вышение показателей детской инвалидности по классу ВПР в 2000 г. расцениваются, как “сильное” по сравнению с межрайонным уровнем в Володарском, Икрянинском, Камызякском, Харабалинском районах, г. Знаменск и как “высокое” в Наримановском районе. В Приволжском районе в 2000 г. степень превышения над межрайонным уровнем оценивается как “умеренная”.

При рассмотрении ранговых категорий соотношения уровней детской инвалидности по классу врожденных пороков развития в сельских районах области в 2000 г. с таковыми в 1996 г. сильная степень превышения отмечена в Енотаевском, Приволжском, Харабалинском районах и г. Знаменске; в Икрянинском, Камызякском районах была отмечена высокая степень превышения и лишь в Красноярском и Наримановском районах степень превышения расценивалась как “умеренная”.

Таким образом, неблагоприятные особенности, выявленные в динамике распространенности детской инвалидности от ВПР за исследуемый период были отмечены в 7 районах области (Енотаевский, Приволжский, Харабалинский, Икрянинский, Камызякский, Красноярский, Наримановский), при этом в 3 из них уровень таковой в 2000 г. в сильной степени превысил средний межрайонный (Икрянинский, Камызякский, Наримановский).

Медико-социологическое исследование факторов риска возникновения детской инвалидности

Ермолаев Д.О., Сердюков А.Г., Ермолаева Ю.Н.
Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

В условиях неуклонного роста распространенности детской инвалидности изучение факторов риска возникновения детской инвалидности в последние годы приобретает актуальное значение. В Астраханской области данная задача была решена путем исследования случай-контроль. В частности, проведена ретроспективная оценка социально-гигиенических факторов риска периода до рождения ребенка.

По данным проведенного исследования большую роль на рождение ребенка с отклонениями в развитии играет неблагоприятный акушерско-гинекологический анамнез матери. Так, медицинские аборты и привычная невынашиваемость в анамнезе до рождения ребенка встречались у матерей основной группы значительно чаще 36,3% и 8,2% - соответственно, в отличие от 20,1% и 1,3% в группе сравнения. Проанализировав течение антенатального периода, было установлено, что в 73,4% случаев беременность в основной группе сопровождалась токсикозом, в 53,2% случаев - анемией, в 28,3 % случаев угрозой прерывания беременности. В контроле осложнения беременности встречались значительно реже, так токсикозы встречались реже в 2,4 раза (30,3%), анемии в 2,2 раза (23,6%), угроза прерывания беременности реже в 1,5 раза (18,7%). Не менее опасным для плода являются вирусные инфекции у матери, которые встречались в 51,8% случаев протекания беременности, что значительно больше показателей контрольной группы женщин (12,3%). Осложнения в интранатальном периоде могут наблюдаться как со стороны матери, так и плода. Среди осложнений со стороны матери наиболее угрожающими, по данным исследования, являются слабость родовой деятельности, они были зафиксированы в 26,5% случаев в изучаемой группе, что в 4 раза превышает показатели контроля (6,3%). Данный факт, можно объяснить высоким удельным весом юных и возрастных первородящих матерей (старше 30 лет), для них данное осложнение является наиболее частым. Преждевременное излитие околоплодных вод может явиться причиной инфицирования новорожденного. Названное осложнение наблюдалось в 4 раза чаще в основной группе (13,2% против 3,2%), а при изучении периода неонатального развития ребенка наличие гнойно-септической патологии отмечалось у 17,5% детей исследуемого контингента, в отличие от детей контрольной группы, у которых этот показатель составил 8,5% случаев.

В заключение необходимо подчеркнуть, что большинство перечисленных факторов риска являются управляемыми и устранимыми. Следовательно, при активном и своевременном их выявлении и устранении медицинскими работниками, а также при более широком использовании в работе новых методов диагностики донозологических состояний можно добиться значительного снижения детской инвалидности. Определение групп риска по формированию инвалидности должно, на наш взгляд, проводиться соответствующими учреждениями службы охраны материнства и детства, а именно: в антенатальный период - женской консультацией, в интранатальный и ранний неонатальный - родильным домом, в неонатальный - территориальной детской поликлиникой. Подобная диагностика позволит: во-первых, своевременно элиминировать неблагоприятные воздействия, во-вторых, определить уровень риска развития инвалидизирующей патологии и провести соответствующие превентивные мероприятия медицинского и организационного характера, что, в конечном итоге, позволит добиться снижения инвалидизации среди детского населения.

Эпидемиология детской инвалидности в Астраханской области

Ермолаев Д.О., Сердюков А.Г., Ермолаева Ю.Н.
Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань

По Астраханской области за период с 1996-2000 гг. отмечался ежегодный прирост общего числа детей-инвалидов. Областные показатели к 2000 г. выросли на 31,4%, с ежегодным увеличением на 6-8%. Изучение распространенности инвалидности у детей по отдельным возрастным группам выявило следующую закономерность: наиболее высокие показатели инвалидности отмечаются в возрасте 10-14 и 15 лет - в среднем, 185,4$^0/_{000}$ и 185,9$^0/_{000}$ соответственно и самые низкие в 0-4 года – 81,2$^0/_{000}$. Следовательно, увеличение распространенности инвалидности прямо пропорционально возрасту и объясняется “грузом” инва-

лидности. При рассмотрении повозрастных особенностей первичной инвалидности, устанавливаемой у детей можно выявить обратную закономерность: максимальные значения показателя отмечены в раннем возрасте (0-4 года) – в среднем, 28,7$^0/_{000}$, наименьшие в 10-14 и 15 лет – 21,6$^0/_{000}$ и 21,4$^0/_{000}$ соответственно.

