

Բացահայտված է, որ այդ հիվանդների T-լիմֆոցիտների ֆունկցիոնալ ակտիվությունը ընկճված է, իսկ T—և B— բջիջների քանակը և իմունիտետի համորալ օղակը քիչ են փոփոխված: Ծնթադրվում է, որ իմունային ռեակցիաների զարգացման համար կարևոր են ոչ միայն էստրոգենները, այլև ուսուց-բային անտիգենները:

S. I. ANDIKIAN

CELLULAR AND HUMORAL IMMUNITY IN PATIENTS WITH FEMINIZE TUMORS AND TUMORLIKE FORMATIONS OF OVARY

The article presents the results of the study of cellular and humoral immunity in patients with feminise tumors and tumorlike formations of ovary.

The immunologic investigation was performed with rosette forming tests, proliferating response to PHA in the definition of immunoglobulines level of A, G, M classes in serum. The functional activity of T-lymphocytes in patients with tumors and tumorlike formations of ovary was depressed. The quantity of the T- and B-lymphocytes and the level of humoral immunity were not changed.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Алферов А. Н., Гриневич Ю. А. Пробл. эндокрин., 1979, 25, 4, стр. 31.
2. Лебедев К. А. ЖМЭИ, 1977, 2, стр. 130.
3. Ablin R. J., Bruns G. R. J. Immunol., 1974, v. 113, 706.
4. Fujii H., Nawa Y. Cell. Immunol., 1975, v. 20, 315.
5. Mysltwska J., Skassa W. Acta haemat., Pol., 1976, v. 7, 199.

УДК 616—053.2:614.7

Т. С. ХАЧАТРЯН

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ МИКРОРАЙОНАХ Г. ЕРЕВАНА

Сравнительная оценка заболеваемости детей, проживающих в пяти микрорайонах г. Еревана, выявила статистически достоверную связь между частотой заболеваемости и микрорайоном. Важная роль факторов окружающей среды в заболеваемости детей требует проведения специальных исследований, результаты которых должны быть использованы для оздоровления среды г. Еревана.

Медицинскому аспекту охраны окружающей среды в нашей стране уделяется большое внимание, ярким свидетельством которого является Постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О дополнительных мерах по усилению охраны природы и улучшению использования природных ресурсов» (1978).

В литературе имеются указания на отрицательное влияние отдельных факторов среды на состояние здоровья населения, в частности, на

заболеваемость, особенно в районах развитой индустрии [2—5, 7—10 и др.].

Целью настоящей работы явилась сравнительная оценка заболеваемости (по обращаемости) детей, проживающих в пяти различных микрорайонах г. Ереван, где наряду с искусственно-материальными имеются определенные естественно-климатические факторы, изучение комплексного влияния которых на организм необходимо.

При выборе микрорайонов учитывались те факторы окружающей среды, по которым выявлены количественные различия. Это, в частности, загрязненность атмосферного воздуха (сернистый газ, окись углерода, окислы азота, сажа, пыль, фтористый водород, фенол, хлоропрен), ряд планировочных факторов (плотность населения, жилого фонда и застройки, система застройки, сеть магистралей, площадь зеленых насаждений на одного жителя), природно-климатические условия (уклон территории, высотная отметка рельефа над уровнем моря, температура, давление, относительная влажность воздуха, скорость ветра, сумма месячных осадков, число ясных и пасмурных дней, число дней со скоростью ветра различной градации).

Изучение заболеваемости путем ретроспективных исследований проводилось общепринятыми методами [6]. Исследовались около 4000 детей 4—7 лет (1972—1975 года рождения), посещающих детские дошкольные учреждения избранных микрорайонов. В статистическую обработку включены данные детей, проживающих в микрорайоне более 3 лет, родители которых обращались в поликлинику по поводу каждого заболевания ребенка. Учитывалось качество медобслуживания по ряду параметров (табл. 1). Как видно из табл. 1, качество медобслуживания детей в микрорайонах почти одинаковое, что дает право провести сравнительную оценку заболеваемости детей по данным различных лечебно-профилактических учреждений.

