

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 наступают 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-

дицине», 8-15 июля 2007 г. Коста Брава (Испания). Поступила в редакцию 13.06.2007.

НЕКОТОРЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИ-АКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА *ECHIMUM VULGARE*

Круглов Д.С., Свечникова О.П.
Новосибирский государственный медицинский университет
Новосибирск, Россия

Синяк обыкновенный (*Echium vulgare* L.) – двухлетнее растение семейства *Boraginaceae*, применяется в народной медицине в качестве отхаркивающего и седативного средства. В то же

время, для представителей этого семейства (в частности *Pulmonaria mollissima* A.Kern.) была выявлена антианемическая активность [2]. Учитывая принцип филогенетического родства подобное фармакологическое действие можно ожидать и у синяка обыкновенного. Целью работы являлась количественная оценка биологически-активных соединений с.обыкновенного. В качестве объектов исследования были выбраны надземные части *E.vulgare* собранные в окрестностях г. Новосибирска в фазе цветения в 2005-2006 годах. Количественное определение групп БАС и индивидуальных веществ осуществляли фармакопейными методами.

Таблица 1. Содержание биологически-активных соединений в траве с. обыкновенного

№№	Группа БАС или индивидуальное вещество	содержание, % *
1	Кислота аскорбиновая	48,0±6,0 x 10 ⁻³
2	Сумма органических кислот, в пересчете на яблочную кислоту	1,3±0,2
3	Сумма флаваноидов в пересчете на рутин	1,7±0,3
4	Сумма антоцианов в пересчете на цианидин	0,7±0,1
5	Водорастворимые полисахариды	9,4±1,4
6	Пектин	0,3±0,1

* - в пересчете на абсолютно сухое сырье

Анализ полученных данных (таблица 1) в сравнении с результатами аналогичных исследований для медуницы мягчайшей показывает, что по качественному составу БАС обоих растений близок. Вместе с тем по содержанию рутина с.обыкновенный превосходит почти в 2 раза содержание рутина в м.мягчайшей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Государственная фармакопея СССР: Вып.2 Общие методы анализа. Лекарственное растительное сырье/ МЗ СССР.- 11-изд.- М.: Медицина, 1989. – 400 с.
2. Круглов Д.С. Некоторые аспекты фитотерапии железодефицитной анемии// Д.С.Круглов, М.А.Ханина.- Материалы 1-го Международного съезда фитотерапевтов «Современные проблемы фитотерапии».- М.: Оверлей, 2006. - с. 143-146:

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 20.06.2007.

АНАЛИЗ СОСТАВА ФИТОСБОРОВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Круглов Д.С.
Новосибирский государственный медицинский университет
Новосибирск, Россия

Железодефицитная анемия (ЖДА) - группа анемических синдромов, вызванных различными этиологическими факторами, объединенных единым патогенезом, в основе которого лежит нарушение микроэлементного гомеостаза. Фитотерапия ЖДА лишена недостатков, присущих лечению синтетическими лекарственными средствами и незаменима для профилактики железодефицита [2]. Многообразие этиологических факторов железодефицита наряду с тем обстоятельством, что индивидуальные растения редко содержат комплекс действующих веществ, обеспечивающих требуемую поливалентность действия фитопрепарата, современная фитотерапия ЖДА [1] базируется на применении фитосборов, позволяющих создавать композиции с максимальным содержанием необходимых биологически активных соединений.

Был проанализирован состав основных сборов используемых в народной медицине для лечения и профилактики ЖДА [3-5].

Всего в состав описанных фитосборов входят 42 единицы лекарственного растительного сырья, но наиболее часто встречаются в составе сборов (таблица):

- листья крапивы, которая является источником витамина К и протопорфирина, которые