

of the large intestine. It is shown that the activity of acid phosphatase and its prostatic isoferment significantly increases in the blood serum of the patients with acute ileus, while in those with partial ileus parallel with the increase of the activity of acid phosphatase the normal level of the prostatic isoferment is observed.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бассалык Л. С., Любимова Н. В., Пашинцева Л. П.* Клиническое использование опухолевых маркеров. М., 1989, с. 61.
2. *Бассалык Л. С., Пашинцева Л. П., Любимова Н. В.* и др. Вестн. АМН СССР, 1984, 5, с. 48.
3. *Макарян А. П., Арутюнян М. В., Акопян А. А.* В сб.: Актуальные вопросы проктологии. Алма-Ата—Талды-Курган, 1989, с. 94.
4. *Пашинцева Л. П., Баркеров М. В., Бассалык Л. С.* Эксп. онкология, 1986, 8, с. 51.
5. *Пашинцева Л. П., Коркина Л. В., Любимова Н. В.* В сб.: Диагностика и лечение онкоурологических заболеваний. ВОИЦ АМН СССР. М., 1987, с. 128.
6. *Ercole C. J., Lande P. H., Mathisen M.* et al. J. Urol., 1957, 138, 5, 1181.
7. *Fishman W. H., Inglls N. R., Holbach L. L.* et al. Cancer Res., 1976, 36, 2238.
8. *Font B., Eichenberger D., Yoldschmidt P.* et al. Molec. Cell. Biochem., 1987, 78, 131.
9. *Yazdar A. F., Zweig M. H., Cazney D. N.* et al. Cancer Res., 1981, 41, 2773.
10. *Hattori N.* Asian Med. J., 1982, 25, 596.
11. *Hellez J. E.* J. Urol., 1987, 137, 1091.
12. *Mercer D. W., Talama T.* S. Clin. Chem., 1985, 31, 1824.

УДК 616—036.2(479.25)

*А. П. Айриян, К. А. Будагова, М. П. Ерзнкацян, М. С. Оганесян,
А. Р. Бадалян, Н. Г. Оганесян, Л. М. Мусаяян*

ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЖИТЕЛЕЙ МАСИССКОГО РАЙОНА РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ

В данном сообщении приведены результаты исследования частоты и структуры амбулаторно-поликлинической обращаемости, госпитализации и смертности населения Масисского района Армении. Сведения об амбулаторно-поликлинической обращаемости жителей района собирались путем 10% выкопировки по специально разработанной карте обратившегося в поликлинику из амбулаторно-поликлинических анкет. Данные о госпитализированной заболеваемости получены посредством сплошной выкопировки по форме 066/у «Статистической карты выбывшего из стационара». В качестве первичного материала о смертности использовалось «Врачебное свидетельство о смерти» [1, 2]. Шифровка диагнозов и причин смерти проводилась в соответствии с МКБ девятого пересмотра.

Нами изучены все 17 классов болезней и определены частота и структура амбулаторно-поликлинической обращаемости сельского населения Масисского района Армении. Установлено, что частота амбулаторно-поликлинической обращаемости сельского населения составила 287,6 на 1000 населения. В структуре патологий ведущее место принадлежит болезням органов дыхания (75,9 на 1000 населения, что составляет 36,4% от общего числа обращений), затем следуют

травмы и отравления (29,9 и 10,4% соответственно), болезни системы кровообращения (25,7; 8,9%), мочеполовой системы (25,5; 8,9%), кожи и подкожной клетчатки (23,9; 8,3%), осложнения беременности, родов и послеродового периода (22,4; 7,8%). Эти классы болезней в общем числе обращений составили 60,7%.

Структура поликлинической обращаемости по возрастной шкале следующая: максимальный уровень обращаемости установлен в возрастной группе 70 лет и старше (2631,0 на 1000 населения данного возраста). Первое место в структуре заболеваемости этой возрастной группы занимают болезни органов дыхания (635,1), затем болезни кожи и подкожной клетчатки (428,4), психические расстройства (373,1), инфекционные и паразитарные болезни (342,7), болезни системы кровообращения (332,6). Минимальный уровень амбулаторно-поликлинической обращаемости выявлен для возрастной группы 0—1 год (7,1 на 1000 населения данного возраста). Сравнение показало, что в целом по республике наибольшее число амбулаторно-поликлинических обращений также приходится на долю возрастной группы 70 лет и старше, причем чаще всего обращаются по поводу болезней органов дыхания.

