

ходного военного — начала боевых действий (2014–2016 гг.) и III — стабильного военного (2017–2019 гг.). Для расчета интенсивных показателей состояния здоровья населения использовались статистическая форма №12, а также показатели численности подросткового населения, которое обслуживалось учреждениями здравоохранения, по районам и городу в целом.

Результаты и обсуждение. На протяжении всего 8-летнего анализируемого периода у подростков контрольного района не было ни одного случая катаракты и атрофии зрительного нерва. В то же время распространенность катаракты в «грязном» районе во все периоды превышала среднегородские уровни, в довоенный — достоверно ($p < 0,01$) в 2,6 раза, с тенденцией к снижению показателей в переходный период с последующим ростом. Показатели распространенности атрофии зрительного нерва среди подростков «грязного» района в первые два периода были ниже городских, но в военном стабильном периоде достоверно превысили их в 1,3 раза. Обе нозологии определялись подростками-юношами.

Напротив, большой вклад в уровни наиболее распространенных болезней глаза — миопии (близорукости) и конъюнктивита — внесли девушки. В довоенный период уровень распро-

страненности миопии в «грязном» районе был в 1,5 раза ниже, чем в контрольном районе и по городу в целом, но в дальнейшем отмечается противоположная тенденция — рост этого показателя. Так, в военный переходный период уровень миопии среди подростков «грязного» района, в отличие от городского, вырос в 1,8 раза, в военный стабильный период рост продолжился до достоверной ($p < 0,01$) разницы с довоенным показателем, при снижении такового в «чистом» районе. В довоенный период уровень распространенности конъюнктивита среди подростков «грязного» района был в 4 раза выше, чем в контрольном районе. В последующий период межрайонные различия выросли до 9,4 раз. В военный стабильный период наблюдается противоположная тенденция: показатель распространенности конъюнктивита в «грязном» районе понизился на фоне его роста в «чистом» районе и в среднем по городу, что привело к их выравниванию.

Таким образом, проведенный анализ позволяет говорить о том, что загрязнение окружающей среды тяжелыми металлами является важным фактором риска развития различной патологии зрения у подростков, причем последствия стресс-индуцированных состояний в период боевых действий усугубляют его неблагоприятное действие.

Т.А. Романенко, А.А. Горохова

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ НА СОСТОЯНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ПОПУЛЯЦИОННОГО ИММУНИТЕТА

ГООВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»

Экологические факторы, формирующиеся в процессе урбанизации, развития промышленности и транспорта, негативно воздействует на здоровье населения. По данным литературы техногенное загрязнение среды обитания обуславливает формирование низкого уровня поствакцинального иммунитета у 35,0–51,9 % детей. В связи с этим представляет актуальный интерес сравнительное изучение иммунитета населения городской и сельской местности в современных условиях Донбасса.

С целью определения влияния экологических условий на формирование иммунитета против кори и краснухи (инфекций, в отношении которых ВОЗ поставила задачу элиминации путем обеспечения надежной иммунной защиты) нами было проанализировано состояние специфического популяционного иммунитета городских и сельских жителей Донецкого реги-

она в 2010–2018 гг. Сравнивали данные за 2 периода времени с различными социально-экологическими условиями: I период — 2010–2014 гг., II период — 2015–2018 гг.

Иммунная прослойка к вирусу кори в группах городского и сельского населения в 2010–2014 гг. статистически не отличалась — 78,3 % и 79,9 % защищенных соответственно. Удельный вес серонегативных был выше в городах — 5,9 % против 4,0 % в селах. В 2015–2018 гг. незащищенных против кори городских жителей было 18,6 %, а сельских — 25,0 %, в том числе серонегативных — 8,6 % и 14,6 % соответственно. Эти различия не имели статистической значимости. В динамике установлено снижение уровня противокорревого иммунитета во II-м периоде за счет увеличения доли серонегативных лиц в иммунной структуре населения, более выраженном среди сельского населения.

