

составляет в абсолютных числах 202 человека, в показателях на 100 тыс. населения 143,6. Количество болевших ОКИ в Лазаревском (в абсолютных числах - 136 человек, на 100 тыс. - 170,3). В г. Сочи наблюдалось в это время наибольшая численность заболевших дизентерией, из них немалый процент пришелся и на детское население (631 человек - абс., 156,5 - на 100 тыс. населения).

Динамика заболеваемости дизентерией из опыта Особого оперативного отдела «Война, эпидемия, беженцы» следует, что данные относительно высокие показатели свидетельствуют о том, что в Москве, Сочи, Адлере, Лазаревском и т.д. преимущественно реализуется децентрализованный пищевой путь передачи, отражающий активную экспансию в город пищевых продуктов мелкооптовых производителей на национальном уровне. В условиях широкой уличной торговли, достигшей огромных размеров, создались благоприятные возможности для эпидемической экспрессии многочисленных потенциальных источников инфекции, что ведет к росту заболевания. В 1996 году цифры значительно сократились, когда в Адлере этот абсолютный показатель достиг 82 человек, в Сочи болевших ОКИ насчитывалось 426, а в центре 162 человека. Доминирование высоко вирулентных штаммов шигелл, характеризующихся высоким уровнем полирезистентности к лекарственным препаратам и дезинфектантам, а также сочетание благоприятных природных факторов для развития данных микроорганизмов свидетельствует о новом увеличении заболевших ОКИ в период с 1997 - 1999 год. По проведенному анализу Особого оперативного отдела «Война, эпидемия, беженцы» в отношении эпидемиологии заболевания дизентерия вновь набирает обороты. Представлена следующая статистическая картина: в 1997 году наибольший пик ОКИ наблюдался в Сочи (он составил в абс. показателях - 135 человек, показатель на 100 тыс. населения 32,2).

В 1998 году, как заметно, картина приблизительно та же, но числа уже намного выше (Сочи - абсолютный показатель 312, на 100 тыс. - 73,9)

В 1999 году наибольшее число больных дизентерией зарегистрировано в Лазаревском и Сочи (Лазаревское - 110 человек; 130,2; Сочи - 508 человек; 110,2).

В РСО-Алания за период с 1995-1999 год наблюдается высокий показатель роста ОКИ, связанный с низким уровнем жизни большинства населения, нищетой, вооруженными конфликтами, увеличение миграции населения, «черным рынком». Причиной такого состояния здоровья населения является усиление за последние годы внутренних и внешних миграционных процессов, недостаточная информация по качеству товара, привезенного с различных стран мира, его несертифицированность и т.д.

Санитарно-эпидемиологическая обстановка в РСО-Алания характеризуется неустойчивостью и определяется рядом особенностей, в том числе высокой вероятностью заноса инфекционных заболеваний, в частности дизентерией.

Проанализировав статистические данные по динамике заболеваемости дизентерией населения РСО-Алания в период с 1995-1999 год мы имеем: «Пик»

заболеваемости ОКИ наблюдается в 1995 году в Моздоке - 585 человек (абсолютный показатель); г.Владикавказ - 513 человек; на 100 тыс. населения 156,9; Алагир - 129 человек; 329,1; Ардон - 94., 361,5; Дигора - 17., 83,3.

Оценка Особого оперативного отдела - «Война. Эпидемия. Беженцы», относительная эпидемиологических показателей по ОКИ требуют следующих заключений: по всем регионам РСО-Алания наблюдается рост заболеваемости (1998 г.). Ирафский район - 11., 67.,1; Кировский район - 16., 63,0; Правобережный район - 112., 215,8; Пригородный район - 129., 182,7. Это связано с вооруженными конфликтами, с низким уровнем жизни общества, нищетой, безработицей, незаинтересованностью граждан и халатному отношению их к профилактике и лечению ОКИ, несоблюдение правил личной и общественной гигиены, а также недостаточной обработкой, проверкой привозимого товара соответствующими организационными структурами. Наибольшее количество заболевших наблюдается во Владикавказе, Алагире, Пригородном районе. В 1996 г. это очень высокие числа: Владикавказ - 386., 117,4; Алагир - 444., 113,2; Пригородный район - 101., 151,9. 1997 г. характеризуется ростом заболеваемости и достигает своего «Пика», в 1998 г. как было сказано ранее. 1997 г.: Владикавказ - 259., 79,2; Алагир - 111., 281,0; Пригородный район - 81., 86,7. Военные конфликты того времени в Республике Северная Осетия способствовали обострению эпидемиологической ситуации. В 1999 году ситуация несколько изменилась, наблюдался спад заболевания. Владикавказ - 341., 110,1; Алагир - 27., 69,2; Правобережный район - 102,7., 43,0.

По итогам проведенным Особым оперативным отделом «Война. Эпидемия. Беженцы.» заключаем, что за 1995 год всего инфицированных было зарегистрировано 1730 человек в абсолютных показателях, в показателях на 100 тыс. населения 265,6, за 1996 год - 1168., 179,8, за 1997 год - 548., 83,3; за 1998 год - 1240., 188,0 и за 1999 год - 648., 100,3.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫМ ПУТЕМ (КОРЬ, КОКЛЮШ) В г. СОЧИ

Дворников В.С., Гайтов Р.Т.,

Купеев Э.А., Чурилина В.С., Гавалиди И.С.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Особый оперативный отдел «Война. Эпидемия. Беженцы», РСО-Алания, Владикавказ

Корь и коклюш являются инфекционными заболеваниями, передающимися, как известно, воздушно-капельным путем. Корь и коклюш, если они следуют сразу друг за другом или проявляются одновременно, еще больше способствуют развитию осложнений в легких.

