечника)). В серозных оболочках трубчатых органов лимфатические капилляры и их сети менее развиты.

ЭТАПНЫЕ НАРУШЕНИЯ КИСЛОТНО - ЩЕЛОЧНОГО СОСТОЯНИЯ ПО МЕРЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ОСТРОГО РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА

Шапошников В.И.
Кубанская государственная медицинская академия, Краснодар

Важным фактором, предрасполагающим к достижению успеха в деле лечения больных с распространенным гнойным перитонитом, является полноценная коррекция возникших нарушений кислотно - щелочного состояния. С целью уточнения особенностей этапных его нарушений - по мере прогрессирования воспалительного процесса в брюшной полости, было решено провести экспериментальные исследования на 18 беспородных собаках с таким расчетом, чтобы обозначить требуемые принципы коррекции гомеостаза, а значит и наметить дополнительный путь к снижению летальности при данном заболевании. Все исследования были проведены с помощью аппарата микро - Аструп.

Установлено, что с первых же часов инфицирования брюшной полости методом перевязки червеобразного отростка у основания с одновременным отсечением его верхушки у подопытных животных возникают нарушения показателей кислотно - щелочного состояния со сдвигом в кислую сторону, а именно: pH через 2 ч от развития перитонита равнялась в среднем 7, 253, через 4 - 6 ч - 7, 173, через 7 - 8 ч - 7, 144, через 10 - 12 ч - 7,09, при агонии - 7, 01. Показатели SB (стандартный бикарбонат) и AB (истинный бикарбонат) через 2 ч от начала эксперимента были снижены от исходной величины на 9 - 20%, но у 55% собак через 4 - 6 часов они опять повышались и достигали предоперационной величины, а у 45% -оставались ниже исходных на 5 - 9%. Через 7 - 8 часов у всех животных показатели SB и AB вновь стали снижаться и уже к 10 - 12 ч и дальше до агонии стали ниже исходных на 21 - 50%. Показатель BB (буферные основания) удерживался в пределах нормы (42 ммоль/л) до 6 часов, а затем к 7 - 8 ч снижался у 45% собак, а к терминальному состоянию - у всех животных, при этом падение составило 17 - 82% от исходной величины. Показатель BE (сдвиг буферных оснований) имел низкие отрицательные значения с первых же часов от начала эксперимента и до момента гибели животных, а именно : через 2 ч - 9,5 ммоль/л, через 4-6 ч - 12,7 ммоль/л, через 7 - 8 ч - 15,1 ммоль/л, через 10 - 12 ч - 16,1 ммоль/л, при агонии - 17,1 ммоль/л. pCO_2 по сравнению с исходной величиной ко 2 часу эксперимента снижается в среднем на 15,5%, к 4 - 6 ч