

показатель – $0,39 \pm 0,012$ усл. ед.) и на 14-е сутки – $0,56 \pm 0,009$ усл. ед. При этом достоверных различий в содержании РНК для сателлитов А- и В-нейронов отмечено не было.

В экспериментальной группе с внесением сгустка ТК в раневой дефект наблюдалась схожая динамика изменения количества сателлитов. Для А-клеток на 3-е сутки отмечалось увеличение среднего количества перинейрональной глиии до $4,43 \pm 0,09$ клеток (контроль – $3,8 \pm 0,08$) и последующий рост до $5,85 \pm 0,11$ сателлитов на 28-е сутки эксперимента. Для В-типа нейронов рост числа сателлитов был отмечен с 5-х суток исследования, и уже к 7-м суткам количество перинейрональной глиии вокруг таких клеток стабилизировалось на значении в $3,52 \pm 0,01$ сателлитов на один нейрон.

Однако при применении ТК отмечена более высокая степень синтетической активности некоторых глиальных клеток. Так содержание РНК в сателлитах А-типа нейронов на 1-е сутки исследования значительно превышало как контрольное значение, так и содержание РНК в первой экспериментальной группе и составило $0,59 \pm 0,008$ усл. ед. Повышенное содержание РНК в этих клетках продолжало отмечаться до 7-х суток ($0,62 \pm 0,011$ усл. ед.) эксперимента включительно. Для сателлитов В-клеток рост содержания РНК имел схожий с первой экспериментальной группой характер.

Рост числа клеток сателлитов в процессе исследования, по всей видимости, носит компенсаторный характер и является следствием повреждения части нервных окончаний вследствие травмы. Этому так же соответствует выраженное увеличение содержания РНК на протяжении всего эксперимента. Стимуляция заживления раневого дефекта тромбоцитарным концентратом приводит к менее выраженному нарастанию количества сателлитных глиоцитов, но при этом значительно повышает синтетическую активность сателлитов окружающих большие А-нейроциты.

Список литературы

1. Семенов С.Н. Морфофункциональные изменения нейронов спинномозговых узлов при ранах мягких тканей / С.Н. Семенов, А.А. Глухов, Н.Т. Алексеева, А.П. Остроушко, С.О. Фетисов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2011. – Т. IV, №3. – С. 557-561.
2. Butt A., Verkhratsky A. Glial Neurobiology//Wiley. – 2007. – P. 217.
3. Dublin P. Satellite glial cells in sensory ganglia: their possible contribution to inflammatory pain / Dublin P., Hanani M. // Brain Behav. Immun. – 2007. – Vol. 21, №5. – P. 592-598.
4. Elson K. Satellite cell proliferation in murine sensory ganglia in response to scarification of the skin / K. Elson, A. Simmons, P. Speck // Glia. – 2004. – Vol. 45, №1. – P. 105-109.

ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНАЯ СМЕРТНОСТЬ В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2010-2011 ГОДАХ

Базанов С.В.

ГКУЗ ИО «Территориальный центр медицины катастроф Ивановской области», Иваново,
e-mail: tcmkio@rambler.ru

В 2011 году на территории Ивановской области произошло 2003 (в 2010 году – 1970) ДТП, в которых получили ранения различной степени тяжести 2614 (в 2010 году – 2521) и погибли 177 (в 2010 году – 169) человек. Таким образом, в 2011 году отмечен рост ДТП на 1,68%, пострадавших на 3,69% и погибших на 4,73%. Тяжесть последствий в 2011 году также возросла и составила 6,34 (в 2010 году – 6,28). Заметно возросло в 2011 году количество погибших в ряде муниципальных районов: Заволжском – 9 (в 2010 году – 4) (рост на 125%), Комсомольском – 7 (в 2010 году – 4) (рост на 75%), Палехском – 12 (в 2010 году – 8) (рост на 50%), Приволжском – 7 (в 2010 году – 4) (рост на 75%), Родниковском – 15 (в 2010 году – 7) (рост на 114%), Шуйском – 13 (в 2010 году – 6) (рост на 117%). Снизилось количество погибших в г. Иваново – 22 (в 2010 году – 37) (снижение на 41%) и Вичугском муниципальном районе – 9 (в 2010 году – 19) (снижение на 53%). Уменьшение числа погибших в ДТП в зоне обслуживания МБУЗ «ССМП г. Иваново» объясняется хорошими временными и качественными показателями работы бригад СМП, а также проведением непрерывной практической и теоретической подготовки медицинского персонала с использованием современных компьютерных и симуляционных технологий. В 2011 году все пострадавшие в ДТП были доставлены бригадами СМП г. Иваново в травматологические центры 1-го и 2-го уровней в течение «золотого» часа. На месте ДТП до приезда СМП в 2011 году погибло 123 человека (в 2010 году – 105) (увеличение на 17,14%), в догоспитальном периоде погибло 8 в 2010 году – 6) (увеличение на 33,33%), в т.ч. во время медицинской эвакуации бригадами СМП 6 (в 2010 году – 1) (увеличение на 500%). В ЛПУ в 2011 году умерло 46 (в 2010 году – 58) (снижение на 20,69%), в т.ч. в первые 7 суток 34 (в 2010 году – 51) (снижение на 33,33%). В травматологическом центре 1-го уровня в 2011 году умерло 24 (в 2010 году – 33) (снижение на 27,27%), в т.ч. в первые 7 суток 16 (в 2010 году – 26) (снижение на 38,46%). В травматологических центрах 2-го уровня в 2011 году умерло 4 (в 2010 году – 4), в т.ч. в первые 7 суток 3 (в 2010 году – 4) (снижение на 25,0%). Таким образом, в 2011 году увеличилось количество погибших в ДТП на 4,73% за счет роста на 17,14% количества по-