Опыт Особого оперативного отдела «Война. Эпидемия. Беженцы.» показывает, что в настоящее время исключительное значение уделяется государственной миграции населения. Военные конфликты на

Кавказе способствуют обострению эпидемиологической ситуации.

В современных условиях профилактика завоза болезней беженцами и вынужденными переселенцами становится серьезной проблемой для здравоохранения. Начиная с 1995-1999 г.г. имеется следующая статистика: в г. Сочи зарегистрировано (в абсолютных числах) 11 человек; показатели на 100 тыс. населения 2,7; в Адлере ситуация такая: заболевших корью было 7 (в абсолютных числах); показатели на 100 тыс. населения 6,8. Хоста и Лазаревское по количеству инфицированных находились на одной статистической ступени (1:1 / 1,3:1,2).

В 1996 году Лазаревском больные корью зарегистрированы не были, однако в Адлере их количество составило (абсолютные показатели – 5, 4,5 на 100 тыс. населения), в Центре число инфицированных было зарегистрировано почти втрое больше – 14 человек в абсолютных числах и 9,6 показатели на 100 тыс. населения. В Сочи заболевших корью было зарегистрировано 20 человек (количество больных в абсолютных показателях) и 4,8 показатели на 100 тыс. населения.

Относительно коклюша в период с 1995-1996 г.г. для г. Сочи зарегистрированных случаев вспышки инфекции не наблюдалось. Лишь в 1997 г. в г. Сочи абсолютный показатель заболевших данным недугом достиг 4 и в показателях на 100 тыс. населения 0,9. В отношении кори эти показатели были значительно выше в 1996 г. – 20., 4,8; 1997 г. – 10., 2,4. Однако в 1998 г. заболевших коклюшем было зарегистрировано 67 (абсолютный показатель); 15,9 показатель на 100 тыс. населения, а корью лишь 47., 11,1. В Центре числа составляли 49., 33,4 – коклюш; 17., 11,6 – корь.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что сложная санитарно-эпидемиологическая обстановка на Юге России требуют от медицинской службы осуществления своевременных, эффективных противоэпидемических мероприятий и санитарного надзора более оперативно и целенаправленно – это твердое убеждение Особого оперативного отдела «Война. Эпидемии. Беженцы.».

МОДЕЛИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ УДАЛЕННОГО РЕГИОНА РОССИИ

Десятов А.Ю., Мороз М.В.,
Савин М.С., Шварова М.А.

*Вычислительный центр ДВО РАН,
Хабаровск*

Доклад посвящен решению важной как в теоретическом отношении, так и актуальной практической проблеме определения вклада отдельных форм социально значимых заболеваний (СЗЗ) из соответствующего Перечня Правительства РФ 2004 г., а также отдельных возрастных групп в общую картину заболеваемости и выявления наиболее неблагоприятных районов с повышенной заболеваемостью с учетом разноплановых факторов окружающей среды. Многофакторный кластерный анализ позволил объединить группы административных районов Хабаровского края, сходных между собой по ряду параметров, в

т.н. медико-экологические зоны. В этих зонах был проведен анализ распространения СЗЗ (некоторые формы инфекционных – туберкулез, передаваемые половым путем и т.п.; им сопутствующих летальных и нелетальных заболеваний, включая онкологические, демиелинизирующие, психиатрические, иммунодефициты и пр.).

В ходе исследования были использованы регрессионный, корреляционный и кластерный анализы, критерии Стьюдента, Фишера, метод грубых ошибок наблюдений. Для того, чтобы оценить, насколько каждый социально-психологический или эколого-экономический фактор влияет на значение параметра хронической формы заболеваемости, были рассчитаны стандартизованные коэффициенты. На основе стандартизованных коэффициентов были вычислены вклады факторов в функцию. Статистические данные как точки в пространстве признаков позволили решить задачу кластерного анализа, сформулировав ее как выделение «сгущений точек», разбиение совокупности на однородные подмножества объектов, включая территориальные. В процессе исследований также проводилось изучение медицинской активности и медико-социального разнообразия поведенческих реакций населения региона с последующим созданием математических моделей для уточнения истинной заболеваемости за счет выявления доклинической стадии.

В качестве примера приведены выявленные нами взаимосвязи различных факторов внешней среды и собственно медико-социальной активности населения с динамикой смертности вследствие летальных СЗЗ. В результате применения метода регрессионного анализа определена степень влияния основных социально-экономических факторов на значения показателя распространения запущенных форм заболеваний по административным районам Хабаровского края. С помощью регрессионного анализа был также исследован вклад социально-экономических показателей административных районов Хабаровского края в динамику заболеваемости и смертности населения в целом. При этом были выявлено что, например, хронический алкоголизм наиболее связан с низким уровнем заработной платы населения того или иного района края; наркотическая зависимость – с уровнем занятости и совокупностью макроэкономических показателей. Занятость полностью определяет распространение гонореи, более сложная картина с другим заболеванием, передаваемым половым путем – сифилисом, а также туберкулезом, где помимо занятости участвуют и иные социально-экономические факторы.

Исследование, проведенное по проекту РГНФ № 05-06-06521а «Информационные модели социально-экономических аспектов управления ресурсами системы здравоохранения Хабаровского края на примере неинфекционных нелетальных заболеваний», позволит решить фундаментальную проблему понимания и прогнозирования медико-социального поведения человека, в конфликтной окружающей среде, что развивает теорию и методологию информационного моделирования социальных групп и способствует выявлению контингентов риска запущенных форм СЗЗ.