

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 378.046.461

М.В. Бадлеева, А.Г. Мархаев, И.П. Убеева, М.С. Ширапова, С.В. Лубсанова

НИРС В ПОДГОТОВКЕ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

Успешность деятельности врача в настоящее время зависит от того, насколько он способен в режиме реального времени пополнять свой багаж профессиональных знаний и умений через непрерывное самообразование, применение аналитико-синтетических приемов. Поэтому студентам медицинских вузов с первых шагов необходимо прививать навыки к анализу литературных данных и наблюдений, к способности творчески мыслить и самостоятельно выполнять хотя бы небольшие научно-исследовательские работы.

Ключевые слова: кадры, квалификация, научно-исследовательская работа

RESEARCH EFFORT IN PREPARING HIGHLY QUALIFIED MEDICAL PERSONNEL

M.V. Badleeva, A.G. Marhaev, I.P. Ubeeva, M.S. Shirapova, S.V. Lubsanova

Buryat State University, Ulan-Ude

Activity success of the physician depends on his capability to renew its professional knowledge and skills through unceasing selfeducation in realtime, using analytic and synthetic methods. So, students of medical high schools from the first their steps must have the skills to analysis of literary data and observations, to abilities of creative way of thinking and produce at least small research effort.

Key words: personnel, qualification, research effort

В настоящее время проблема преподавания в медицинских вузах является особенно сложным делом. Это связано с тем, что практически иссякли нематериальные предпосылки для того, чтобы у студентов легко формировались мотивации на полноценное освоение будущей профессии и тем более специальности. Большинство студентов считают, что ряд дисциплин, изучаемых ими в вузе, потом им просто не понадобятся, а, следовательно, тратить силы и время на их изучение не нужно. Такое отношение студентов перебороть очень нелегко, и даже повышение внимания к изучению этих дисциплин, определяемое государственным стандартом профессионального образования, не всегда его меняет. «Драконовские», т.е. жесткие меры воздействия на студентов здесь также далеко не всегда помогают.

Требования общества и модернизация российского образования, обуславливающие повышение качества профессиональной подготовки врача-специалиста, диктуют необходимость совершенствования подходов и методов привлечения студентов к самостоятельной научно-исследовательской работе.

Медицинское образование XXI в. становится важнейшей человеческой ценностью. Усиление его гуманизации и фундаментализации обуславливает включение интегративных дисциплин, которые обеспечивают емкое восприятие их содержания, формирование научного мировоззрения,

а также профессионально значимых и научно-ориентированных умений.

С развитием науки постоянно возрастает поток научной информации, и это способствует старению специальных знаний. В связи с этим подготовка специалистов должна опираться на непрерывное самообразование, развитие логического мышления, аналитико-синтетических приемов и ознакомление с современными методами научного исследования.

В студенческих научных обществах (СНО) заняты 30 – 40 % студентов медицинского факультета. Наряду с обучением основам различных дисциплин, студентам необходимо привить навык к анализу литературных данных и наблюдений, к способности творчески мыслить и самостоятельно выполнять хотя бы небольшие научно-исследовательские работы. В конечном итоге выработать у каждого студента потребность анализа своей образовательной и в дальнейшем научной деятельности. Следовательно, исследовательская работа, включенная в учебный процесс, позволит приобщить всех студентов к творческой деятельности и готовить специалистов в соответствии с современными требованиями.

В медицинских вузах занимаются способные, талантливые студенты, которые получили фундаментальное среднее образование. Многие из них являются победителями предметных олимпиад, владеют иностранными языками и компьютерны-

ми технологиями, участвовали в предметных научных кружках. Учебный процесс в вузе должен быть организован так, чтобы распознать и развить у студентов способности к научно-исследовательской работе, создать мотивацию для ее выполнения. Для этого необходим индивидуальный подход к каждому студенту. Необходим рост и совершенствование студенческой научной школы на факультете. Элементы науки и сама наука должны быть внедрены в учебный процесс, даже если учебными планами научные исследования не предусмотрены.

Наука на сегодняшний день играет первостепенную роль не только в процессе подготовки будущего врача, но и его практической деятельности. Поэтому целесообразно на медицинском факультете организовать специальный методологический семинар «Методология и методы научного исследования» для аспирантов, клинических ординаторов, интернов и студентов.

Научно-исследовательская работа студентов является одной из основных форм привлечения студентов к углубленному и целенаправленному освоению специальности. Многим студентам работа в СНО помогает приблизиться к дальнейшей практической деятельности, более глубоко освоить целый ряд практических навыков и оценить собственные возможности. В то же время результатом выполнения научной работы является не только освоение каких-либо методик лабораторных исследований, но и необходимость осмысленного анализа полученных результатов, поиск причинно-следственных связей. Это в конечном итоге способствует развитию логического мышления будущего врача, что необходимо в клинической практике. Личное участие студента в решении конкретных, поставленных научным руководителем задач приводит к критическому восприятию изучаемого учебного материала, расширяет научный кругозор и в конечном итоге способствует развитию творческих способностей. Такие студенты, как правило, не только активно занимаются наукой, но и являются отличниками учебы, становятся неформальными лидерами в студенческих группах. Именно они в последующем связывают свою жизнь с преподавательской деятельностью в вузе, а для этого намерены продолжить образование в аспирантуре.

С другой стороны, руководство научной студенческой работой является одним из важных факторов профессионального роста и квалификации преподавателей кафедр. Выбор направлений научных исследований студентов, планирование и руководство их научными работами требует от преподавателя постоянного повышения собственной квалификации, критического анализа современного состояния науки в своей специальности, выбора актуальных и перспективных направлений исследований, освоения методик, способных заинтересовать студентов. Двухсторонний процесс творческого развития преподавателя и студента способствует преемственности поколений.

Современный уровень университетского образования предъявляет высокие требования

к качеству подготовки специалистов, поэтому в университете традиционно уделяется особое внимание научно-исследовательской работе студентов. Постоянно совершенствуются методы и способы привлечения студентов к различным формам научно-исследовательской работы, имеющей исключительное значение в повышении качества подготовки специалиста.

Студенты и преподаватели медицинского факультета БГУ ведут свои научные исследования. Кто-то индивидуально занимается наукой, кто-то под руководством научных руководителей. Обучить тех, кто только увлекся наукой, основам написания статьи, тезисов, грантов, адвокации — защите интересов научного студенчества, повысить мотивацию к научной деятельности — таковы цели кураторства НИРС. Но реализация свежих идей на практике всегда требует средств.

Ежегодная студенческая научно-практическая конференция является одним из важных событий в студенческой научной жизни БГУ. Медицинский факультет также ежегодно проводит студенческую научно-практическую конференцию, которой характерна высокая активность студентов и научных руководителей. По итогам конференций факультетов в целях развития научно-исследовательской работы студентов в БГУ проводится конкурс на лучшую студенческую работу по естественным и гуманитарным наукам. В 2009 г. от медицинского факультета на вышеуказанный конкурс были представлены 8 научно-исследовательских работ, три из которых были удостоены призовых мест.

Участие студентов в конференциях с научными докладами не ограничивается только пределами университета и республики. В течение учебного года студенты медицинского факультета участвовали в международных, всероссийских и региональных научных конференциях в городах: Москва, Екатеринбург, Красноярск, Ставрополь, Иркутск, Чита, Томск. Многие из них награждены дипломами и грамотами за успешное участие.