Проведенные исследования с учетом пола и возраста ребенка показали, что среди мальчиков все показатели распространенности инвалидности статистически достоверно выше, чем среди девочек. Разница в соотношении распространенности детской инвалидности среди девочек и мальчиков становится заметной с возрастного интервала 5-9 лет (в среднем, - 1:1,3) и остается стабильной до 16-летнего возраста. При этом данная закономерность не распространяется на частоту выявления инвалидности, так наибольшие различия данного показателя среди мальчиков и девочек наблюдаются в возрасте 5-9 и 10-14 лет, а наименьшие 0-4 и 15 лет. Это может объясняться тем, что девочки недостаточно охвачены диспансеризацией с учетом специфических особенностей здоровья в пубертатном периоде.

В динамике за исследуемые годы заметно увеличились темпы возрастания “груза” патологии, а также темпы увеличения разрыва между частотой и распространенностью инвалидности. Так, если в 1996 г. в области распространенность инвалидности среди детей 10-14 лет превышала таковую у 5-9-летних в 1,2 раза, а у 0-4-летних в 2,2 раза, то в 2000 г. данные превышения составили: 1,2 и 2,4 раза соответственно. Соотношение между частотой и распространенностью детской инвалидности в различные возрастные периоды имеет определенную закономерность: наименьшие значения в возрастном интервале 0-4 лет, и наибольшие – в 10-14 и 15 лет. Однако в динамике за исследуемый период прослеживается увеличение разрыва между этими показателями во всех возрастных группах с увеличением темпов прямо пропорционально возрасту. В возрасте 0-4 лет соотношение между впервые установленной инвалидностью и распространенностью в 1996 г. составило – 1:2,4, в 2000 г. – 1:2,9; в возрасте 5-9 лет соотношение возрастает, в среднем, в 2 раза и в 1996 г. составляет – 1:5,2, в 2000 г. – 1:6,2; в возрасте 10-14 лет соотношение составило – 1:6,3 и к 2000 г. выросло до 1:10,3; в возрастном интервале 15 лет в 1996 г. соотношение составило – 1:7,8 и выросло к 2000 г. до –1:12,3.

Накопление груза болезней может косвенно свидетельствовать, с одной стороны, о недостаточных объеме и качестве профилактической работы, направленной на предупреждение хронизации болезней, что приводит к развитию тяжелых нарушений и ограничений жизнедеятельности, с другой стороны, о том, что содержание и результативность реабилитационной помощи не имеет нужной направленности.

Формирование "метаболического синдрома" у коренных жителей горного Алтая с артериальной гипертензией

Ефремов А.В., Подхомутников В.М.,
Литвинова Т.А., Антонов А.Р., Колонда Г.Г.
Государственная медицинская академия,
Новосибирск

Проведенное нами исследование концентрации инсулина и глюкозы в крови коренных жителей Горного Алтая с АГ показало, что гиперинсулиемия отмечается у теленгитов и алтай-кижи-2. В совокупности с показателями липидного обмена (гиперхолестеринемией и гипертриглицеридемией) можно говорить о наличии у теленгитов и алтай-кижи-2 «метаболического синдрома» при АГ, в основе которого лежит резистентность к инсулину тканей-мишеней. Компоненты этого синдрома уже сами по себе служат факторами риска сердечно-сосудистой патологии. С большой долей уверенности можно предположить генетически обусловленную предрасположенность к развитию инсулинорезистентности у этих больных. Компенсаторным ответом на резистентность тканей к инсулину является увеличение синтеза и секреции инсулина, в результате чего концентрация глюкозы поддерживается на нормальном уровне (что и отмечается в этих группах). При инсулинорезистентности тканей имеют место ингибирование активности липопротеидлипазы, что способствует гипертриглицеридемии, повышению аппетита и ожирению, формируя «порочный круг». хотелось бы подчеркнуть: скорее всего, у жителей Горного Алтая, прежде всего теленгитов и алтай-кижи-2, речь идет не о «полном метаболическом синдроме», а его модификации, когда имеет место сочетание не всех его факторов. Но сам факт его наличия проверен нами по методу J.Caro (1991): критерием является величина соотношения глюкоза/инсулин (цифры менее 6,0 характерны для больных с метаболическим синдромом).

Операционный стресс плода при кесаревом сечении

Жаркин Н.А., Зайченко С.И., Курабекова Н.А.
Государственный медицинский университет,
Волгоград

Проведено клинико-морфологическое исследование 100 беременных, из них 30 родоразрешившихся через естественные родовые пути (1-я клиническая группа) и 70 - путем операции кесарева сечения в плановом порядке по относительным показаниям со стороны плода. Из них 50 были прооперированы под эндотрахеальным наркозом (2-я клиническая группа) и 20 – под перидуральной анестезией (3-я клиническая группа). До операции состояние плаценты изучалось с помощью ультразвукового исследования определением степени ее зрелости и толщины. После операции удаленные из матки плаценты изучались с помощью морфологического и морфометрического метода. Выбор плацент в зависимости от метода обезболивания при операции кесарева сечения был случайным.