Изучение иммунитета против краснухи в группах городского и сельского населения показало, что в I-м периоде удельный вес незащищенных составил 19,4 % и 13,4 % соответственно, в том числе серонегативными были 1,1 % в городах и 3,0 % в селах, различия статистически недостоверны. Во II-м периоде удельный вес незащищенных среди жителей городов и сельских районов также не отличался статистически — 17,6 % и 24,0 % соответственно, в том числе лиц с полным отсутствием иммунитета было 12,5 % и 12,0 %. В динамике с годами иммунная структура населения к краснухе, как и к кори, ухудшилась. Среди сельского населения защищенных в 2010–2014 гг. было 86,6 %, а в 2015–2018 гг. — 76,0 %. Удельный вес серонегативных увеличился и в городах (с 1,1 % до 12,5 %), и в селах (с 3,0 % до 12,0 %). Причинами снижения уровня популяционного иммунитета против кори и краснухи городских и сельских жителей в последние годы, по-видимому, послужили отрицательное влияние современных социальных факторов военного времени и особенности организации вакцинопрофилактики.

Сравнение иммунитета против кори и краснухи показало, что в довоенные годы защита против краснухи была выше, чем кори, у населения и городов и сельских районов по удельному весу защищенных и серонегативных лиц.

Возможно, это связано с влиянием естественного проэпидемичивания населения против краснухи в условиях использования преимущественно комбинированной вакцины КПК, но более высокого уровня заболеваемости и циркуляции возбудителя краснухи. В последние годы прослойка защищенных лиц против кори и краснухи была одинаковой в популяции городских жителей (81,4 % защищенных к кори и 82,4 % к краснухе) и сельских жителей (75,0 % защищенных к кори и 76,0 % к краснухе). Серонегативных к кори в городах было меньше, чем к краснухе (8,6 % и 12,5 % соответственно), по-видимому из-за особенностей вспышки кори в 2018–2019 гг. В сельской местности серонегативных к кори было больше, чем к краснухе (14,6 % и 12,0 % соответственно), что дает основание предположить более существенные недостатки организации вакцинопрофилактики кори в сельской местности в современных условиях использования моновакцин. Влияние на популяционный иммунитет против кори и краснухи экологических различий городской и сельской местности нивелировано. По утверждению экспертов ВОЗ эпидемическое благополучие возможно при наличии в популяции не более 7 % незащищенных лиц. Однако в Донецком регионе в течение всех проанализированных лет процент незащищенных был значительно выше регламентированного уровня.

Т.А. Романенко, Д.Г. Клишкан, Т.В. Михайлова*

ОПЫТ РАБОТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ COVID-19

*ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького»,
Департамент Государственной санитарно-эпидемиологической службы МЗ ДНР**

Формирование Государственной санитарно-эпидемиологической службы (ГСЭС) ДНР проведено по административно-территориальному принципу на базе ранее существовавших учреждений ГСЭС Украины. Функционально ГСЭС входила в состав Министерства здравоохранения ДНР и была представлена тремя юридическими лицами: Республиканским центром санитарно-эпидемиологического надзора (РЦ ГСЭС МЗ ДНР), Республиканским лабораторным центром ГСЭС МЗ ДНР, Республиканским центром дезинфекции ГСЭС МЗ ДНР. Опыт работы 2015–2016 гг. показал, что с целью повышения эффективности госсанэпиднадзора и совершенствования системы управления и контроля деятельности ГСЭС необходимо реформировать систему

ГСЭС. При построении Службы была принята двухуровневая модель (классическая модель построения службы, проверенная опытом работы СССР).

С апреля 2018 г. была начата реформа ГСЭС МЗ ДНР путем присоединения Республиканского лабораторного центра ГСЭС МЗ ДНР и Республиканского центра дезинфекции ГСЭС МЗ ДНР к РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР. Цель реформы — создание органа, уполномоченного на осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора на территории ДНР. В составе МЗ ДНР был создан орган управления Госсанэпидслужбой — Департамент ГСЭС, в состав которого входило 4 отдела: санитарно-гигиенического надзора, эпидемиологического надзора, социально-ги-