Вот перечень конгрессов и конференций, в которых студенты медицинского факультета, проявляя конференциальную активность, приняли участие: «Человек и лекарство» (г. Москва), V международном конгрессе молодых ученых «Наука о человеке» (г. Томск), «Актуальные вопросы клинической онкологии и преканцерогенеза» (Якутск), «Экология Южной Сибири и сопредельных территорий» (г. Абакан), IV межобластном научно-практической конференции молодых ученых и студентов (г. Тула), межобластной научно-практической конференции травматологов и ортопедов Дальнего Востока, Восточной Сибири, Якутии (г. Благовещенск).

Студентки О. Сверкунова, Л. Молонова, Г. Бикмулина заняли 1 место в VI региональной конференции молодых ученых «Медицина завтрашнего дня», которая проходила на базе Читинской ГМА. М. Балдоржиева принимала участие в Международном молодежном медицинском конгрессе «Санкт-Петербургские научные чтения».

Делегации студентов МФ приняли участие в «научно-практической конференции молодых ученых Сибирского и Дальневосточного федеральных округов, посвященной 10-летию со дня образования НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН» (г. Иркутск), 16 Российской научной студенческой конференции «Актуальные проблемы хирургии, анестезиологии и реаниматологии детского возраста» (г. Ставрополь).

Еще одно немаловажное событие в научной жизни факультета — это предметные студенческие олимпиады.

Студенты медицинского факультета принимают активное участие в выполнении научно-исследовательских работ по грантам федерального и республиканского значения.

Активной была и экспедиционная деятельность студентов факультета. Так, кафедрой общей патологии человека в июле — августе 2005 г. был организован выезд в районы Республики Бурятия для составления карт селенодефицитных районов РБ под руководством к.м.н., ст. преп. Л.Л. Зубковой.

На факультете активно ведется работа научных кружков.

В мае 2009 г. на медицинском факультете Бурятского государственного университета прошла первая Межрегиональная научно-практическая конференция студентов и молодых ученых с международным участием «Консолидация традиционной и академической медицины», посвященная 10-летию факультета.

В плане освещения основной тематики конференции «Консолидация традиционной и академической медицины» представляли большой интерес исследования Ю.Н. Смолякова, профессора, д.м.н., зав. кафедрой медицинской физики и информатики ЧГМА «Количественная оценка электроэнцефалограмм при различных видах стимуляции биологически активных точек», Е.Д. Гармаевой, Е.А. Ботоевой «Оценка фармакотерапевтической эффективности сухого экстракта ортилии однобокой», А.А. Гуржаповой, В.М. Болдогуева «Антиэкссудативная активность нового лекарственного средства растительного происхождения» и т.д. Представленные на конференции доклады и презентации проведенных исследований открывают большие возможности объективизации методов традиционной медицины.

В последние годы расширяется работа в направлении использования научного потенциала БГУ для проведения на его базе региональных конкурсов грантов, научных мероприятий, олимпиад по предметам.

Для оптимизации студенческой научно-исследовательской деятельности факультета

необходимо активизировать работу научного студенческого общества, студенческих кружков на кафедрах.

Основная задача СНО на последующие годы — организация и участие МФ в различных конкурсах и мероприятиях, которые будут способствовать увеличению объемов научных исследований, росту научного и кадрового потенциала факультета, выходу на передовые позиции в научных рейтингах. Активизировать студентов в плане разработки новых крупных интеграционных проектов, грантов. Это даст возможность поддерживать и поощрять научную деятельность студентов.

Еще один важный момент — вопрос информационного обеспечения деятельности молодых ученых: организовать бесплатный доступ студентов и молодых ученых к Электронной Библиотеке Диссертаций Российской государственной библиотеки (ЭБД РГБ) в виртуальном читальном зале.

В перспективе медицинского факультета преемственность «ученик — абитуриент — студент-исследователь» должна явиться определяющей в подготовке и отборе из числа школьников будущих студентов для университета и включении студентов младших курсов уже с первых дней учебы в вузе в результативную исследовательскую работу и участию в конференциях и конкурсах разного уровня. В дальнейшем, студенты, имеющие навыки исследовательской работы продолжили бы свою научную деятельность на другом уровне преемственности «студенческое научное общество — Совет молодых ученых — практическое здравоохранение — научно-практический центр МФ».

Для начинающих исследователей необходимо организовать Школу молодого исследователя (для студентов 1–2 курсов) и Школу молодого ученого (для одаренных школьников), где молодые исследователи получили бы знания не только по интересующей специальности, но и изучали бы методологию научного исследования.

Наука современного времени требует новых инновационных подходов к организации научной деятельности, без которых немислима хорошая результативность исследований. Поэтому остро стоит вопрос о создании многоступенчатой системы обучения научно-исследовательских кадров через формирование преемственности «ученик — абитуриент — студент-исследователь — студенческое научное общество — Совет молодых ученых — практическое здравоохранение — научно-практический центр МФ», включение в учебную программу курса по методологии и методам научного исследования, фонда поддержки научной деятельности студентов и молодых ученых.

Сведения об авторах:

М.В. Бадлеева. E-mail: badleeva@mail.ru. Тел. (83012) 30-50-48.

Т.И. Батудаева, О.К. Ефремова, С.Ц. Доржиева

РЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА г. УЛАН-УДЭ В 2003–2008 гг.

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

В статье говорится о состоянии ревматологической службы г. Улан-Удэ. Отмечен значительный рост пациентов, страдающих ревматизмом, обратившихся к врачам, впервые за последние несколько лет. Наблюдалась стабилизация числа случаев ревматизма наряду с ростом посещений пациентов с заболеваниями костей и суставов. Отмечен рост числа зарегистрированных случаев ревматоидного артрита, анкилозного спондилита.

Ключевые слова: артрит, ревматологическая служба, сустав

THE STATE OF RHEUMATOLOGICAL SERVICES OF ULAN-UDE CITY IN 2003–2008

T.I. Batudaeva, O.K. Efremova, S.Ts. Dorzhieva

Buryat State University, Ulan-Ude

The article shows the condition of rheumatological services of Ulan-Ude. Significant growth of patients visited the doctor because of rheumatic diseases for the first time for the last few years is marked. There was a stabilization of number of cases of rheumatism alongside with increase of visited of patients with illnesses of bones and joints. Growth of number of the registered cases of rheumatoid arthritis, ankylosis spondylitis is marked.

Key words: arthritis, rheumatological services, joint

Ревматологическая служба г. Улан-Удэ в течение ряда лет представлена по штатному расписанию 3–3,25 ставками, постоянный прием врача-специалиста осуществляется только в поликлинике № 2. В городских поликлиниках № 1 и 3 врачи-ревматологи в течение анализируемых лет являются совместителями на 0,5–0,25 ставки, в поликлиниках № 5, 6 – ставка ревматолога отсутствует, и диспансерное наблюдение больных ревматологического профиля осуществляют участковые терапевты, консультативный прием – врачи кардиологи. Данная ситуация приводит к тому, что в ряде случаев диагноз пациентам ставится поздно, а лечение оказывается неадекватным.

Между тем, количество обслуживаемого поликлиниками города населения за последние 5 лет увеличилось более чем на 44 тыс. человек, а число зарегистрированных случаев ревматических заболеваний – более чем на 2 тысячи. При расчете на 100 тыс. населения очевиден значимый рост распространенности ревматических заболеваний в г. Улан-Удэ за последние годы, особенно заметный в 2005–2006 гг. (табл. 1). Первичная регистрация ревматической патологии также резко выросла в 2006 г., что в основном связано с ростом обращаемости пациентов, страдающих остеоартрозом (табл. 1, 3).

