

«Фундаментальные и прикладные исследования в медицине»,
Россия (Сочи) 27 сентября - 1 октября 2012 г.

Медицинские науки

**АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ДЕТСКОЙ
ИНВАЛИДНОСТИ В АСТРАХАНСКОЙ
ОБЛАСТИ С 2000 ПО 2009 ГГ.**

Аджигеримова Г.С.

*Астраханская государственная
медицинская академия, Астрахань,
e-mail: Gulnara-kadieva@yandex.ru*

Детская инвалидность – одна из острых медико-социальных проблем современного общества. Анализ литературы по проблеме детской инвалидности показал неразработанность большого круга вопросов. С одной стороны – недостаточность эпидемиологических исследований по изучению детской инвалидности, с другой стороны – установлены лишь фрагментарные данные по региональным особенностям, причем наиболее полно дана медико-социальная характеристика детей-инвалидов только в крупных городах и в центральных районах России.

Многочисленные исследования наглядно демонстрируют важность социальных и экономических факторов как основных детерминантов здоровья населения (Т.В. Чапель, 2009; В.С. Тапилина, 2004; З.М. Аминова, 2000; Braveman P., 2003; Pritchett L, 1996 и др.). Риск заболевания, вероятности его неблагоприятного течения и исхода (инвалидность, смерть) реализуется в условиях социально-экономического и экологического неблагополучия.

Главным стратегическим приоритетом социальной политики в отношении инвалидов должна стать профилактика тяжелых и стойких нарушений здоровья в детском возрасте и ограничений трудоспособности у взрослых.

Уровень общей инвалидности детей в возрасте от 0 до 17 лет по Астраханской области в среднем за весь период наблюдения составил 15,1 на 1000, что являлось ниже, чем по Российской Федерации (19,2 на 1000).

В среднем за период наблюдения на первом месте находились врожденные аномалии (пороки развития) деформации и хромосомные нарушения, составляя 3,2 на 1000. Второе место поделили психические расстройства и расстройства поведения (причем только за счет умственной отсталости) и болезни нервной системы – по 2,9 на 1000. Третье место занимали болезни глаза и его придаточного аппарата – 0,8 на 1000. Четвертое место поделили сразу пять причин: болезни эндокринной системы, болезни уха и сосцевидного отростка, болезни органов дыхания, болезни костно-мышечной системы

и соединительной ткани, и травмы, отравления и некоторые другие воздействия внешних причин, составляя по 0,6 на 1000. На пятом месте находились болезни кожи и подкожной клетчатки – 0,5 на 1000.

Анализ динамики причин детской инвалидности показал, что практически все причины характеризовались выраженными и статистически достоверными тенденциями к росту показателей, за исключением отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, а также травм, отравлений и некоторых других воздействий внешних причин, которые характеризовались выраженной и статистически достоверной тенденцией к снижению показателя. Нестойкими (формирующимися) тенденциями к росту характеризовались следующие причины: туберкулез, болезни системы кровообращения, болезни органов пищеварения, болезни кожи и подкожной клетчатки, болезни мочеполовой системы. Болезни глаза и его придаточного аппарата и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани были сабилизованы в динамике.

Анализ среднегодового темпа прироста (СГТП) причин детской инвалидности показал, что наиболее интенсивно росли болезни эндокринной системы (+16,7%), психические расстройства и расстройства поведения (+14,5%), новообразования (+12,5%), болезни уха и сосцевидного отростка (+8,3%) и врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (+8,1%). При этом наиболее интенсивно снижались отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (–21,4%) и травмы, отравления и некоторые другие воздействия внешних причин (–8,3%).

Анализ инвалидности детей по территориям Астраханской области показал, что в среднем за период наблюдения на первом месте находился Наримановский район, составляя 23,3 на 1000. Столь высокому уровню способствовали психические расстройства и расстройства поведения, а также врожденные аномалии развития. Уровень данных причин в разные годы колебался от 1,3 на 1000 (13,4%) до 12,2 на 1000 (46%) и от 1,9 на 1000 (20,4%) до 5,4 на 1000 (20,5%) соответственно. При этом необходимо отметить, что вышеперечисленные причины занимали ведущие места на многих территориях Астраханской области. Второе место занимал Камызякский район – 16,1 на 1000, третье – г. Астрахань – 15,5 на 1000, четвертое – Володарский район – 15,4

на 1000 и на пятом месте находился Икрянинский район – 15,3 на 1000.

