

1. Аничков М. Н., Таранович В. А., Варава Б. Н. Хирургия, 1980, 2, с. 120.
2. Глава А. Урол. и нефрол., 1978, 3, с. 57.
3. Дроздовский Б. Я., Гришин Г. Н., Дунчик В. Н. Урол. и нефрол., 1984, 4, с. 33.
4. Коган М. И., Некрылов Б. В., Красулин В. В. Вестн. рентгенол., 1984, 2, с. 44.
5. Altemus R. Radiology, 1968, 91, 484.
6. Altemus R. Radiology, 1969, 92, 1020.
7. Altemus R. Lille Med., 1971, 16, 85.
8. Bell et al. Radiol. Med., 1978, 64, 6, 769.
9. Boccalon H. et al. International Vascular Symposium (London, Sept., 1981).
10. Christensen G. C. Amer. J. Anat., 1954, 93, 227.
11. Evans J., Joung A. Brit. J. Surg., 1973, 60, 329.
12. Geller G., Gallen S. Radiol. Clin. Biol., 1970, 39, 180.
13. Goerttler U. Radiology, 1977, 17, 6, 256.
14. Hald T., Mygind Th. J. Urol, 1974, 112, 1, 60.
15. Holmquist B., Olin T. Scand. J. Urol. Nephrol., 1969, 3, 291.
16. Jeotich M. J. J. Urol. Nephrol., 1982, 88, 4, 207.
17. Kempeziński R. T. International vascular Symposium (London, Sept., 1981).
18. Kuss R. et al. J. Urol. Nephrol., 1978, 84, 6, 476.
19. Kohler K. et al. Radiol. Diagnost., 1979, 20, 2, 194.
20. Michal V., Pospichal J. World J. Surg., 1978, 2, 239.
21. Mikaelsson C. J. Acta Radiol., 1965, 1965, 3, 581.
22. Mitchell M. E. et al. J. Urol., 1976, 115, 6, 692.
23. Pearman R. O. J. Urol., 97: 716 (1967).
24. Regent D. et al. J. Radiol. Electrol., 1979, 60, 12, 771.
25. Ring E. J. et al. Radiology, 1973, 109, 65.
26. Rosst P., Verdu C. C. Am. J. Roentgenol., 97:51c—518, 1966.
27. Rankin R. N. et al. Surgery, 1979, 85, 2, 235.
28. Shimkin P. M. et al. Am. J. Roentgenol., 1971, 111, 3, 535.
29. Van Urk H. et al. Surgery, 1978, 83, 1, 133.
30. Wholey M. H., Jackson V. Am. J. Roentgenol., 97:50—503, 1966.

УДК 614.1:312.2(47.925)

Т. С. ХАЧАТРЯН, А. Е. ЕСАЯН

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ АРМЯНСКОЙ ССР ПО ДАННЫМ ДИСПАНСЕРНЫХ НАБЛЮДЕНИЙ

Изучены заболеваемость и смертность населения АрмССР по материалам диспансерных наблюдений. Составлена карта ранжирования республики с выделением наиболее неблагоприятных районов, имеющих наибольшую частоту повышения среднереспубликанских уровней по показателям смертности, а также заболеваемости детского и взрослого населения.

Как известно, состояние здоровья населения составляет основу планирования здравоохранения. Вместе с тем здоровье населения, являясь наиболее интегративным показателем экологической ситуации в регионе, может служить системообразующим фактором при разработке территориальных комплексных схем охраны природы [2, 3].

Нами проведено изучение смертности и заболеваемости населения АрмССР по городам и административным районам в связи с возникшей необходимостью дифференциации и ранжирования территории

республики по критерию здоровья. Установление зависимости показателей состояния здоровья населения от специфических природных и социально-экономических характеристик отдельных районов может иметь определяющее значение для правильного выбора системы медико-организационных мероприятий.

К исследованию были привлечены материалы диспансерных наблюдений как наиболее информативные, а также данные о смертности населения, полученные в Методическом бюро санитарной статистики МЗ АрмССР. Нами скопированы и проанализированы усредненные за 1981—1985 гг. показатели заболеваемости (на 1000 человек) диспансерных групп детей в возрасте от 0 до 14 лет и взрослых от 14 лет и старше по 9 и 21-й нозологической единице соответственно и смертности (на 10000 человек), усредненные за 1979—1982 гг. по 17 классам болезней (в соответствии с МКБ IX пересмотра, 1975 г.). В анализ включены классы болезней или отдельные нозологические единицы, занимающие значительный удельный вес в структуре заболеваемости и смертности, а также имеющие патогенетическую связь с различными факторами окружающей среды [1, 4—6].