Кроме амбулаторно-поликлинической обращаемости, для изучения состояния здоровья сельского населения были использованы данные о госпитализации и смертности. Из таблицы видно, что максимальные показатели госпитализации выявлены для болезней органов дыхания, далее—травм и отравлений, болезней органов пищеварения, инфекционных и паразитарных заболеваний, болезней системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани. В структуре заболеваемости перечисленные шесть классов болезней составляют более 80% от общего числа. Существенных расхождений по частоте госпитализации для всех классов болезней между полами не выявлено (78,8 и 74,2 соответственно для мужчин и женщин). Различия проявились в структуре заболеваемости. У мужчин первые шесть мест в соответствии с частотой заболеваемости на 1000 населения данного пола занимают те же болезни, что и для обоих полов в целом (19,5; 19,1; 12,3; 9,1; 6,1; 5,2 соответственно). У женщин на первом месте оказались болезни органов пищеварения (15,4 на 1000 населения), затем болезни органов дыхания (14,0), травмы и отравления (11,8), болезни мочеполовой системы (6,3), системы кровообращения (6,2) и инфекционные и паразитарные болезни (6,0).

Изучение показателей смертности населения Масисского района республики показало, что у мужчин основной причиной смерти являются болезни системы кровообращения, частота которых составляет 3,6 (14,5% от общей смертности мужчин в базовых районах* республики по данной причине и 44,6% от общей смертности мужчин в Масисском районе), затем травмы и отравления—1,1 (16,8 и 13,8% соответственно), новообразования—0,9 (12,7 и 11,0% соответственно) и болезни органов дыхания—0,9 (21,5 и 13,1% соответственно) и, на-

* В данном исследовании базовыми районами являлись: Араратский, Абовянский, Ноемберянский, Ехегнадзорский, Наирыйский и Масисский.

конец, симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния, частота которых составляет 0,6 (27,5 и 6,9% соответственно). Одинаковый уровень смертности (0,2 на 1000 населения) зарегистрирован по болезням органов пищеварения (15,4 и 2,9% соответственно), мочеполовой системы (14,0 и 2,1% соответственно) и отдельным состояниям, возникающим в перинатальном периоде (13,3 и 2,1% соответственно)

За период с 1982 по 1986 год в Масисском районе не было зарегистрировано случаев смерти по поводу болезней эндокринной системы, расстройств питания, нарушения обмена веществ и иммунитета, крови и кроветворных органов, психических расстройств, врожденных аномалий, костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Частота и структура госпитализации и смертности сельского населения Масисского района Армении

Классы болезней и причины смерти	Госпитализация		Смертность	
	частота	структура	частота	структура
Инфекционные и паразитарные болезни	7,5	9,9	0,1	4,75
Новообразования	0,9	1,0	0,7	11,35
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	0,5	0,6	0	9,15
Болезни крови и кроветворных органов	0,1	0,2	0	7,3
Психические расстройства	0,6	0,8	0	22,7
Болезни нервной системы и органов чувств	2,3	3,1	0,15	5,95
Болезни системы кровообращения	6,2	8,1	3,55	29,2
Болезни органов дыхания	16,7	21,9	1,0	17,1
Болезни органов пищеварения	13,9	18,2	0,15	6,3
Болезни мочеполовой системы	3,9	5,1	0,16	8,0
Осложнения беременности, родов и послеродового периода	1,9	2,5	0	0
Болезни кожи и подкожной клетчатки	1,4	1,9	0	0
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	4,1	5,3	0	0
Врожденные аномалии	0,1	0,1	0,1	7,65
Отдельные состояния, возникшие в перинатальном периоде	0,1	0,1	0,15	5,3
Симптомы, признаки и неточно озн. сост.	0,6	7,8	0,65	18,05
Травмы и отравления	15,4	20,1	0,85	15,9

Анализ частоты смертности среди женщин установил, что первое место занимают болезни системы кровообращения—3,5 (13,7% от общей смертности женщин по данной причине во всех базовых районах, вместе взятых, и 50,3% от общей смертности женщин в Масисском районе). С частотой 0,9 второе место занимают болезни органов дыхания (21,0 и 13,0% соответственно), затем симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния—0,7 (29,2 и 9,6% соответственно), травмы и отравления—0,6 (18,1 и 8,5% соответственно), болезни нервной системы—0,2 (11,1 и 0,6% соответственно). С частотой 0,1

встречаются болезни эндокринной, мочеполовой систем и другие. За период с 1982 по 1986 год в исследуемом районе смертных случаев от болезней кожи, подкожной клетчатки и костно-мышечной системы не зарегистрировано. Смертность женщин от болезней крови и кровеносных органов составляет 14,3% от общей смертности женщин по данной причине в шести базовых районах и 0,1% от общей смертности в Массисском районе. Смертность от врожденных аномалий составляет 14,9 и 0,7% соответственно. Частота смертных случаев среди женщин в Массисском районе в общем числе составляет 6,9 (14,9% от общей смертности во всех базовых районах, вместе взятых).