В результате анализа динамики инвалидности детей по территориям Астраханской области установлено, что всех кроме четырех территорий области динамика инвалидности характеризовалась выраженной и статистически достоверной тенденцией к росту показателя ($b =$ от +0,66 до +3,40; $r =$ от +0,71 до +0,97; $D =$ от 50,0 до 94,6%; $p =$ от 0,02 до 2,3 Е-6). Три территории: Красноярский район, Черноярский район и г. Знаменск характеризовались нестойкой (формирующейся) тенденцией к росту ($b =$ от +0,20 до +0,67; $r =$ от +0,34 до +0,61; $D =$ от 12,2 до 37,2%; $p =$ от 0,3 до 0,06). Показатели инвалидности на одной территории – Ахтубинский район – были стабилизированы в динамике.

Таким образом пять территорий из двенадцати имели уровень инвалидности выше среднеобластного из которых самый высокий уровень имел Наримановский район. При этом на семи территориях уровень инвалидности был ниже среднеобластного из которых самый низкий уровень отмечался в Харабалинском районе.

Наиболее интенсивно рос показатель инвалидности в Наримановском районе, где (СГТП) составил 14,6%. Второе место занимал Володарский район (+10,7%), третье – Камызякский район (+9,1%), четвертое – Енотаевский район (+9,0%) и пятое – Приволжский район (8,5%).

Таким образом, показатель общей инвалидности детей в Астраханской области был ниже, чем в среднем по Российской Федерации. Однако динамика характеризовалась выраженной и статистически достоверной тенденцией к росту практически всех причин инвалидности по подавляющему большинству территорий Астраханской области. Вместе с тем происходило статистически достоверное снижение двух причин инвалидности: отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (СГТП составил (-21,4%)) и травмы, отравления и некоторые другие воздействия внешних причин (СГТП составил (-8,3%)).

Список литературы

1. Аминова З.М. Преемственность в деятельности лечебно-профилактических учреждений и центров реабилитации детей-инвалидов / З.М. Аминова, З. Н. Зиятдинова // Казанский мед. журн. – 2000. – №6. – С. 528–529.
2. Тапилина В.С. Социально-экономический статус и здоровье населения / В.С. Тапилина // Социологические исследования. – 2004. – №3. – С. 126–137.
3. Чапель Т.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика детской инвалидности на Дальнем Востоке: дис. ... д-ра мед. наук. – Хабаровск, 2009. – 281 с.
4. Braveman P. Poverty, equity, human rights and health / P. Braveman, S. Gruskin // Bulletin of the World Health Organization. – 2003. – №81 (7). – P. 539–545.
5. Pritchett L. Wealthier is Healthier / L. Pritchett, L.H. Summers // Journal of Human Resources. – 1996. – Vol.31. – P. 841–868.

ГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИДЕРМИСА ПРИ ЗАЖИВЛЕНИИ АСЕПТИЧЕСКИХ РАН НА ФОНЕ МАГНИТОТЕРАПИИ

Алексеева Н.Т., Глухов А.А., Остроушко А.П.

*Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж,
e-mail: alexeevant@list.ru*

При заживлении ран эпидермис играет важную роль, которая заключается не только в восстановлении целостности кожных покровов, но и в регуляции роста и созревании грануляционной ткани. Преждевременная или затянувшаяся эпидермизация раневого дефекта вызывает формирование некачественного рубца. В связи с этим метаболические изменения в эпидермисе лежат в основе структурно-функциональных превращений на уровне кожи, возникающие при ликвидации раневого дефекта. Происходящие в эпидермисе перестройки связаны с переходом клеток на измененный, оптимизированный, с точки зрения гомеостаза, уровень функционирования. Наибольшим структурно-метаболическим сдвигам подвергнут ростковый слой Мальпиги, включающий в себя базальный и шиповатый слои, клетки которых определяют формирование вышележащих слоев эпидермиса.

Цель исследования – установить динамику метаболических изменений в пределах эпидермиса при заживлении асептических ран на фоне магнитотерапии.

Исследования выполнены на 120 белых крысах самцах массой 220–250 г. Экспериментальный блок включал 5 групп исследования – контрольную и 4 – опытные.

В контрольной группе лечение заключалось в ежедневной смене асептических повязок, магнитотерапия не проводилась. В первой опытной группе на рану воздействовали синусоидальным переменным магнитным полем (ПеМП) с магнитной индукцией в 10 мТл в течении 10 минут; во второй опытной группе на рану воздействовали синусоидальным ПеМП с магнитной индукцией в 30 мТл в течение 10 минут; в третьей опытной группе на рану воздействовали пульсирующим ПеМП с магнитной индукцией в 10 мТл в течении 10 минут; в четвертой опытной группе на рану воздействовали пульсирующим ПеМП с магнитной индукцией в 30 мТл в течении 10 минут. Для проведения магнитотерапии использовали модифицированный аппарат АМТ-01М, позволяющий осуществлять различные режимы воздействия. На 1, 3, 5 и 7-е сутки от начала опыта осуществлялся забор материала для морфологического исследования. При работе с лабораторными животными соблюдались принципы гуманного обращения, изложенные в Конвенции по защите позвоночных животных, используемых для эксперимен-