

воспитания ребенка необходимо проводить определенную медико-социальную работу по выявлению ранних нарушений в состоянии психического здоровья, особенно у детей из социопатических семей, детей-сирот.

Работа представлена на III научную международную конференцию «Фундаментальные и прикладные проблемы медицины и биологии», Италия, о. Сицилия, 15-22 июля 2007 г. Поступила в редакцию 27.06.2007.

ИНВАЛИДНОСТЬ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Ермолаев Д.О., Хазова Е.В., Ермолаева Ю.Н., Красовский С.С.

*Астраханская государственная медицинская академия
Астрахань, Россия*

Инвалидность детей и подростков наряду с демографическими показателями и заболеваемостью детского населения является одной из основных характеристик общественного здоровья и социального благополучия страны. В результате проведенного анализа динамики инвалидности среди детей в возрасте 0-17 лет за период с 2002-2006 гг. отмечен прирост показателя общей детской инвалидности на 4,4% до 192,2 на 10000.

Максимальные значения показателя впервые выявленной инвалидности по Астраханской области в 2006 г. отмечены в возрасте 0-4 лет (46,1 на 10000), наименьшие в 10-14 и 15-17 лет (19,8 и 19,6 на 10000 соответственно). Обратная закономерность от возрастной структуры выявлена в интенсивности показателей общей инвалидности. Более высокие показатели распространенности инвалидности зарегистрированы в возрастных группах 10-14 и 15-17 летних (215,3 и 229,1 на 10000), наименьшие в возрасте 0-4 лет (122,4 на 10000). В возрастных группах 10-14 и 15-17 летних увеличивается разрыв между частотой выявления и распространенностью инвалидности с максимальными значениями, что свидетельствует о накоплении ее «груза».

В структуре патологии детской инвалидности в 2006 г. первое ранговое место принадлежит классу психических расстройств и расстройств поведения (23,2%), который на 81,6% сформирован умственной отсталостью. Выход распространенности психоневрологической патологии на первое ранговое место свидетельствует о том, что психическое здоровье детей в области становится серьезной проблемой. Уровень этого класса стремительно нарастает с увеличением возраста ребенка. Так, по сравнению с возрастной группой 0-4 года (3,9 на 10000) в возрасте 5-9 лет он повышается в 11,3 раза (43,9 на 10000), в возрасте 10-14 лет в 16,3 раз (63,6 на 10000) и в 15-17 лет в 17,6 раза (68,7 на 10000).

Второе ранговое место в структуре детской инвалидности в 2006 г. заняли врожденные аномалии и пороки развития (20,2%). Наибольший процент составляют дети с пороками сердца и системы кровообращения (в среднем, - 35,2%), нервной системы (5,3%) и с хромосомными аномалиями (5,9%). Уровень инвалидности наиболее высок среди возрастных групп 0-4 и 5-9 лет, составляя 60,2% от общего числа инвалидизирующей патологии (47,5 и 48,3 на 10000 соответственно).

Третье ранговое место в структуре причин детской инвалидности в 2006 г. принадлежало болезням нервной системы (19,1%). При этом, дети с ДЦП занимают наибольшую долю – 63,9%, а с наследственными и дегенеративными болезнями ЦНС лишь - 11,9%, с воспалительными болезнями ЦНС – 2,1%. Отмечено, что уровень инвалидности наиболее высок среди возрастных групп 0-4 и 5-9 лет, составляя 57,6% от общего числа инвалидизирующей патологии (41,5 и 45,4 на 10000 соответственно).

Исследования в области детской инвалидности являются актуальными с точки зрения рационального планирования организационных мероприятий по профилактике и целенаправленному формированию комплексной системы медико-социальной помощи детям-инвалидам и их семьям, а также расчета потребности данной категории населения в реабилитационной помощи.

Работа представлена на III научную международную конференцию «Фундаментальные и прикладные проблемы медицины и биологии», Италия, о. Сицилия, 15-22 июля 2007 г. Поступила в редакцию 27.06.2007.

СМЕРТНОСТЬ ДЕТЕЙ ОТ ТРАВМ И ОТРАВЛЕНИЙ ПО МАТЕРИАЛАМ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ермолаев Д.О., Королев И.Н., Ермолаева Ю.Н.

*Астраханская государственная медицинская академия
Астрахань, Россия*

Уровень смертности детей и подростков в результате внешних причин в Астраханской области остается значительно высоким, особенно в подростковой группе. Так, в структуре причин смерти детей (0-14 лет) внешние причины за период с 2003-2006 гг. занимали II место, уступая лишь заболеваниям перинатального периода, их доля составляла от 17,5% до 21,7%, а в группе 15-17 летних от 65,4 до 78,5%.

В структуре внешних причин смерти у детей 0-17 лет преобладали утопления и дорожно-транспортные происшествия.

Наиболее высокий уровень смертности от внешних причин наблюдался среди детей первого года жизни, хотя доля их среди причин смерти детей данной возрастной группы не высока. В

структуре младенческой смертности внешние причины занимали V место, среди детей, умерших в возрасте 5-17 лет переместились на лидирующую позицию (от 63,6 до 68,9%). Основными причинами смерти от внешних причин на первом году жизни явились случайные удушья. В возрасте 1-4 лет основными причинами смерти явились случайные отравления, утопления, несчастные случаи с огнем, дорожно-транспортные происшествия. В 5-14 лет среди причин смерти детей от внешних причин лидировали дорожно-транспортные происшествия, отравления угарным газом и утопления.