Таким образом, проведенное исследование позволило дать комплексную характеристику заболеваемости и смертности среди сельских жителей Массисского района. Установлено, что по частоте амбулаторно-поликлинических обращений показатели заболеваемости схожи с аналогичными как по республике, так и по СССР. Однако уровень госпитализации (76,2 на 1000 населения) ниже среднереспубликанского показателя (101,3 на 1000 населения) и в три раза меньше среднесоюзного (165,2 на 1000 населения) [3]. Показатель смертности по району соответствует аналогичному по республике. Кроме того, в целом частота смертности выше у мужчин, в частности по причине новообразований, травм и отравлений.

Результаты настоящего исследования могут послужить основой для разработки организационных мероприятий, направленных на улучшение показателей состояния здоровья жителей Массисского района.

Лаборатория социально-гигиенических проблем села, НИЦ ЕрМИ

Поступила 18/IX 1990 г.

Ա. Պ. Հայրիյան, Կ. Ա. Բուդագովա, Մ. Պ. Երզնկատյան, Մ. Ս. Հովհաննիսյան,
Հ. Ռ. Բադալյան, Ն. Հ. Հովհաննիսյան, Լ. Մ. Մուսաելյան՝

ՄԱՍՍԻՍԻ ԵՐԶԱՆԻ ԲՆԱԿԿՈՒԹՅԱՆ ՀԻՎԱՆԴԱՑՈՒԹՅԱՆ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ուսումնասիրված է Հայաստանի Մասիսի շրջանի գյուղական բնակչության հիվանդացությունը ըստ ամբուլատոր-պոլիկլինիկական դիմելիության, հոսպիտալիզացիան, ինչպես նաև բնակչության մահացությունը ըստ մահվան տասնյոթ պատճառների և սեռի: Ստացված են հիվանդությունների տարբեր դասերի և մահվան պատճառների հաճախականությունը և կառուցվածքը:

A. P. Hayriyan, K. A. Budagova, M. P. Yerznatsyan, M. S. Hovanissian,
H. R. Badalian, N. H. Hovanissian, A. M. Mousaelian

Morbidity Study of Masis Region Population in Armenia

The morbidity of the rural population in Masis region of Armenia was studied according to the ambulance attendance, hospitalization and the mortality of the population. The frequency and structure of different classes of diseases and causes of death are represented.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мерков А. М. Демографическая статистика. М., 1965. 2. Бедный М. С. Медико-демографическое изучение народонаселения. М., 1979. 3. Случанко И. С., Церковный Г. Ф. Статистическая информация в управлении учреждениями здравоохранения. М., 1983.

УДК 616.935(479.25)

С. М. Агаджанян, Э. А. Айрян, Л. М. Мхитарян

ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДИЗЕНТЕРИЕЙ
ПО РЕСПУБЛИКЕ АРМЕНИЯ

В настоящее время заболеванию дизентерией подвержены преимущественно дети раннего возраста. И. И. Елкин отмечает, что среди кишечных инфекций она является самой детской болезнью [2]. Заболеваемость детей превышает таковую у взрослых [1]. По мнению ряда авторов, различия в возрастной заболеваемости обусловлены некоторыми иммунологическими и физиологическими факторами [4, 5]. Выявлению среди заболевших детей младшего возраста способствует тяжелое клиническое течение заболевания по сравнению с облегченным течением у детей старших возрастных групп и взрослых. Изучая частоту дизентерийного бактерионосительства в зависимости от возраста, Л. И. Камцева [3] наиболее высокие показатели заболеваемости дизентерией в клинически выраженной форме отмечала у детей до 2 лет, тогда как высокая частота носительства регистрировалась у детей 3—14 лет.

Сравнительная характеристика заболеваемости дизентерией различных возрастных групп населения (в показателях на 1000 населения каждой возрастной группы).

Группы	Годы			
	1981—1985		1976—1989	
	‰	%	‰	%
0—2 г.	28,2	46,9	14,7	28,0
Организованные	4,8	0,2	1,3	1,6
Неорганизованные	6,2	46,7	39,6	26,4
3—6 лет	4,1	8,8	4,6	11,2
Организованные	3,9	3,4	1,9	2,8
Неорганизованные	4,3	5,4	8,9	3,4
7—14 лет	2,0	8,7	4,3	21,5
15 лет и старше	1,6	35,6	1,5	39,3

Различные иммунобиологические факторы, недостаточное выявление больных в старших возрастных группах не позволяют полностью определить заболеваемость дизентерией среди организованных и неорганизованных детей. Изучение инфекций среди детей, посещаю-