у каждого шестого больного была диагностирована травма внутренних органов.

В то же время, средняя продолжительность одного случая снижается с 12,8 дней на 100 работающих в 2008 году до 11,6 дней на 100 работающих в 2010 году. В условиях военного времени и нестабильности производства, подработки в частных структурах, при обращении за медицинской помощью многие стараются быстрее выйти на работу, принудительно сокращая сроки пребывания на больничном листе.

Подводя итог анализу заболеваемости населения республики Йемен, можно утверждать, что небольшие военного конфликты до 2009 г. и открытые вооруженные восстания с 2010 г. заметно изменили структуру заболеваемости: отмечен рост болезней костно-мышечной системы и травм, класса психических и инфекционных заболеваний, болезней пищеварительной системы. Военные конфликты отразились и на показателях заболеваемости с ВУТ за счет длительного лечения травм и огнестрельных ранений, преимущественно среди мужского (работающего) населения. Выявленные особенности позволяют сделать выводы о приоритетном развитии некоторых областей медицины, в частности, хирургической помощи.

Список литературы

1. Калининская А.А. Алиева Л.М. Стационары на дому формы организации, показатель деятельности // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 7. – С. 68–69.

2. Кожуховская Т.Ю., Алиева Л.М. Организация специализированных комплексных услуг в условиях молодежных консультативных центров // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 12.

АНАЛИЗ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ

Аджигеримова Г.С., Ярославцев А.С.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань, e-mail: yarastr@mail.ru

Детская инвалидность является одной из острейших медико-социальных проблем современного общества. В работе представлен анализ инвалидности детей Астраханской области в возрасте от 0 до 17 лет в период с 2000 по 2009 гг.

Уровень общей инвалидности детей по области составил 15,1 на 1000, что являлось ниже, чем по Российской Федерации (19,2 на 1000). На первом месте находились врожденные аномалии (пороки развития) деформации и хромосомные нарушения – 3,2 на 1000, на втором – психические расстройства и расстройства поведения (причем только за счет умственной отсталости) и болезни нервной системы – по 2,9 на 1000, на третьем – болезни глаза и его придаточного аппарата – 0,8 на 1000. Четвертое место поделили 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. Пятое место занимали болезни кожи и подкожной клетчатки – 0,5 на 1000.

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.

Среднегодовой темп 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 %). Однако следует отметить, что 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 детской инвалидности по территориям области показал, что первое место занимал Наримановский район – 23,3 на 1000. Этому способствовали психические расстройства и расстройства поведения, а также врожденные аномалии развития, частота которых в разные годы колебалась 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. Необходимо отметить, что вышеперечисленные причины занимали ведущие места на многих территориях 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 пятое – Икрянинский район – 15,3 на 1000.

В результате анализа динамики инвалидности детей по территориям области установлено, что на всех за исключением четырех территорий области динамика инвалидности характеризовалась выраженной и статистически достоверной тенденцией к росту. Три территории: Красноярский район, Черноярский район и г. Знаменск характеризовались нестойкой (формирующейся) тенденцией к росту. В Ахтубинском районе показатели инвалидности были стабилизированы в динамике.

Таким образом, пять территорий из двенадцати имели уровень инвалидности выше среднеобластного.

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%).

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ

Аджигеримова Г.С., Ярославцев А.С.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань, e-mail: yarastr@mail.ru

В настоящей работе представлен анализ первичной заболеваемости детей Астраханской области в посткризисный период с 2000 по 2009 гг. Так, уровень первичной заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет по области в среднем за период наблюдения составил 1483,4 на 1000, что являлось ниже, чем по Российской Федерации (1664,4 на 1000).

Ведущие места занимали болезни органов дыхания – 931,3 на 1000, некоторые инфекционные и паразитарные болезни – 91,5 на 1000, травмы и отравления – 78,5 на 1000, болезни кожи и подкожной клетчатки – 69,9 на 1000 и болезни органов пищеварения – 48,1 на 1000. Динамика первичной заболеваемости детей за период наблюдения характеризовалась выраженной и статистически достоверной тенденцией к росту практически по всем классам болезней. Исключение составили болезни системы кровообращения, некоторые инфекционные и паразитарные болезни, болезни крови и болезни эндокринной системы. Наиболее интенсивно увеличивались болезни нервной системы (+ 12,4%), отдельные состояния, возникающие в перинатальный период (+ 12,0%), врожденные аномалии развития (+ 10,0%), психические расстройства (+ 9,4%), травмы и отравления (+ 9,2%) и новообразования (+ 8,1%). Наиболее интенсивно снижались болезни системы кровообращения (–3,2%).

Анализ первичной заболеваемости детей по территориям области в среднем за период наблюдения показал, что ведущее место занимал г. Знаменск – 1911,7 на 1000. На втором месте находился Харабалинский район – 1880,8 на 1000, на третьем – Ахтубинский район – 1783,6 на 1000, на четвертом – г. Астрахань – 1550,5 на 1000 и на пятом – Володарский район – 1513,1 на 1000. В результате анализа динамики первичной заболеваемости детей по административным территориям Астраханской области установлено, что выраженными и статистически достоверными тенденциями к росту показателя характеризовались 4 территории из 13: Камызякский, Красноярский, Харабалинский районы и г. Астрахань.

АНАЛИЗ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ

Аджигеримова Г.С., Ярославцев А.С.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань, e-mail: yarastr@mail.ru

Младенческая смертность является важнейшим интегрированным демографическим показателем, отражающим в конечном итоге эффективность социальной политики в стране.

В рамках изучения состояния здоровья детей в посткризисный период с 2000 по 2009 гг. проведен анализ младенческой смертности на территории Астраханской области.

Частота младенческой смертности в среднем за период наблюдения составляла 11,97 на 1000 детей до 1 года. Ведущей причиной смерти являлись отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде – 4,82 на 1000. Второе место занимали врожденные аномалии развития – 3,20 на 1000, третье – болезни органов дыхания – 1,34 на 1000, четвертое – инфекционные и паразитарные болезни – 0,90 на 1000 и пятое – травмы и отравления – 0,45 на 1000. Перечисленная патология составляла 89,4% в структуре младенческой смертности.

В целом за период наблюдения показатель младенческой смертности характеризовался выраженной и статистически достоверной тенденцией к снижению. Среди причин младенческой смертности выраженной и статистически достоверной тенденциями характеризовались лишь некоторые из них. Так, травмы и отравления характеризовались выраженной и статистически достоверной тенденцией к росту. И напротив, болезни органов дыхания, отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде и аномалии развития характеризовались выраженными и статистически достоверными тенденциями к снижению показателя. Другие причины имели либо неустойчивые тенденции, либо были стабилизированы в динамике.

Среднегодовой темп прироста (СГТП) показал, что наиболее интенсивно росла частота болезней системы кровообращения (+ 14,3%), хотя в динамике данная причина характеризовалась лишь формирующейся тенденцией к росту. На втором месте находились травмы и отравления (+ 13,3%), на третьем – новообразования (+ 8,8%), на четвертом – болезни нервной системы (+ 1,2%), хотя динамика данных причин характеризовалась слабовыраженными тенденциями к росту, при неизменных условиях они имеют возможность через определенный период времени стать ведущими причинами. При этом происходило снижение (СГТП) таких причин смерти как болезни органов дыхания (–14,9%), болезни органов пищеварения (–11,8%), отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде (–9,5%), некоторые инфекционные и паразитарные болезни (–7,8%) и врожденные аномалии развития (–6,2%).