Отношение уровней смертности вследствие внешних причин девочек и мальчиков в возрасте 0-14 лет в среднем составило 1:1,9. С возрастом разрыв между коэффициентами смертности девочек и мальчиков увеличивался. Так, в среднем, в возрасте 0-4 лет отношение составило - 1:2, в 5-9 лет -1:2,2, в 10-14 лет -1:2,5, в 15-17 лет -1:3.

Анализ смертности от внешних причин с учетом места смерти выявил, что дети первого года жизни в 50-60% случаев умерли дома, в 10-20% случаев «в другом месте», в возрастной группе 1-4 года – 1/4 часть детей умерла дома, до половины детей – «в другом месте», в возрастных группах 5-17 лет до 10% умерли на дому, 70-75% «в другом месте». Следовательно, более 2/3 случаев смерти детей от внешних причин наступает до оказания квалифицированной медицинской помощи.

Проведенный анализ свидетельствует о значимости социальной проблемы, связанной с насильственной смертностью детей. Сложившаяся ситуация вызывает особую тревогу поскольку гибель детей от предотвратимых причин, коими являются травмы и отравления, является серьезной социальной и экономической проблемой для общества, снижает трудовой потенциал региона.

Работа представлена на III научную международную конференцию «Фундаментальные и прикладные проблемы медицины и биологии», Италия, о. Сицилия, 15-22 июля 2007 г. Поступила в редакцию 27.06.2007.

АНАЛИЗ АНТИБИОТИКОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ С ОЖОГАМИ II — III СТЕПЕНИ

Журавлева Л.А.***, Лазарева Е.Н.*, Бучин В.Н.***, Калашникова Т.И.***, Самотруева М.А.*, Самсонов А.В.***

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава»*
НУЗ «Медико-санитарная часть»***
Астрахань, Россия

Антибиотикотерапия занимает ведущее место в комплексном лечении больных с ожогами II—III степени, осложненными гнойно-воспалительными процессами мягких тканей. В настоящее время отмечается рост полирезистент-

ных штаммов возбудителей к антимикробным препаратам у данной категории пациентов. Это отличает заболевание длительным и упорным течением, удорожанием лечения.

Цель: Изучить этиологическую структуру возбудителей и спектр их чувствительности к антимикробным препаратам при ожоговой болезни.

Материалы и методы: В работе представлен анализ бактериологического исследования материала с ожоговых поверхностей от 199 больных и чувствительность, выделенных возбудителей, к 29 антимикробным препаратам с применением диско-диффузного метода.

Результаты: Инфицированность исследуемого материала составила 96,5%. Основными возбудителями ожоговой инфекции являлись *S.aureus* (50,8%) и *Ps.aeruginosa* (20%). Из условно-патогенных энтеробактерий чаще всего высевали *Proteus* (6,7%), *E.coli* (5,6%), *Enterobacter* (5,1%), *Klebsiella spp.* (2,6%). В 50,2% случаев были выделены сочетанные формы инфекции в составе двух и более видов, формирующиеся за счет устойчивых ассоциаций: *S.aureus* и *Ps.aeruginosa* (51,0%), *S.aureus* и энтеробактерий разных видов (31,0%). Изучение антибиотикограммы показало отсутствие чувствительности *S.aureus* к пенициллинам (0,9%). Наиболее эффективными препаратами в отношении данного возбудителя являлись: офлоксацин (45,7%), цiproфлоксацин (32,4%), карбапенемы (45,7%), рифампицин (44,8%), фузидиевая кислота (32,4%), гентамицин (22,9%). Из группы цефалоспоринов *S.aureus* был чувствителен в 28,6% случаев к цефтриаксону и в 24,8% к цефазолину, а к представителям III поколения к цефоперазону (9,2%) и к цефтазидину (10,5%). Антипсевдомонадная активность проявлялась у карбапенемов (53,8%) и монофторхинолонов (офлоксацин – 43,6% и цiproфлоксацин – 41,0%). Из группы аминогликозидов возбудитель был более чувствителен к амикацину (20,5%), чем к гентамицину (15,4%). Из цефалоспоринового ряда только у цефтазидима в 25,6% отмечалась активность в отношении *Ps.aeruginosa*. Бактериостатический эффект к *S.aureus* и *Ps.aeruginosa* наблюдался со стороны полусинтетических тетрациклинов у доксициклина (13,3% и 25,6% соответственно). Рост энтеробактерий подавляли в большинстве случаев: цефтриаксон (41%), цефтазидим (35,9%), имипенем (46,2%), гентамицин (43,6%), цiproфлоксацин (41,0%), пиперациллин (28,2%), хлорамфеникол (20,5%).

Вывод: Антибактериальная терапия инфекционных осложнений ожоговой болезни определяется спектром вероятных возбудителей. В результате исследования наиболее эффективными антимикробными средствами оказались монофторхинолоны и карбапенемы.

Работа представлена на научную международную конференцию «Инновационные технологии в ме-