Таблица 1

Некоторые данные, характеризующие качество медицинской помощи детскому населению избранных микрорайонов

Показатели	Микрорайон				
	1	2	3	4	5
Обеспеченность врачами (на 10000 детей)	26,4	26,3	30,6	25,0	28,0
Отдаленность врачебных участков от поликлиники	до 10 км				
Специализация поликлинического приема	по 6—10 специальностям				
Систематичность врачебного наблюдения (%)	97,5	100	100	100	99
Диспансеризация детей раннего возраста (в %)	87,8	90	94,5	100	89,3
Оснащенность вспомогательно-диагностическими кабинетами	Оснащены современными лабораториями клиничко-диагностическими, биохимическими, рентгенологическими и др.				

Выявлена связь между заболеваемостью и микрорайоном проживания детей, особенно в первые три года жизни. Так, общая заболеваемость детей микрорайонов 3, 4 и 5 превышает заболеваемость детей микрорайонов 1 и 2 в среднем в 1,3—1,8 раза (табл. 2). При сравнительном анализе данных частоты заболеваемости по году рождения выявлены случаи превышения общей заболеваемости детей в микрорайонах 3, 4 и 5 в 2,5 раза по сравнению с микрорайонами 1 и 2. Чтобы убедиться в том, что полученные результаты статистически достоверны, показатели заболеваемости переведены в среднюю величину с вычислением средней ошибки, получаемой по распределению Пуассона. При этом обнаружена статистически достоверная разница ($P \leq 0,001$) между сравниваемыми группами: среднее число обращений на 1 ребенка составляло в микрорайонах 1, 3 и 5 1,6—1,9, 4—1,4, в то время как в микрорайонах 2—1,1, 1—1,3.

Таблица 2
Общая заболеваемость обследованных детей
в первые три года жизни (на 1000 детей, за 100 %
принято число обращений по микрорайону 2)

Микро-район	Год жизни ребенка		
	1-й	2-й	3-й
2	100	100	100
1	117,3	130,3	109,5
3	149,2	161,4	106,9
4	128,5	125,4	89,9
5	180,3	174,6	116,1

Первое место в структуре острой заболеваемости во всех возрастных группах занимают заболевания органов дыхания. Имеется некоторая разница по микрорайонам, в частности в первый и второй годы жизни (табл. 3). В возрасте от 3 до 7 лет во всех микрорайонах первое место занимают болезни органов дыхания, второе—инфекционные, третье—болезни уха*.

Анализ данных заболеваемости по отдельным классам болезни выявил различия в их частоте у детей различных микрорайонов, в частности в первые три года жизни (рис.). Как видно из рисунка, у детей, проживающих в микрорайоне 5, частота болезней органов дыхания в первый год жизни в 1,6—2,3, уха в 1,8—1,9, органов пищеварения в 2,4 и рахита в 1,7—4,8 раза выше, чем в микрорайонах 1 и 2 (разница во всех случаях статистически достоверна, $t > 4$, $P \leq 0,001$). В микрорайоне 5 у детей в этом возрасте чаще встречается и экссудативный диатез (в 1,5 раза по сравнению с микрорайоном 2), однако разница статистически не достоверна.

* По классу болезней нервной системы и органов чувств основное место занимают болезни уха, в связи с чем приводим частоту последних.

Частота болезней органов дыхания и уха у обследованных детей микрорайонов 3, 4 и 5 остается на высоком уровне по сравнению с микрорайонами 1 и 2 и на втором и третьем годах жизни, чего нельзя сказать об остальных заболеваниях.