гибших до приезда бригад СМП, на фоне снижения на 20,69% количества умерших в ЛПУ, что свидетельствует, с одной стороны, об увеличении тяжести последствий ДТП и, с другой стороны, об улучшении качества оказания медицинской помощи, прежде всего, в госпитальном периоде, в т.ч. в травматологических центрах 1-го и 2-го уровней.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СТУДЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА «Д» УЧЕТЕ

Бобровский О.Н., Бобровский И.Н.,
Бобровский Р.Н.

*ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия», Ставрополь,
e-mail: ddement@mail.ru*

Анализ заболеваемости за период 2008-2010 годы позволил сделать неутешительный вывод: студенты стали чаще болеть. Мы отдавали себе отчет, что в условиях продолжающейся социально-политической нестабильности в пограничном регионе, каким является Ставропольский край, постоянного притока мигрантов из соседних менее благополучных республик Северного Кавказа, в том числе ближнего зарубежья при недостаточном финансировании лечебно-профилактических учреждений только внедрение новых современных технологий могло позволить стабилизировать ситуацию. Для этого необходимо было разработать критерии эффективности работы специализированного отделения. Основной упор мы сделали на непрерывное повышение качества проведения диспансеризации студентов, раннюю диагностику и лечение патологии, недопущение хронизации процесса.

Вначале нами был проведен анализ медицинских карт абитуриентов и результатов первичного медосмотра с целью распределения первокурсников на группы здоровья.

К сожалению, ориентироваться на столь высокие показатели здоровья студентов, которые отнесены к D I группе, не представляется возможным, т.к. ради поступления в учебные заведения часть абитуриентов скрывают наличие у них хронических заболеваний, а некоторые, проживающие в основном в сельской местности, не имеют возможности в получении специализированной медицинской помощи. Это является лишь во время медицинских осмотров, либо в течение 1 года обучения, когда студенты начинают предъявлять медицинские документы с целью освобождения их от занятий физкультурой. Нередко изменения условий жизни приводят к обострениям хронической патологии, что заставляет студентов обращаться за медицинской помощью в поликлинику, где при установлении диагноза происходит постановка на «Д» учет. Особенно это широко отмечается у ино-

городних студентов. Поэтому преподаватели и медицинские работники с особым вниманием должны относиться к здоровью первокурсников, затребовать медицинскую документацию из поликлиник по месту жительства.

К наиболее часто встречающейся патологии у студентов, находящихся под диспансерным наблюдением относятся: гипертоническая болезнь, острая пневмония, хронический бронхит, бронхиальная астма, хронические болезни органов желудочно-кишечного тракта, болезни мочеполовой системы, врожденные anomalies развития системы кровообращения. Легкомысленное отношение студентов к состоянию своего здоровья, нежелание выполнять рекомендации врачей, своевременно и полноценно проводить профилактическое лечение нередко заканчивается обострением заболевания. Несмотря на постоянную работу терапевтов и врачей-специалистов имеются случаи направления студентов на МСЭК по различным нозологическим формам.

К показателям результативности проведения диспансеризации мы отнесли следующие показатели:

- первичный выход на инвалидность больных диспансерной группы;
- динамика групп инвалидности из повторно направленных на переосвидетельствование в МСЭК;
- полная или частичная реабилитация по основной специальности (из общего числа больных, направленных повторно на МСЭК).

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ СТРУЙНОЙ САНАЦИИ И ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Глухов А.А., Микулич Е.В., Остроушко А.П.

*Воронежская медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко, Воронеж,
e-mail: surgery-v@yandex.ru*

Проблема лечения хронического остеомиелита не потеряла своей актуальности до настоящего времени [1, 3, 5]. Это связано со значительной распространенностью заболевания, которая достигает 7-12% в структуре заболеваний, относящихся к гнойно-хирургической инфекции и до 6% среди патологии опорно-двигательного аппарата [1, 2, 4, 6], недостаточной эффективностью большинства существующих методов лечения, высоким процентом инвалидизации, достигающим 50-90% [2].

Целью настоящего исследования явилось обоснование эффективности применения обогащенной тромбоцитами плазмы и струйной санации гнойно-некротического очага при хро-