При анализе структуры ревматических заболеваний за представленный период (табл. 2) выявлена некоторая стабилизация числа зарегистрированных случаев ревматизма, как в активной,

так и в неактивной фазе заболевания, в отличие от предыдущих пяти лет (1999–2003 гг.), когда ежегодно количество обращений больных с ревматизмом значительно сокращалось, что привело к уменьшению данного показателя на 180 случаев к 2004 г., при том, что количество умерших за эти годы составило 62 человека. Как следует из соответствующей документации, остальные, т.е. 2/3 пациентов-ревматиков сняты с диспансерного учета в связи с изменением места жительства. Однако по новому месту пребывания большинство больных, по-видимому, за медицинской помощью не обращались. Учитывая течение ревматического порока сердца, можно ожидать увеличения обращений больных с декомпенсацией сердечной деятельности в ближайшие годы.

Наряду с ситуацией по ревматизму, в 2005–2006 гг. отмечен резкий рост обращений за медицинской помощью пациентов с болезнями костно-мышечной системы (БКМС) (табл. 2). Необходимо отметить, что подобные тенденции характерны не только для нашей республики, но и для страны в целом (Фоломеева О.М. и соавт., 2004 г.).

В следующей таблице (табл. 3) представлено число зарегистрированных случаев ревматических заболеваний, в т.ч. впервые, в течение последних 5 лет. Из приведенных данных следует, что рост обращаемости в поликлиники обусловлен преимущественно суставной патологией, в первую очередь, остеоартрозом.

Таблица 1

Распространенность и заболеваемость ревматическими болезнями по г. Улан-Удэ на 100 тыс. населения

	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Распространенность	2302,2	2613,8	2856,5	2885,4	2708,8
Заболеваемость	255,5	283,1	424,2	401,0	301,4

Таблица 2

Структура ревматических болезней

		2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
Ревматизм	абс.	764	762	760	762	736
	%	13,3	11,7	10,5	10,0	9,2
БКМС	абс.	4 969	5 755	6 509	6 837	7 236
	%	86,7	88,3	89,5	90,0	90,8

Таблица 3

Количество зарегистрированных случаев ревматических заболеваний

Нозология	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
ОРЛ	6	4	2	1	0
ХРБ	758	75	758	761	736
СКВ	48	55	61	60	65
ССД	40	46	45	44	43
РА	567	569	571	644	682
АС	113	111	111	120	113
ОА	4 038	4 801	5 553	5 792	5 996
Подагра	96	87	95	102	120
РеА	43	63	48	52	194
ИТОГО:	5 733*	6 517	7 269	7 599	7 994

Примечание: * – здесь и далее итог не совпадает с суммой выше приведенных величин, т.к. в таблице указаны только основные нозологии.

По ревматоидному артриту (РА) в 2007 – 2008 гг. отмечен значительный рост числа зарегистрированных случаев в сравнении с несколькими предыдущими годами. Наблюдается дальнейший рост этого показателя и по анкилозирующему спондилоартриту (АС). Среди системных заболеваний соединительной ткани (СЗСТ) отмечается дальнейшее увеличение числа зарегистрированных случаев системной красной волчанки (СКВ) (табл. 3).

Распространенность острой ревматической лихорадки (ОРЛ) и хронических ревматических болезней (ХРБ) в расчете на 100 тыс. населения продолжает уменьшаться (табл. 4). В 2007 – 2008 гг. увеличился показатель распространенности РА, превысив цифры предыдущих лет. По остальным, представленным в таблице 4 нозологиям, значимых колебаний болезненности не выявлено. В целом рост распространенности ревматических заболеваний связан с улучшением регистрации случаев ДОА.

При сравнении распространенности ХРБ в г. Улан-Удэ с общероссийскими показателями, можно видеть сравнимые цифры данного показателя: 2,89 по г. Улан-Удэ и 2,1 по РФ в пересчете на 1000 населения (Фоломеева О.М. и соавт., 2005 г.). Распространенность ОРЛ в г. Улан-Удэ значительно меньше, чем по стране в целом: 0,004 – 0 и 0,082 соответственно на 1000 населения, что может свидетельствовать о несвоевременной диагностике этого грозного заболевания в нашем регионе.

Первичной заболеваемости ОРЛ в течение 3 последних лет не регистрируется (табл. 5), показа-

тель заболеваемости РА в 2007 г. значимо вырос по сравнению с предыдущими годами, остеоартрозом (ОА) – снизился в 2007 – 2008 гг. по сравнению с 2006 г., когда был отмечен резкий рост первичной регистрации данного заболевания. В соответствии со снижением заболеваемости ОА показатель первичной заболеваемости ревматической патологией в целом также снизился в 2007 – 2008 гг.

В течение последних лет во всех поликлиниках города продолжается уменьшение количества зарегистрированных случаев ХРБ, что указывает на снижение обращаемости больных ревматическими пороками сердца за медицинской помощью. В то же время обращает на себя внимание рост количества впервые выявленных случаев ХРБ в 2008 г. в 2 раза по сравнению с предыдущими двумя годами. При этом отсутствие в течение 3 последних лет впервые выявленных случаев ОРЛ и регистрация 6 случаев ревматизма в стадии сформировавшегося порока сердца в 2008 г. является показателем отсутствия настороженности врачей в отношении выявления ревматизма в активной фазе воспаления. Данная ситуация не может представляться благополучной, т.к. своевременная диагностика и активная терапия ОРЛ может предотвратить развитие порока сердца.

Охват диспансерным наблюдением в группах больных ревматизмом, СЗСТ – 100 %. Среди больных суставными заболеваниями сохраняется 100%-ный охват диспансерным наблюдением больных РА и АС.

Несмотря на оптимистичные цифры диспансерного наблюдения за пациентами с ревматиче-

Таблица 4

Распространенность по нозологиям на 100 тыс. населения

Нозология	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
ОРЛ	2,4	1,6	0,8	0,4	0
ХРБ	303,1	302,7	296,9	289,0	250,1
РА	226,7	227,2	223,6	244,5	231,7
АС	45,2	44,3	43,5	45,6	38,4
СЗСТ	41,6	46,3	47,0	43,7	39,4
ОА	1 614,5	1 917,0	2 175,0	2 199,2	2 037,4
Подагра	38,4	34,7	37,2	38,7	40,8
РеА	17,2	25,2	18,8	19,7	65,9
ВСЕГО:	2 292,2	2 602,2	2 847,1	2 885,4	2 708,8

Таблица 5

Заболеваемость по нозологиям на 100 тыс. населения

Нозология	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
ОРЛ	0,4	0,4	0	0	0
ХРБ	2,0	1,6	0,8	1,1	2,0
РА	7,6	6,0	5,5	9,9	7,5
АС	1,6	1,6	2,0	1,9	1,0
СЗСТ	4,4	1,6	2,4	1,5	0,7
ОА	230,3	260,3	396,0	373,6	271,8
Подагра	2,8	0,8	3,5	2,3	4,1
РеА	4,0	8,4	13,3	10,3	13,9
ИТОГО	253,1	281,1	423,4	401,0	301,4

ской патологией, опыт консультативного осмотра больных позволяет высказать сомнение в качестве оказания медицинской помощи данному контингенту пациентов. В связи с отсутствием ревматологов в поликлиниках многие больные с суставной патологией не получают адекватной патогенетической терапии на ранних стадиях заболевания, в связи с чем наступает потеря трудоспособности в более ранние сроки болезни. Тем не менее, необходимо отметить, что в 2008 г. республиканский бюджет выделил средства на приобретение препаратов антицитокинной терапии для больных ревматоидным артритом, т.о. сделан первый шаг в направлении использования последних достижений медицины в лечении суставной патологии.