Таблица 3

Распределение наиболее распространенных болезней в структуре заболеваемости по обращаемости

Занимаемое место в структуре заболеваемости по удельному весу	1-й год жизни		2-й год жизни	
	микрорайоны			
	1, 2	3, 4, 5	1, 2, 4	3, 5
1	болезни органов дыхания			
2	болезни уха		инфекционные болезни	аллергические реакции и заболевания
3	инфекционные болезни	рахит	болезни уха	инфекционные болезни
4	рахит	инфекционные болезни	аллергические реакции и заболевания	болезни уха

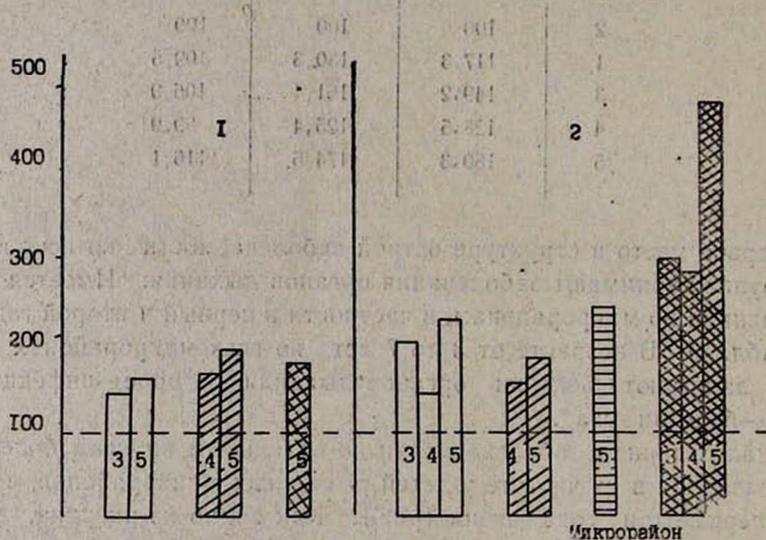


Рис.

При изучении состояния здоровья большое место отводится определению силы влияния различных факторов среды на заболеваемость путем вычисления показателя «относительного риска» заболеваний [1]. В табл. 4 представлены данные, показывающие «относительный риск» заболевания детей болезнями органов дыхания.

Как видно из таблицы, «относительный риск» заболевания у детей с болезнями органов дыхания высок, особенно в первый год жизни ребенка. С возрастом он уменьшается.

Таблица 4

„Относительный риск* заболевания у детей с болезнями органов дыхания в микрорайонах 3, 4 и 5

Микро-район	Возраст в годах					
	1	2	3	4	5	6
3	2,0	1,8	1,5	1,4	1,1	1,1
4	1,4	1,4	1,1	1,0	1,0	1,0
5	2,3	2,0	1,7	1,3	1,3	1,2

Сравнительный анализ средней продолжительности заболеваний у детей различных микрорайонов показал, что она выше в микрорайонах 3, 4 и 5 по сравнению с микрорайоном 2. Если средняя продолжительность ОРЗ, пневмонии и ангины у детей микрорайона 2 составляла в среднем 8, 10 и 5 дней соответственно, то в микрорайонах 3, 4 и 5 она равнялась 9, 12—14 и 6—7 дням.

Таблица 5

„Индекс здоровья* у обследованных детей различных микрорайонов

Возраст в годах	М и к р о р а й о н					Статистические параметры	
	1	2	3	4	5	χ^2	$P <$
1	47,8	49,1	35,5	43,2	32,8	21,7	0,01
2	44,1	43,0	30,7	34,8	33,8	16,3	0,05
3	40,0	49,7	27,1	36,4	39,8	26,6	0,002
4	35,9	38,8	30,1	37,1	28,3	19,7	0,05
5	30,2	38,2	30,1	34,1	34,9	7,7	не дост.
6	40,8	44,0	31,3	39,4	40,2	8,5	.
7	45,9	—	43,3	43,3	—	1,5	.