Исследованием охвачены 37 административных районов и 7 городов республики. Проанализировано отличие районных показателей заболеваемости и смертности от средних значений по республике в целом; выделены по степени неблагоприятности районы и города, в которых наблюдался повышенный уровень заболеваемости (или смертности) по нескольким нозологическим формам (классам) болезней.

Установлено, что в структуре смертности населения преобладают следующие классы болезней: системы кровообращения ($46,42 \pm 0,33\%$), органов дыхания ($14,90 \pm 0,53\%$), новообразования ($13,87 \pm 0,54\%$), травмы и отравления ($8,34 \pm 0,58\%$).

В число наиболее неблагоприятных районов по показателям смертности выделены Анийский (12)*, Кафанский (36), Красносельский (18), Туманянский (5), где наблюдалось превышение среднереспубликанского уровня по ряду классов болезней (новообразования, болезни эндокринной системы, органов дыхания, органов пищеварения, мочеполовой системы и др.). По 5 классам болезней превышение наблюдалось в г. Ереване и в районах—Арагатский (29), Арташский (13), Аштаракский (20), Горисский (35), Иджеванский (10), Сисианский (34), Степанаванский (4). Отметим, что для первых четырех районов смертность от инфекционных и паразитарных болезней также выше среднего значения.

Анализ данных диспансерных наблюдений показал, что наиболее высокий уровень заболеваемости детей наблюдается в г. Ереване и Абовянском районе (22) с существенным ($P \leq 0,001$) превышением среднереспубликанских уровней по 6 нозологическим формам в Ка-

* В скобках дана нумерация административных районов в соответствии с «Картой АрмССР».

фанском районе (36)—по 5, в г. Арарате и ряде районов—Анийском (12), Араратском (29), Горисском (35), Калининском (3), Масисском (27)—по 4 нозологическим формам (железодефицитная анемия, эпилепсия, хронические ревматические болезни сердца, фарингиты и т. д.). По частоте заболеваемости на первом месте—болезни органов дыхания, железодефицитная анемия, болезни сердечно-сосудистой системы.

Интересно отметить, что во всех промышленных городах республики (Ереван, Кировакан, Арарат, Чаренцаван) и в районах с развитой промышленностью (Араратский, Гугарский, Кафанский, Туманянский), обследованных нами, наблюдалось существенное превышение заболеваемости железодефицитной анемией—от 3,17 до 6,40, в то время как в остальных районах—от 0,12 до 1,94, а среднереспубликанский уровень соответствует 2,19 ($P \leq 0,001$) на 1000 человек.



В структуре заболеваемости взрослого населения от 14 лет и старше, взятого под диспансерное наблюдение, особое место занимают тиреотоксикоз, болезни органов дыхания, дерматиты. Наиболее высокая заболеваемость по 9—12 нозологическим единицам (сахарный диабет, болезни периферической нервной системы, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения и т. д.) наблюдалась в

гг. Ереван, Кировакан, Арарат, а также в районах—Арагатский (29), Артикский (13), Горисский (35), Кафанский (36), Севанский (17) и др.

Нами составлены карты ранжирования территории республики по показателям смертности, а также заболеваемости как детского, так и взрослого населения с целью выделения неблагоприятных районов, имеющих наибольшую частоту превышения среднереспубликанских уровней по всем приведенным показателям. Проведенный анализ представлен на результирующей карте ранжирования территории АрмССР по показателям смертности населения и заболеваемости диспансерных групп. Как видно из карты, в республике можно выделить несколько неблагоприятных по состоянию здоровья населения регионов, охватывающих Калининский (3), Степанаванский (4), Туманянский (5), Ноемберянский (6), Иджеванский (10) районы (северные); Анийский (12), Артикский (13) районы (западные); Наирийский (21), Абовянский (22), Масисский (27), Араратский (29) районы (центральные) и Сисианский (34), Горисский (35), Кафанский (36) районы (южные).

