

рованием клеточных полулуний. Так же отмечалось резкое утолщение, деструкция и деформация стенок клубочковых капилляров с образованием тромбов в просветах капилляров. В части клубочков при окрашивании серебром по Фуцу выявляли шипики на гломерулярной базальной мембране. В интерстиции и канальцах почек наблюдался отек тканей, очаги воспаления и склероза. В проксимальных и дистальных канальцах выражена атрофия эпителия с уплощением стенок, дистрофические изменения эпителия и наличие белковых цилиндров в просветах канальцев.

Таким образом, в гистологических препаратах почек иммунизированных животных наблюдалась морфологическая картина *соответствующая патоморфологическим изменениям, характерным для мембранозного гломерулонефрита*. Воспроизводимость эксперимента составила 100%.

Список литературы

1. Пальцева Е.М. Экспериментальные модели хронических заболеваний почек // Клиническая нефрология. – 2009. – №2. – С. 37-42.
2. Сивак К.В., Коваленко А.Л. Сравнительное изучение нефропротекторной активности верболожьей колочки и цитофлавина // Вестник СПб ГМА им. И.И. Мечникова. – 2007. – №1. – С. 12-15.
3. Arai T. Ultrastructural background of albuminuria in rats with passive Heymann nephritis / T. Arai, K. Morimoto, H. Masaoka et al. // Nephrol. Dial. Transplant. – 1997. – Vol. 12. – P. 2542-2548.
4. Kerjaschki D. Neale Molecular mechanisms of glomerular injury in rat experimental membranous nephropathy (Heymann nephritis) / D. Kerjaschki, T.J. Neale // Journal of the American Society of Nephrology. – 1998. – Vol. 7. – P. 2518-2526.
5. Shah P. Intramolecular Epitope Spreading in Heymann Nephritis / P. Shah, S. Tramontano, P. Makker // J. Am. Soc. Nephrol. – 2007. – Vol. 18, № 12. – P. 3060-3066.
6. Tramontano A. Nested N-Terminal Megalin Fragments Induce High-Titer Autoantibody and Attenuated Heymann Nephritis / A. Tramontano, T. Knight, D. Vizzuso, S.P. Makker // J. Am. Soc. Nephrol. – 2006. – Vol. 17, № 7. – P. 1979-1985.

АНАЛИЗ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДТП С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Шлыкова М.С., Панфилов Ю.А.

ГОУ ВПО РязГМУ Минздрава России, Рязань, e-mail: marfacat@list.ru

Актуальность работы. ДТП является причиной травм в 7-10% случаев. Доля ДТП среди смертельных случаев от травм достигает 60%. Основной причиной смерти являются множественные и сочетанные травмы, сопровождающиеся шоком, черепно-мозговой и спинальной травмой. Важной характеристикой современного дорожно-транспортного травматизма является его децентрализация, т.е. выход за пределы крупных городов, на автодороги населенных пунктов, что влечет за собой увеличение сроков доставки пострадавших до центров специализированной медицинской помощи.

Многие жертвы ДТП умирают еще до того, как попадают в больницы, по причине недостаточно эффективной работы служб скорой помощи. Лечение таких тяжелых больных может быть успешным только при максимальном сокращении сроков оказания квалифицированной медицинской помощи на догоспитальном этапе и специализированной помощи в стационаре.

Цель исследования: оценка догоспитального этапа оказания медицинской помощи пациентам с сочетанной травмой вследствие ДТП в Рязанской области.

Материал и методы. Проанализировано 6569 статистических карт и 24 истории болезни пациентов, находившихся на стац лечении в травматологическом отделении ГУЗ РОКБ за 2007-2010 гг. с летальным исходом вследствие сочетанной травмы, полученной в результате ДТП. Из них 10 мужчин (средний возраст 50,4 ± 11,0 лет) и 14 женщин (средний возраст 62,2 ± 22,3 года).

Результаты. За 2007–2010 гг. в травматологическом отделении ГУЗ РОКД была оказана медицинская помощь 6569 пациентам. Из них 275 пациентов (4,2%)

с сочетанной травмой (2007 г – 80 человек, 2008 г. – 52, 2009 г. – 76, 2010 г. – 67). Подавляющая часть сочетанной травмы (72,4%) обусловлена ДТП: 2007 – 66,2%, 2008 – 86,5%, 2009 – 61,8%, 2010 – 80,6%. Внутригоспитальная летальность за исследуемый период составила 0,47% (29 пациентов). Из них 82,75% (24 пациента) летальных случаев обусловлено ДТП.

Среднее время транспортировки с места ДТП составило 57,5 мин, 72 мин, 87,1 мин, 97,5 мин, в 2007, 2008, 2009, 2010 гг. соответственно, что отражает увеличение общего числа автотранспорта и загрязненности дорог и отрицательно влияет на прогноз.