Нами проведено также определение показателя «индекса здоровья» и выявлена группа часто болеющих детей. Представленные в табл. 5 данные показывают, что имеется связь между микрорайоном проживания и «индексом здоровья», причем связь статистически достоверна до 4-го года жизни детей. «Индекс здоровья» в микрорайонах 3, 4 и 5 статистически достоверно ниже, чем в микрорайонах 1 и 2. Группа часто болеющих детей, наоборот, больше в микрорайонах 3, 4 и 5 в 1,5 раза. К этому следует добавить, что в микрорайоне 5 много детей, у которых обращаемость в поликлинику по поводу тех или иных отклонений в состоянии здоровья детей достигает 8—10 в год.

Важная роль факторов окружающей среды в заболеваемости детей диктует необходимость проведения широких специальных исследований, результаты которых должны быть использованы для оздоровления среды г. Еревана.

ԵՐԵՎԱՆ ՔԱՂԱՔԻ ՏԱՐԲԵՐ ՄԻԿՐՈՇՐՋԱՆՆԵՐՈՒՄ ԲՆԱԿՎՈՂ
ՆԱԽԱԳՊՐՈՑԱԿԱՆ ԵՐԵՆԱՆԵՐԻ ՀԻՎԱՆԳՄՈՒԹՅՈՒՆԸ

Հողվածում շարադրված են Երևան քաղաքի տարբեր միկրոշրջաններում բնակվող 4—7 տարեկան երեխաների հիվանդացության ուսումնասիրության տվյալները: Ուսումնասիրությունները վեր են հանել վիճակագրական հավաստի կապ միկրոշրջանի և հիվանդացության միջև: Այսպես, քաղաքի 3-րդ, 4-րդ և 5-րդ միկրոշրջաններում, ինչպես ընդհանուր հիվանդացությունը, այնպես էլ առանձին հիվանդություններով հիվանդացությունը 2,5 անգամով գերազանցում է 1-ին և 2-րդ միկրոշրջաններում նկատվող հիվանդացությանը: Տարբերությունը հատկապես ակնհայտ է երեխայի կյանքի առաջին երեք տարիների ընթացքում: Մեծ կապ է նկատվել նաև միկրոշրջանի և «առողջության ցուցանիշի միջև ($\lambda=19,7-26,6$, $n_1=8$, $P \geq 0,05-0,001$):

Հեղինակը հանգել է այն եզրակացության, որ Երևան քաղաքում պետք է յայնորեն հետազոտել արտաքին աշխարհի գործոնների ազդեցությունը երեխաների առողջական վիճակի վրա և օգտագործել ստացված արդյունքները քաղաքի արտաքին աշխարհի առողջացման համար:

T. S. KHACHATRIAN

MORBIDITY OF CHILDREN UNDER SCHOOL AGE, LIVING IN
DIFFERENT MICROREGIONS OF YEREVAN CITY

Comparative evaluation of the morbidity of children, living in different microregions of Yerevan has revealed statistically reliable connection between the frequency of morbidity and the region. Thus it is necessary to conduct special investigations, the results of which might be used for the improvement of the sanitary conditions of the town.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Архипова Г. П., Голицина Е. К. Некоторые методы статистического анализа, применяемые для изучения здоровья населения. М., 1976.
2. Буштуева К. А. Клин. мед., 1974, 8, стр. 25.
3. Голубев И. Р., Балацкий О. Ф., Чупис А. В. Гигиена и санитария, 1977, 6, стр. 50.
4. Дубинская И. Д., Черток Т. Я. В кн.: Гигиена детей и подростков, вып. 6. М., 1978, стр. 44.
5. Лашнева И. П. В кн.: Некоторые вопросы гигиены растущего организма. М., 1978, стр. 39.
6. Мерков А. М., Поляков Л. Е. Санитарная статистика. Л., 1974.
7. Шандала М. Г., Звонячковский Я. И. Гигиена и санитария, 1975, 11, стр. 5.
8. Grandjean E. Schweiz. med. Wschr., 1972, 102, 52, 1889.
9. Medvedova H., Cmarho V. Čes. Hyg., 1974, 3, 142.
10. Turcanu L. et al. Arch. Un. med. balk., 1976, 14, 4, 625.