Таким образом, в результате исследования выявлены существенные различия в показателях смертности и заболеваемости диспансерных групп в городах и административных районах республики (рисунки). В ряде городов и районов установлен повышенный уровень заболеваемости и смертности населения, что диктует необходимость проведения дальнейших целенаправленных исследований с целью установления взаимосвязи между состоянием здоровья населения и особенностями природной и социальной среды, выявления приоритетных факторов риска и разработки профилактических мероприятий. Результаты исследований позволяют получить новую информацию для обоснованной стратегии местных органов здравоохранения в различных регионах республики.

ЕрГИУВ

Поступила 26/X 1988 г.

S. U. ԽԱԶԱՏՐՅԱՆ, Ա. Ե. ՆՍԱՅԱՆ

ՀԱՅԿԱԿԱՆ ԽՍՀ ԲՆԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՄԱՀԱՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՀԻՎԱՆՈՒՑՈՒԹՅՈՒՆԸ ԸՍՏ ԴԻՍԳՆՈՍԵՐ ԴԻՏԱՐԿՈՒՄՆԵՐԻ ՏՎՅԱԼՆԵՐԻ

Դիտպանսեր դիտարկումների տվյալների հիման վրա ուսումնասիրվել են Հայկական ԽՍՀ բնակչության հիվանդացությունը և մահացությունը տարբեր շրջաններում: Ուսումնասիրված են հիվանդացության և մահացության շրջանային ցուցանիշների տարբերությունները միջին հանրապետականներից: Հստ անբարենպաստության աստիճանի առանձնացված են շրջաններ և քաղաքներ, որտեղ արձանագրվել են հիվանդացության և մահացության բարձր մակարդակներ:

Կատարված վերլուծությունը արտացոլված է հանրագումարային քարտեզի վրա, որում առանձնացված են այն անբարենպաստ շրջանները, որոնք բոլոր երեք չափանիշներով ամենամեծ հաճախականությամբ դերազանցում են միջին հանրապետական մակարդակները:

THE LETHALITY AND MORBIDITY OF THE ARMENIAN POPULATION ACCORDING TO DATA OF DISPENSARY OBSERVATIONS

The lethality and morbidity of the Armenian population is studied according to materials of dispensary observations. The regions and towns are distinguished according to the degree of unfavourable conditions, where the high level of lethality and morbidity of grown-ups and children are observed. The resulting map of the Republic is worked out with the most unfavourable regions.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бушгцева К. А. Клин. мед., 1974, 52, 8, с. 25.
2. Корневская Е. И., Черепов Е. М., Иванова Г. В. и др. Гиг. и сан., 1984, 12, с. 4.
3. Раби Е. Л., Максимова Л. В. В сб.: Медико-географические исследования городских и сельских геосистем. М., 1984, с. 17.
4. Сидоренко Г. И., Прокопенко Ю. И., Корнеев Ю. Е. В кн.: Теоретические и методические вопросы изучения влияния факторов окружающей среды на здоровье населения. М., 1984, с. 3.
5. Хачатрян Т. С. Автореф. дис. докт. М., 1984.
6. Шандала М. Г., Костовский Я. И., Булгаков В. В. Охрана и оздоровление окружающей среды в условиях НТР. Киев, 1982.

УДК 613.6:666.398

А. А. МЕДОЯН, А. Н. ДЖАНДЖАПАНЯН, Э. А. ПУЗЯН

К ВОПРОСУ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ
ПОЛИМЕРНЫХ КЛЕЕВ

В связи с возможностью выделения вредных веществ в воздух рабочей зоны в процессе нанесения полимерных клеев определены концентрации веществ, мигрирующих в воздух в условиях, имитирующих производственные. Показано, что изучение условий производственного применения клеев создает возможности гигиенической регламентации в целях их безопасного применения.

Одной из важных отраслей химической промышленности является производство полимерных клеев, нашедших широкое применение в различных отраслях народного хозяйства и в быту. Вместе с тем полимерные клеи обладают рядом неблагоприятных гигиенических свойств [3, 4, 10].

Очевидно, что гигиеническую безопасность клеев необходимо обеспечить на всех основных этапах—приготовления, применения и использования склеенных материалов в народном хозяйстве и в быту. Однако методических указаний по гигиенической оценке полимерных клеев нет. В существующих методических указаниях по гигиенической оценке полимерных материалов [2, 5—7] вопросы гигиены труда не отражены. Поэтому при выяснении возможности (в гигиеническом плане) внедрения новых клеев в практику, как правило, клеи оцениваются только с позиции коммунальной гигиены (безопасность применения склеенных изделий) и не обращается должного внимания на гигиенические условия применения (нанесения)