На этапе скорой медицинской помощи экстренная медицинская помощь заключается в обезболивании (наркотические и ненаркотические анальгетики); транспортной иммобилизации; оксигенации, вспомогательном дыхании или искусственной вентиляции легких; протившоковой инфузионной терапии.

Наиболее часто при сочетанной травме встречалась черепно-мозговая травма (83,3%), тупая травма живота (70,3%), перелом костей таза (58,3%), бедренной кости (41,7%) и костей голени (66,7%).

Летальность среди пациентов с сочетанной травмой составила 15,6% (2007 – 20,8%, 2008 – 13,3%, 2009 – 19,1%, 2010 – 9,3%). При этом отмечена тенденция к увеличению средних сроков пребывания пациентов в стационаре до наступления летального исхода с 3 дней в 2007 году до 38,7 дня в 2009 году, что отражает, скорее всего, улучшение качества оказания медицинской помощи на госпитальном этапе.

Среди причин смерти важную роль играет внутрибрюшное кровотечение (25% случаев), обуславливающее раннюю смерть (на операционном столе или в первые сутки), и тромбоэмболия легочной артерии (16,7% случаев).

Анализируя оказание помощи на догоспитальном этапе, были выявлены следующие дефекты: недостаточное обезбоживание, дефекты транспортировки, гиподиагностика черепно-мозговой травмы и продолжающегося внутреннего кровотечения. Это в основном связано с тем, что наиболее часто помощь приходится оказывать линейным, а не специализированным бригадам СМП, мало подготовленным к оказанию помощи травмированным больным.

Выводы: высокий уровень дорожно-транспортного травматизма с тяжелым последствием в Рязанской области диктует необходимость дальнейшего совершенствования пути профилактики и правильной организации оказания медицинской помощи, а также разработки эффективных методов лечения пострадавших.

Низкое качество диагностики на догоспитальном этапе у пострадавших с сочетанной травмой является одной из главных причин, ведущих к тяжелым осложнениям и большому проценту смертности на госпитальном этапе.

Улучшение оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП на догоспитальном этапе может быть достигнуто путем ускорения прибытия скорой помощи на место ДТП, совершенствования стандартов оказания медицинской помощи, налаживанию тесного контакта между скорой помощью и стационарами, принимающими пострадавших в ДТП.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В Г. ПЕРМИ И В ПЕРМСКОМ КРАЕ

Шляпкикова Е.Б., Русскова А.Н., Работников А.Ю.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь, e-mail: russkovanna@rambler.ru

ВИЧ-инфекция остаётся одной из основных причин преждевременной смерти в мире в связи с неспецифичным характером проявлений и распознаванием «симптомов» её последней стадии. Наиболее

пораженной ВИЧ-инфекцией группой населения в Российской Федерации, по данным ФНМЦ СПИД, является молодёжь в возрасте от 15 до 29 лет.

Цель – оценка эпидемиологической обстановки в городе Перми и Пермском крае с целью выявления территорий, в первую очередь нуждающихся в профилактике ВИЧ-инфекции.

По данным Краевого центра по профилактике и борьбе со СПИДом, случаи ВИЧ-инфекции возросли с 4 до 1580 (на 395%) с момента регистрации (с 1994 г.), по 2010 г.; максимум зарегистрирован в 2001 г. – 1702. Кумулятивное число выявленных случаев составляет 12375: по г. Пермь – 6043, по краю – 6096. За этот период умерло 1218 человек, смертность увеличилась с 2004 по 2010 гг. в 3,7 раза (с 52 до 197 чел.). Также повысилась численность детей, рождённых от ВИЧ-инфицированных матерей (всего 1545) с момента регистрации (1998г.), по 2010 г. с 1 до 166 человек; пик заболеваемости отмечен в 2007 г. – 194, в 2008 г. – 238, в 2009 г. – 201. ВИЧ-инфицированных доноров насчитывается 157 человек. Среди выявленных в 2010 г.: ВИЧ-инфицированные дети – 163 (в т.ч. заражённые от ВИЧ-инфицированных матерей – 88, заразились половым путём – 44, парентеральным путём – 31). Мрачная картина и среди учащихся: школ – 148, наибольшее число в г. Пермь – 64, в г. Краснокамск – 35, в г. Березники – 18, в Нытвенском районе – 6; средних специальных заведений – 391, наибольшее количество инфицированных в г. Пермь – 172, в г. Березники – 60, в г. Краснокамск – 46, в Нытвенском р-не – 14, в г. Кизел – 14, в г. Чайковский – 13; в г. Лысьва – 9, в Горнозаводском р-не – 8, в Чернушинском р-не – 6; ВУЗов – 117 (ПГТУ – 22, ПГУ –

16, ПГСХА – 9, ПГПУ – 7, ПГМА – 4, ПГФА – 4, ПГИИК – 1, другие ВУЗы – 55). Наиболее тревожная ситуация по Пермскому краю к октябрю 2010 г. в (показатель на 100 тыс. населения): Горнозаводском р-не – 134,5, г. Краснокамск – 106,5, г. Березники – 104,3, Усольском р-не – 102,2, г. Кизел – 79,2, Куединском р-не – 65,6, Нытвенском р-не – 61,8, г. Александровск – 61,4, Верещагинском р-не – 50,6, ЗАТО «Звездный» – 50,5, Пермском р-не – 46,0; наиболее благополучные районы – Уинский – 0,0, Ординский – 6,2. По г. Пермь неблагоприятная обстановка в районах: Орджоникидзовском – 108, 6 и Индустриальном – 89,6, наименьший показатель в Свердловском районе – 66,8.