Имеется также положительная тенденция увеличения объемов оказания хирургической помощи при приобретенных пороках сердца и остеоартрозе – в 2007 г. проведена коррекция пороков сердца 16 пациентам, что составило 48,5 % от числа нуждающихся, 13 человек прооперированы по поводу остеоартроза, в 2008 г. – хирургическая помощь оказана 30 и 22 больным соответственно.

Учитывая приведенную информацию, можно сделать выводы о необходимости дальнейшей работы по преодолению бытующего отношения недооценки значимости ревматических заболеваний на всех уровнях оказания медицинской помощи населению и улучшению качества оказываемых услуг больным с ревматической патологией.

Сведения об авторах:

Т.И. Батудаева. batudaeva@mail.ru, тел/факс (83012) 416670.

Е.В. Григорьева, Т.В. Малгатаева

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

*Иркутский государственный институт усовершенствования врачей (Иркутск)
Республиканский клинический госпиталь для ветеранов войн (Улан-Удэ)*

Внебольничная пневмония — основная причина распространенности и смертности среди острых инфекций в Республике Бурятия. Оценка качества медицинской помощи выявила неэффективность лечения пневмонии, выражающейся в поздней обращаемости асоциальных злоупотребляющих алкоголем пациентов за медицинской помощью, неадекватной антибиотикотерапии, несоблюдении стандартов обследования пациентов с пневмонией (требуется микробиологическая идентификация каузальных агентов).

Ключевые слова: внебольничная пневмония, оценка качества медицинской помощи, антибиотикотерапия

THE ESTIMATION OF MEDICAL CARE QUALITY IN PATIENTS WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN BURYAT REPUBLIC

E.V. Grigorieva, T.V. Malgataeva

*Irkutsk State Institute of Physicians Postgraduate Training, Irkutsk
Republic Clinical Hospital for War Veterans, Ulan-Ude*

Community-acquired pneumonia is a major cause of the prevalence and mortality among acute infectious diseases in Buryat Republic. Assessment of medical care quality revealed ineffectiveness of pneumonia treatment resulted in late medical aid appealability of asocial alcohol abuse patients; inadequacy antibiotic therapy, inobservance standard of patient examination with pneumonia (required microbiological identification of causative agent).

Key words: community-acquired pneumonia, assessment of medical care quality, antibiotic therapy

Актуальность проблемы внебольничной пневмонии (ВП) обусловлена высоким уровнем заболеваемости и частотой летальных исходов как на догоспитальном, так и на стационарном этапах. Несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики и лечения, ВП по-прежнему остается ведущей причиной заболеваемости и смертности среди острых инфекционных болезней. Более того, в республике Бурятия (РБ) в 2008 г. отмечен существенный рост заболеваемости (рис. 1) и смертности (табл.1) от ВП, что явилось поводом для пристального внимания Правительства РБ к данной патологии.

Анализ половозрастной и социальной структуры лиц, причиной смерти которых явилась ВП,

показал преобладание мужчин (70,1 %) трудоспособного возраста, но нередко социально неадаптированных (инвалиды — 11,3 %, безработные — 44,3%), большинство из которых вели асоциальный образ жизни, злоупотребляли алкоголем (рис.2).

Эти отягощающие социальные факторы нередко обуславливали позднее обращение за медицинской помощью: более 7 сут. — 53,8 % умерших больных (рис. 3), что приводило к частым случаям смерти на дому среди этой категории больных (58,7 % случаев).

В то же время известно, что в ряду основных причин неэффективности лечения ВП на первом месте стоит несоответствие антибиотикотерапии (АБТ) клиническим рекомендациям. Подобное

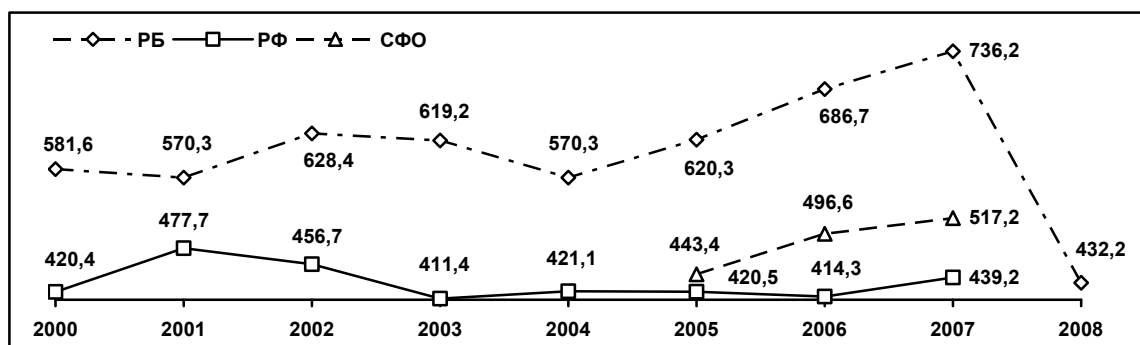


Рис. 1. Динамика заболеваемости внебольничной пневмонией (из доклада главного терапевта МЗ РБ Л.Н. Периновой, 19 февраля 2009 г.)

Таблица 1
Динамика смертности от внебольничной пневмонии (из доклада главного терапевта МЗ РБ Л.Н. Периновой, 19 февраля 2009 г.)

	2007 г.	2008 г.	Динамика показателя
РБ	21,7	23,9	+10,1
Районы РБ	15,3	18,6	+21,6
г. Улан-Удэ	31,6	32,2	+1,9
СФО	33,0	–	–
РФ	26,4	–	–

несоблюдение рекомендуемой тактики ведения больных и невыполнение стандартов антимикробной терапии ВП выявлено нами при экспертизе историй болезней и амбулаторных карт больных, умерших от ВП, в 11 % экспертируемых случаев. Детальный анализ неадекватности антибактериальной терапии продемонстрировал нерациональный выбор стартовых препаратов (12,2 %), недооценку неэффективной предшествующей антибиотикотерапии (4 %), немотивированную отмену противомикробных средств (2 %).

В РФ при выборе АБТ ВП наиболее частыми ошибками являются применение *гентамицина*, *цефазолина*, *ципрофлоксацина*, *ко-тримоксазола*, *ампициллина* для приема внутрь и монотерапия *доксциклином*. В РБ также зарегистрированы случаи неадекватного выбора антимикробного препарата. По результатам анонимного опроса врачей терапевтов, прошедших обучение на кафедре терапии № 2 Иркутского ГИУВа за последние 3 года, выявлено, что наиболее часто используемый антибиотик в сельской лечебной практике – ампициллин (38 % анкет), в то время как в городских условиях – столь же часто используется амосин – амоксициллин (33 %). Оптимистично, что достаточно употребимы сумамед (наиболее часто в амбулаторной практике – 26 % назначений), амоксиклав (более 30 % случаев в городской амбулаторной службе), цефтриаксон и цефотаксим – около четверти назначений в стационарных условиях (табл. 2). В то же время озабоченность вызывают сохраняющиеся ошибки использования в терапии ВП цефазолина (25 % в стационаре), гентамицина (1 – 2 %).

Эти мнения терапевтов о рациональной АБТ нашли отражение и в реальных назначениях препаратов для лечения ВП. Оценка качества терапии больных, умерших от ВП, продемонстрировала не всегда адекватный спектр антимикробных средств: почти во всех случаях отсутствие комбинации с макролидами в стационарных условиях при



Рис. 2. Половозрастной состав больных, умерших от ВП (из доклада главного терапевта МЗ РБ Л.Н. Периновой, 19 февраля 2009 г.).

