

- 1) увеличить количество часов по анатомии человека в пределах 300-400ч.;
- 2) необходимо отводить в учебном расписании часы на СИРС по 4ч. в неделю;
- 3) переходить на 5-дневку, субботу выделить для СИРС, научной работы, дополнительных и консультативных занятий;
- 4) совершенствовать материально-техническую базу кафедр;
- 5) резко усилить финансирование нужд кафедр;
- 6) улучшить обеспечение кафедр анатомии трупами и демонстрационными препаратами;
- 7) вести проблемные лекции по анатомии в неделю 2 часа;
- 8) быстрее выйти в мировое сообщество образовательных программ;
- 9) поднять ответственность вуза, кафедр и преподавателей за качество подготовки студентов при обязательном стимулировании солидной зарплатой;
- 10) не допустимо, чтобы ассистент и преподаватель получали одинаковую зарплату, памятуя что уравниловка всегда является тормозом прогресса в медицинском образовании;
- 11) улучшить международный обмен делегациями студентов между профильными вузами и факультетами.

Работа представлена на Международную научную конференцию «Проблемы и опыт реализации болонских соглашений», Черногория, 9-16 сентября 2009 г. Поступила в редакцию 23.07.2009.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА

Макаров М.Л., Плеханов В.И., Макаров Л.А., Макарова Ю.А.

*Городская клиническая больница №3
Астрахань, Россия*

Больные с повреждением костей таза составляют от 3 до 18% от всех травматологических больных. По данным литературы смертность при переломах костей таза составляет от 6 до 18%. Диагностика при переломах костей таза в основном складывается из выяснения механизма травмы, осмотра пострадавшего и щадящей пальпации таза. Уточнить характер перелома тазовых костей позволяет рентгенография, компьютерная томография, ЯМРТ исследование.

Оказание помощи этим больным в остром периоде травмы находится на стыке нескольких специальностей, работают основные специалисты – травматологи, хирурги, анестезиологи, урологи, нейрохирурги. С учётом тяжести состояния такие больные попадают в палату интенсивной терапии, где проводятся противошоковые мероприятия, лабораторные исследования, инструментальная диагностика.

В клинике МУЗ ГKB №3 г. Астрахани в период с 2007 по 2008 год на лечении находился

91 пациент с различными переломами костей таза. В основном это люди трудоспособного возраста. В большинстве случаев причиной травмы явились дорожно-транспортные происшествия (72 %). При поступлении проводилась инструментальная и лабораторная диагностика, оценка степени тяжести травмы, исходя из чего складывался алгоритм оказания неотложной стационарной помощи и мероприятия направленные на стабилизацию состояния. В основном проводилось консервативное лечение (анальгетики, переливание кровезаменителей и компонентов крови, скелетное вытяжение, гамак, последующая реабилитация. При переломах типа В, С четверым больным выполнен остеосинтез аппаратом внешней фиксации. Одному больному выполнена фиксация симфиза пластиной с угловой стабильностью. Средний койко-день у этих пациентов составил 27.

Опыт применения аппаратов внешней фиксации показал, что их целесообразно применять в остром периоде, так как стабильная фиксация отломков таза позволяет остановить внутритазовое кровотечение, купирует травматический шок, предупреждает вторичное смещение отломков. А также облегчает уход за больными, дает возможность ранней активизации. Стабилизацию переломов костей таза аппаратом следует выполнять по экстренным показаниям, как мероприятие первой очереди.

Работа представлена на Международную научную конференцию «Практикующий врач», Италия (Рим, Флоренция), 9-16 сентября 2009 г. Поступила в редакцию 06.08.2009.

ЭЛЕКТРОКИНЕТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Михайлова О.Д., Былинкина Н.М., Щепина Т.П., Булычев В.Ф.

*Ижевская государственная медицинская
академия
Ижевск, Россия*

В последнее время анализу электрофоретической подвижности эритроцитов как одному из жизненно важных параметров гомеостаза человека уделяется повышенное внимание. Это связано с тем, что регистрация перемещения клеток крови в электрическом поле позволяет оценить не только их электрокинетический потенциал, но и состояние гомеостаза организма в целом (Крылов Н.И. и соавт., 2000). Так, снижение электрофоретической подвижности эритроцитов определяет повышение их способности к агрегации, свидетельствуя о нарушении реологических свойств крови (Муравьев А.В. и соавт., 2000). При этом меняется не только вязкость и структура крови, но и инициируется процесс тромбообразования (Stoltz J.F. et al., 1991).