Таким образом, сохраняется рост числа ВИЧ-инфицированных и рост смертности, за анализируемый период заболеваемость ВИЧ-инфекции на территории г. Пермь и Пермского края увеличилась в 395 раз, смертность – в 3,7 раза. Число детей, рождённых от ВИЧ-инфицированных матерей за 1998-2010 гг. увеличилось в 166 раз. Среди зарегистрированных случаев 10,3% заражённых от матерей детей, 9,4% школьников, 7,4% студентов вузов, 24,7% других учащихся, 48,1% взрослых. По числу заражённых учащихся наиболее неблагоприятные территории – г. Пермь, г. Краснокамск, г. Березники, Нытвенский район. Наибольший процент заражённых ВИЧ-инфекцией студентов вузов в ПГТУ, ПГУ, ПГСХА, ПГПУ и коммерческих вузах. В целом наиболее настораживающая эпидобстановка по краю – в Горнозаводском и Усольском районах, в г. Краснокамск, в г. Березники, Орджоникидзовском и Индустриальном районах г. Перми.

Педагогические науки

АДАПТАЦИЯ ПЕРВОКЛАССНИКОВ К ШКОЛЕ

Авраменко К.Б., Голомах О.В.

Национальный университет имени В.А. Сухомлинского,
Николаев, e-mail: vetera@mkosat.net

Начало обучения в школе – один из наиболее сложных и ответственных моментов в жизни детей, как в социально-педагогическом, психологическом, так и в физическом плане. По сути, начало систематического обучения в школе является стрессовой ситуацией в жизни ребенка, поскольку связано с необходимостью адаптироваться к новым микросоциальным условиям. Этот процесс сопровождается разнообразными сдвигами в функциональном состоянии и в значительной мере затрагивает психоэмоциональную сферу. От благополучия адаптационного периода при поступлении в школу в значительной мере зависит успешность дальнейшей социальной деятельности ребенка.

Поступив в школу, ребенок становится школьником далеко не сразу. Это становление, вхождение в школьную жизнь происходит на протяжении начальной школы, в сочетании черт дошкольного детства с особенностями школьника характеризует тяжелый период младшего школьного возраста.

Адаптация к школе – перестройка познавательной, мотивационной и эмоционально-волевой сфер ребенка при переходе к систематическому организованному школьному обучению. При поступлении в школу коренным образом изменяются условия жизни и деятельности ребенка; ведущей становится учебная деятельность.

Режим школьных занятий требует гораздо более высокого, чем в дошкольном детстве, уровня произвольности поведения. Необходимость налаживать и поддерживать взаимоотношения с педагогами и сверстниками в ходе совместной деятельности требует развитых навыков общения. В этой связи особую важность приобретает готовность к школьному обучению, которая должна быть сформирована у стар-

ших дошкольников. Дети, имеющие достаточный опыт общения с развитой речью, сформированными познавательными мотивами и умением произвольно-волевой регуляции поведения, легко адаптируются к школьным условиям.

Часто в более выигрышных условиях оказываются дети, посещавшие детский сад, поскольку там элементы готовности к школьному обучению целенаправленно формируются педагогическим воздействием. Дети, которые не посещали дошкольные учреждения, пользовались пристальным и индивидуализированным вниманием родителей, как правило, обладают определенными преимуществами в познавательной сфере, но часто не имеют достаточного опыта взаимоотношений и вообще стоят на эгоцентрической личностной позиции.

В первые учебные недели может закладываться основа для развития в будущем слабой успеваемости, поэтому многие исследователи большое значение придают вопросам школьной готовности, а также адаптации первоклассника к новым условиям систематического обучения в коллективе сверстников (М. Безруких, Л. Божович, А. Венгер, Л. Венгер, С. Ефимова, Н. Луськанова, Р. Овчарова, Д. Эльконин). В большинстве работ констатируется, что слабоуспевающих, которые учатся, характеризуют следующие личностные свойства:

- неспособность к обобщению, слабая осознанность мыслительной деятельности;
- инертность, косность, пассивность, подражательность ума, явное несоответствие между уровнем интуитивно-практического и словесно-логического мышления.

Готовность ребенка к школе определяется уровнем развития личности в интеллектуальном, мотивационном, коммуникационных и физическом отношении.

Создание благоприятных условий адаптации ребенка к школе с учетом особенностей ее проявления является важнейшим фактором обеспечения преем-