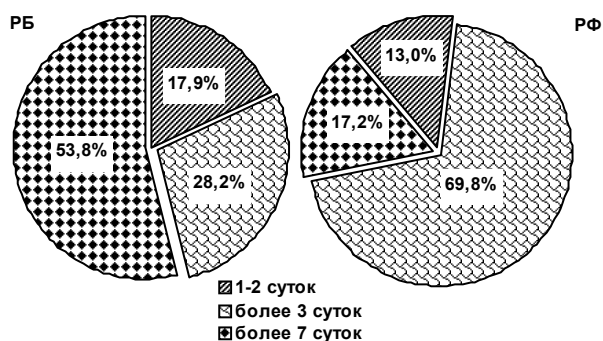


Рис. 3. Анализ времени обращения за медицинской помощью при ВП (из доклада главного терапевта МЗ РБ Л.Н. Периновой, 19 февраля 2009 г.).

Таблица 2
Наиболее часто используемые антимикробные препараты

	Город, %	Село, %	Амбулаторно, %	Стационарно, %
Амосин	33	15	16	4
Ампициллин	1	38	2	–
Амоксиклав	30	8	39	17
Сумамед	16	15	26	6
Цефтриаксон	11	23	16	25
Цефотаксим	6	–	16	26
Цефазолин	5	–	9	25
Гентамицин	1	–	2	–
Ципролет	2	8	–	11

заведомо более тяжелом течении ВП; не всегда оправданное назначение амикацина; длительное назначение цефотаксима при явном отсутствии клинико-лабораторного улучшения, без смены и комбинации антибактериальных препаратов (в 1 случае — 3 курса по 10 дней и более при ухудшающемся состоянии больного). Кроме того, отсутствие указания на время введения первой дозы АБТ возможно приводило к более позднему началу лечения и соответственно увеличило риск летального исхода. Во многих случаях имела место недооценка тяжести состояния пациентов, что обуславливало позднюю госпитализацию в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и отсутствие респираторной поддержки, что в свою очередь приводило к смерти больных.

Ошибки в выборе АБТ также были связаны с несоблюдением стандартов обследования больных ВП, в частности, обязательной микробиоло-

гической диагностикой с уточнением характера возбудителя и последующим более адекватным использованием антибиотиков. В большинстве (90 %) проэкспертированных историй болезни посев мокроты не назначался.

Таким образом, оценка качества медицинской помощи больным с ВП в РБ показала, что высокая частота летальных исходов нередко обусловлена поздней обращаемостью за медицинской помощью асоциальных больных, злоупотребляющих алкоголем. В то же время выявлено, что выбор АБТ для лечения ВП не всегда соответствует принятым стандартам, а тактика ведения больных нарушается. Соблюдение протокола ведения больных с ВП (бактериологическое исследование мокроты у всех госпитализированных пациентов и введение первой дозы антибиотика в первые 4 часа, стандартизованный выбор антимикробного препарата) позволят нивелировать неблагоприятные исходы.

Сведения об авторах:

Е.В. Григорьева. E-mail: doc-evg@yandex.ru, тел./факс (83012) 41-66-70

Б.А. Дониров, С.Н. Очиров, Л.Э. Гылыков, А.И. Дамбаев, Б.О. Дугаржапов, А.М. Хунхинов,
Т.Л. Дашибалова, О.С. Донирова

О СОСТОЯНИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница (Улан-Удэ)
Иркутский институт усовершенствования врачей (Иркутск)

В статье анализируется опыт кардиохирургической службы в Республике Бурятия. Представлены данные по основным направлениям хирургического лечения ишемической болезни сердца и болезней сердца.

Ключевые слова: хирургическое лечение, ишемическая болезнь сердца

ABOUT STATE OF CARDIOVASCULAR SURGERY SERVICE IN BURYAT REPUBLIC

B.A. Donirov, S.N. Ochirov, L.E. Gilikov, A.I. Dambaev, B.O. Dugarzhapov, A.M. Hunhinov,
T.L. Dashibalova, O.S. Donirova

Buryat State University, Ulan-Ude
Republic Clinical Hospital, Ulan-Ude
Irkutsk Institute of Physicians Training, Irkutsk

In clause (article) the operational experience Cardiovascular surgery service in Republic Buryatiya is analysed. The data on the basic directions of surgical treatment of ischemic illness of heart and heart diseases are reflected.

Key words: surgical treatment, ischemic illness of heart

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Несмотря на достигнутые успехи в лечении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), они продолжают оставаться главной причиной заболеваемости и смертности в мире, унося ежегодно более 17 млн. жизней. Показатели заболеваемости и смертности от ССЗ в России являются одними из самых высоких в мире. Показатель первичной заболеваемости ССЗ в Республике Бурятия, как субъекте федерации, за период 2007–2008 гг. снизился с 3 105 до 2 680,1 на 100 тыс. населения, что вселяет определенный оптимизм. Однако показатель смертности от ССЗ в республике за 2008 г. составил 660,3 на 100 тыс. населения, что превышает аналогичный показатель, зарегистрированный в 2007 г. (648,1 на 100 тыс. населения). Подобная

ситуация требует энергичного поиска решения выше обозначенной проблемы.

Важным направлением борьбы с заболеваемостью и смертностью от ССЗ является создание специализированной кардиохирургической службы. Хирургические методы лечения позволяют значительно улучшить качество жизни, сохранить трудоспособность и увеличить продолжительность жизни больных. В Бурятии операции кардиохирургического профиля выполняются с 2004 г. и включают в себя хирургические методы лечения ишемической болезни сердца (ИБС) и оперативную коррекцию врожденных и приобретенных пороков сердца. В 2008 г. в Бурятии открыт Республиканский сосудистый центр, включивший в свой состав 35 кардиохирургических коек.

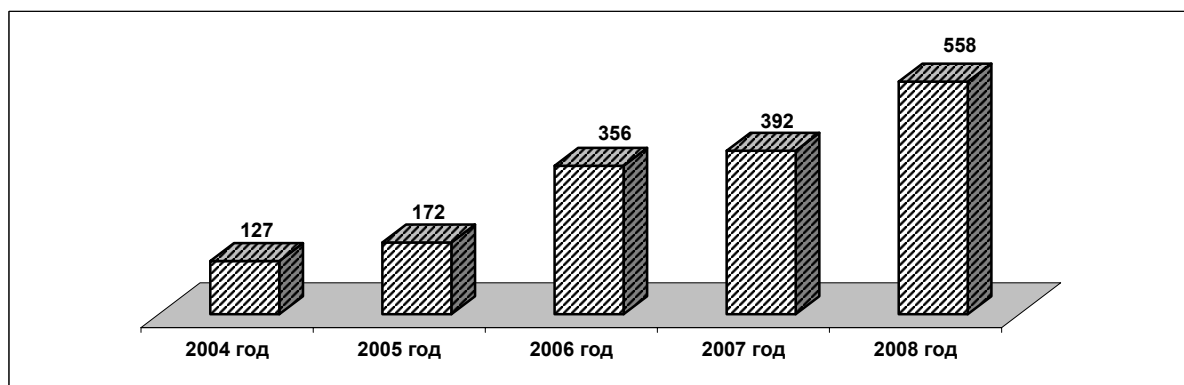


Рис. 1. Динамика количества выполненных коронароангиографий в Республике Бурятия за 2004–2008 гг.

ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Для обеспечения достаточного уровня хирургической помощи больным ИБС первичной задачей, по среднеевропейским данным, является выполнение не менее 3000 диагностических коронарографий на 1 млн. населения ежегодно. В Бурятии в 2008 г. выполнено 558 коронарографий, что составило 387 на 1 млн. населения (рис. 1).

Для решения проблемы лечения больных ИБС это количество является недостаточным. Возможными путями оптимизации данного направления является расширение отделения рентгенхирургических методов диагностики и лечения за счет увеличения штатного расписания и установки дополнительного ангиографического комплекса.

Количество операций коронарного шунтирования, выполненных в Бурятии, с каждым годом

увеличивается. Так, если в 2004 г. было выполнено 9 операций, то в 2008 г. — уже 88 вмешательств (рис. 2). Однако уровень минимальной потребности в операциях по коронарному шунтированию (КШ), по Европейским данным, составляет 400 — 500 операций на 1 млн. населения в год, а по данным США 800 — 900 операций. В Бурятии, несмотря на ежегодное увеличение числа операций КШ, количество операций у больных ИБС является недостаточным. Если исходить из минимальной потребности 400 АКШ на 1 млн. населения в год, то в Бурятии при численности населения 981 238 человек необходимо ежегодно выполнять 392 операции. В 2008 г. количество выполненных операций КШ составило не более 22,4 % от необходимого.

Необходимо отметить, что операции КШ в республике в основном выполняются на работающем

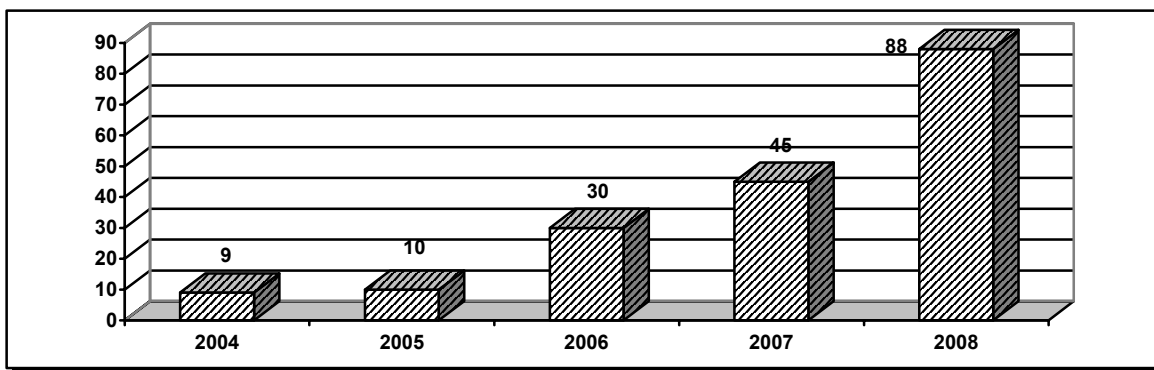


Рис. 2. Динамика количества выполненных операций коронарного шунтирования в Республике Бурятия за 2004–2008 гг.

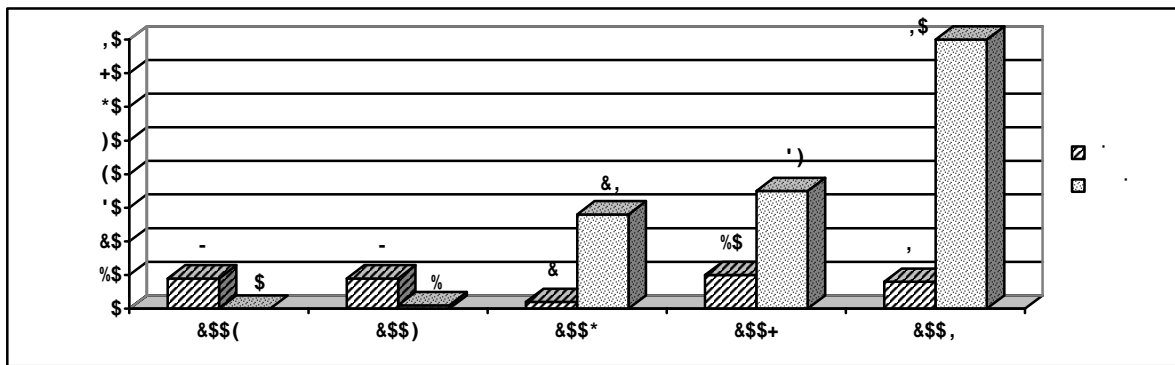


Рис. 3. Динамика количества операций КШ, выполненных в условиях искусственного кровообращения и на работающем сердце.

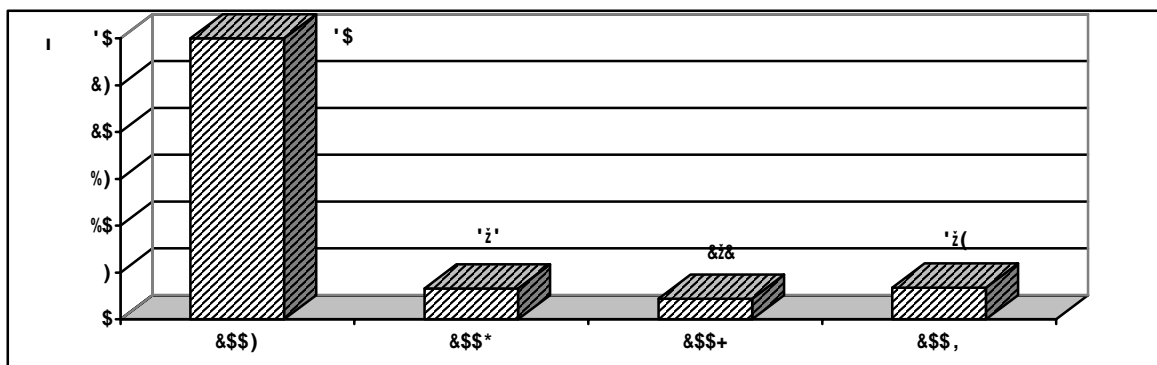


Рис. 4. Летальность при операциях коронарного шунтирования за 2005–2008 гг.

Таблица 1

Количество операций при приобретенных пороках сердца

·	\$\$\$*	\$\$\$+	\$\$\$, '
Á Á	FGÁ	FGÁ	G€Á

Таблица 2

Количество операций при врожденных пороках сердца

·	·	\$\$\$*	\$\$\$+	\$\$\$, '
FÁ	Á Á Á Á Á ÁÁÁ	IÁ	ÎÁ	HÁ
GÁ	ÁÁ Á Á	FÁ	FÁ	.Á
HÁ	Á Á Á Á	FÎÁ	FHÁ	F IÁ
IÁ	Á Á Á Á	FÎÁ	ÎÁ	JÁ
ÍÁ	Á Á Á Á Á Á Á Á	.Á	FFÁ	FÍÁ
·	Á	HÎÁ	HÎÁ	I FÁ

сердце (рис. 3), поскольку последние имеют ряд преимуществ перед операциями, выполняемыми в условиях искусственного кровообращения. Так, при вмешательствах на работающем сердце сокращается время искусственной вентиляции легких, уменьшается кровопотеря и необходимость применения донорской крови, снижается вероятность возникновения синдрома малого сердечного выброса, ослабляется системная воспалительная реакция, уменьшается частота аритмий и неврологических осложнений, сокращаются сроки пребывания больного в стационаре. Таким образом, налицо имеется явная экономическая выгода, что позволяет считать операции на работающем сердце более предпочтительными, особенно в условиях неполного объема финансирования.

Динамика летальности при операциях КШ отражена на рисунке 4.

Из рисунка 4 видно, что максимальная летальность имела место в 2005 г., однако в последующем при неуклонном увеличении числа прооперированных пациентов летальность оставалась на стабильном уровне и составила 2,2–3,4 %. Подобная динамика может свидетельствовать о профессиональном росте специалистов кардиохирургической бригады.

ОПЕРАЦИИ ПО КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ И ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Распространенность хронической ревматической болезни сердца с формированием приобретенных пороков сердца в Бурятии за 2007 г. составила 289 случаев на 100 тыс. населения; при этом оперативное лечение получили всего 16 пациентов, что составило 48,5 % от числа нуждающихся. Протезирование клапанного аппарата сердца в условиях г. Улан-Удэ начало проводиться с 2006

г., когда при помощи выездной бригады из РНЦХ (г. Москва) были прооперированы 12 пациентов. За 2007–2008 гг. были самостоятельно выполнены 32 оперативных коррекции приобретенных пороков сердца (табл. 1).

Необходимо отметить, что в 2008 г. в 2 случаях были выполнены операции с одномоментным протезированием двух клапанов сердца, что говорит о расширении хирургических возможностей в лечении этой сложной категории пациентов.

Потребность в оперативной коррекции врожденных пороков сердца (ВПС) остается высокой. В условиях Бурятии подобные операции выполняются с 1997 г., и на сегодняшний день их количество составляет около 30–40 операций в год. Динамика числа оперативных вмешательств при ВПС представлена в таблице 2. Из таблицы 2 видно, что количество операций по оперативной коррекции ВПС ежегодно остается на стабильном уровне. Следует отметить, что с 2007 г. уменьшилось количество вмешательств на открытом сердце, что обусловлено внедрением миниинвазивного малотравматичного метода эндоваскулярной коррекции врожденных пороков сердца (транскатетерное закрытие при дефектах межпредсердной и межжелудочковой перегородок, закрытие открытого артериального протока окклюдером). В дальнейшем прогнозируется сохранение объема оперативной коррекции ВПС с увеличением количества эндоваскулярных вмешательств.

Таким образом, в Республике Бурятия имеет место положительная тенденция в увеличении объемов оказания кардиохирургической помощи. Для дальнейшего развития кардиохирургической службы необходимо увеличение финансирования, своевременная подготовка и обучение кадров, приобретение необходимого лечебно-диагностического оборудования.

Сведения об авторах:

Б.А. Донирова. E-mail: donirova@mail.ru, тел./факс: (83013) 41-66-70, телефон: 63-43-36

А.О. Занданов, Р.В. Дугарова

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ

Министерство здравоохранения Республики Бурятия (Улан-Удэ)
 ГУЗ «Республиканский медицинский информационно-аналитический центр» МЗ РБ (Улан-Удэ)

В данной статье приведена динамика смертности жителей Республики Бурятия. Дана характеристика этого показателя по возрасту, полу, а также распространенность по районам республики и городу Улан-Удэ. В работе также отмечено, что наибольшая смертность в республике отмечается от артериальной гипертензии, травм и алкогольной кардиопатии.

Ключевые слова: смертность, артериальная гипертензия, травма

THE ANALYSIS OF DEATH RATE OF INHABITANTS OF REPUBLIC BURYATIYA

А.О. Zandanov, R.V. Dygarova

The Ministry of Public Health of Buryatiya Republic, Ulan-Ude
 Republic Medical Center of Information and Analysis, Ulan-Ude

In given article dynamics of death rate of inhabitants of Republic Buryatiya is given. The characteristic of this parameter by age and sex is given as well as prevalence in areas of republic and city Ulan-Ude. It is also shown in the work, that the greatest death rate in republic because of an arterial hypertension, traumas and alcoholic cardiopathy is marked.

Key words: death rate, arterial hypertension, trauma

В России в связи с высоким уровнем смертности, показатели которой значительно превышают показатели европейских стран, проблема сокращения людских потерь остается актуальной задачей демографической политики. Согласно Указа Президента РФ от 28.06.2007 г. № 825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ» одним из основных показателей, характеризующих уровень социально-экономического развития и благополучия территорий, состояние здоровья населения, доступность и качество предоставляемой медицинской помощи, является **смертность населения**. Данный показатель позволяет оценить состояние смертности в различных возрастных группах и основным причинам для разработки органами исполнительной власти субъектов РФ комплексных межведомственных мероприятий по ее снижению.

В республике, также как и в Российской Федерации, проблема снижения смертности, прежде всего в трудоспособном возрасте, увеличения продолжительности жизни населения, остается приоритетной и становится все более актуальной. Президентом РБ подписан Указ от 17.12.2007 г. № 737 «Об оценке эффективности деятельности исполнительных органов государственной власти РБ и администраций муниципальных районов и городских округов в РБ», в котором утверждены индикаторы социально-экономического развития республики согласно российским индикаторам, в т.ч. показатели смертности населения республики.

На основании приказа Министерства здравоохранения РБ от 10.04.2008 г. № 205 «О введении в действие Указа Президента Республики Бурятия от 17.12.2007 г. № 737 в отрасли здравоохранения» в ГУЗ «Республиканский медицинский информационно-

аналитический центр» (РМИАЦ) МЗ РБ проводится ежемесячный мониторинг смертности населения республики, в т.ч. лиц трудоспособного возраста.

Для принятия организационных решений и разработки мероприятий по снижению смертности необходимо проведение анализа смертности, который проводится специалистами РМИАЦ на основании данных автоматизированной информационной системы «Система сбора, накопления и анализа данных о смертности» MEDSS, разработанной специалистами ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт информатизации и организации здравоохранения Росздрава» и одобренной экспертами ВОЗ. Данная информационная система была приобретена РМИАЦ, освоена специалистами центра и начала работать в республике в 2007 г. Анализ смертности населения за 2008 г. проведен по предварительным оперативным данным отдела медицинской статистики РМИАЦ (показатели рассчитаны на среднегодовое количество населения за 2007 г.) в сравнении с показателями Российской Федерации и Сибирского Федерального округа за 2007 г., показатели смертности рассматривались по основным классам болезней, полу, в разрезе районов.

В республике в 2008 г. умерло от всех причин всего 12 952 чел., что на 150 чел. больше, чем в 2007 г. Среди умерших 56,2 % (7 275 чел.) составили мужчины, 43,8 % (5 677 чел.) женщины. По социальному положению пенсионеры составили 55,6 % (7 201 чел.), безработные — 18,1 % (2 347 чел.), работающие — 9,7 % (1 255 чел.), инвалиды — 8,4 % (1 085 чел.), дети до 15 лет — 1,4 % (184), учащиеся и студенты — 1,0 % (124 чел.), неизвестно — 5,8 % (756 чел.). В 66,9 % случаях смерть наступила дома, в 18,5 % в стационаре, в 14,6 % в другом месте.

Смертность в республике в 2008 г. увеличилась на 1,2 % по сравнению с 2007 г. и составила **1349,3** на 100 тыс. населения, но уровень остается ниже российского (РФ – 1463,9 – 2007 г.) и СФО (1441,4 – 2007 г.) на 7,8 и 6,4 % соответственно.

Показатель смертности у мужчин составил **1603,4** на 100 тыс. муж. населения и превысил республиканский уровень за 2007 г. на 2,5 %, но ниже российского на 3,8 % (РФ – 1665,9 – 2007 г.). Показатель смертности у женщин составил **1121,5** на 100 тыс. жен. населения, ниже республиканского показателя за 2007 г. на 0,5 % и российского на 13,1 % (РФ – 1289,9 – 2007 г.).

В г. Улан-Удэ смертность снизилась на 1,2 %. Большую часть умерших (63,1 %) составляют сельские жители, рост смертности произошел в 13 районах в среднем на 2,6 %. В 12 районах показатели превышают республиканский уровень (**1349,3**): Тарбагатайский (1635,0), Заиграевский (1595,3), Прибайкальский (1547,4), Кабанский (1535,0), Селенгинский (1508,5), Бичурский (1499,0), Мухоршибирский (1493,7), Хоринский (1489,7), Баргузинский (1454,7), Северо-Байкальский (1444,1), Закаменский (1439,7), Тункинский (1442,7).

Основными причинами смерти населения являются болезни системы кровообращения (БСК) – 48,9 %, несчастные случаи, отравления и травмы – 21,5 %, новообразования – 12,0 %, которые в сумме составили 82,4 % от числа всех умерших. В 2008 г. произошел рост смертности по следующим классам болезней: нервной системы на 34,4 %, инфекционным и паразитарным на 24,2 %, органов пищеварения – 17,8 %, дыхания – 3,9 %, БСК – 1,9 % (табл. 1).

Рост смертности от БСК произошел в 15 районах в среднем на 6,0 %. В 10 районах показатели превышают республиканский уровень (**660,3** на 100 тыс. населения): Тарбагатайский (855,9), Баргузинский (854,1), Кабанский (853,6), Заиграевский (835,6), Мухоршибирский (793,3), Прибайкальский (787,5), Тункинский (752,0), Хоринский (742,2), Северо-Байкальский (738,7), Бичурский (699,3).

Значительную долю (46,9 %) среди причин смерти от БСК занимает ИБС (РФ – 50,1 %), смертность выросла на 3,3 % и составила **309,7**, но показатель ниже на 25,9 % российского уровня (РФ – 418,1 – 2007 г.) и на 15,7 % уровня СФО (367,2 – 2007 г.). Смертность от острого и повторного инфаркта

Таблица 1

Смертность населения РБ, РФ, СФО по причинам смерти за 2007–2008 гг.

Классификация	2007 г.			2008 г.		
	Число	на 100 тыс. населения	на 100 тыс. населения	Число	на 100 тыс. населения	на 100 тыс. населения
Всего	1349,3	1349,3	1349,3	1349,3	1349,3	1349,3
Болезни системы кровообращения	660,3	660,3	660,3	660,3	660,3	660,3
Несчастные случаи, отравления и травмы	21,5	21,5	21,5	21,5	21,5	21,5
Новообразования	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
Инфекционные и паразитарные болезни	24,2	24,2	24,2	24,2	24,2	24,2
Болезни органов пищеварения	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8
Болезни органов дыхания	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9
Болезни системы кровообращения (ИБС)	309,7	309,7	309,7	309,7	309,7	309,7

Таблица 2

Смертность мужского и женского населения республики за 2007–2008 гг.

Классификация	2007 г.		2008 г.		2007 г.		2008 г.	
	Число	на 100 тыс. населения	Число	на 100 тыс. населения	Число	на 100 тыс. населения	Число	на 100 тыс. населения
Всего	1603,4	1603,4	1603,4	1603,4	1121,5	1121,5	1121,5	1121,5
Болезни системы кровообращения	660,3	660,3	660,3	660,3	460,3	460,3	460,3	460,3
Несчастные случаи, отравления и травмы	21,5	21,5	21,5	21,5	21,5	21,5	21,5	21,5
Новообразования	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0	12,0
Инфекционные и паразитарные болезни	24,2	24,2	24,2	24,2	24,2	24,2	24,2	24,2
Болезни органов пищеварения	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8	17,8
Болезни органов дыхания	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9
Болезни системы кровообращения (ИБС)	309,7	309,7	309,7	309,7	209,7	209,7	209,7	209,7

миокарда снизилась на 0,3 % по сравнению с 2007 г. и составила 31,5, что на 32,5 % ниже, чем в РФ (46,7 – 2007 г.). От первичного (острого) инфаркта миокарда смертность снизилась на 0,4 % и составила **23,3** на 100 тыс. населения, от повторного инфаркта показатель смертности остался на уровне 2007 г. (**8,1**).

В структуре причин смерти от БСК второе место занимают цереброваскулярные болезни, их удельный вес составил 38,4 % и выше, чем в России (34,6 %). По сравнению с 2007 г. смертность снизилась на 5,3 % и составила **253,3** и ниже, чем в РФ (288,4 – 2007 г.) и СФО (260,1 – 2007 г.).

В 2008 г. в структуре причин смерти от БСК увеличилась доля умерших от алкогольной кардиомиопатии и они с четвертого места поднялись на третье, составив 4,9 %. Смертность увеличилась на 34,5 % и составила **32,5**.

На 4 месте – болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением, удельный вес составил 4,5 % и в 1,9 раза выше, чем в РФ (2,4 %). Отмечается значительный рост (на 51,9 %) по сравнению с 2007 г., смертность составила **29,6** на 100 тыс. населения и превысила на 46,5 % российский уровень (20,2 – 2007 г.).

На **втором месте** – травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (21,5 %). Несмотря на снижение смертности от внешних причин на 1,7 % с 294,7 до **289,7**, ее уровень значительно (в 1,6 раза) превышает российский (РФ – 182,5, 2007 г.) и на 23,3 % уровень СФО (235,0, 2007 г.). Показатель смертности у мужчин составил **470,1** на 100 тыс. муж. населения и ниже на 0,5 % республиканского уровня за 2007 г., но на 53,6 % выше российского (РФ – 306,1 – 2007 г.). Показатель смертности у женщин составил **128,0** на 100 тыс. жен. населения и ниже на 5,5 % республиканского показателя за 2007 г., но в 1,7 раза превышает российский (РФ – 76,1 – 2007 г.).

Если смертность от внешних причин в целом по районам снизилась на 0,9 %, она увеличилась в 12 районах. В 15 районах показатели превышают республиканский уровень (**289,7** на 100 тыс. населения): Селенгинский (442,8), Мухоршибирский (375,2), Хоринский (355,4), Тарбагатайский (348,2), Тункинский (345,4), Закаменский (336,0), Еравнинский (333,0), Окинский (330,2), Бичурский (323,6), Баунтовский (305,5), Муйский (305,1), Кабанский (304,2), Иволгинский (303,6), Кяхтинский (294,3), Заиграевский (293,6).

Также снизилась смертность от случайных отравлений алкоголем на 22,9 % (с 41,8 до **32,2**), но в сравнении с РФ (17,7) превышает в 1,8 раза. Если смертность от всех видов транспортных травм снизилась на 4 % с 39,5 до **37,9** (РФ – 27,5 – 2007 г.), то от дорожно-транспортных травм она увеличилась на 6,2 % до **32,0** (РФ – 18,2); самоубийств на 3,1 % до **72,6** (РФ – 29,1), убийств на 6,6 % до **45,4** (РФ – 17,9).

На **третьем месте** – новообразования (12 %), в т.ч. злокачественные новообразования (ЗНО), смертность от которых снизилась на 3,8 % по сравнению с 2007 г., составив **162,0**, и ее уровень ниже, чем в РФ (201,2 – 2007 г.) и СФО (197,5 – 2007 г.). По-

казатели смертности у мужчин и женщин в республике снизились по сравнению с 2007 г. на 1,8 и 6,0 % соответственно и составили у мужчин **184,7** (РФ – 233,9 – 2007 г.) на 100 тыс. соотв. возраста, у женщин **141,6** (РФ – 173,0). Смертность от ЗНО в целом по районам снизилась, но в 11 районах произошел рост, а в 6 районах превышает республиканский уровень (**162,0**): Тарбагатайский (247,9), Северо-Байкальский (239,6), Прибайкальский (206,3), Хоринский (198,6), Кабанский (190,9), Заиграевский (188,9).

На **четвертом месте** – болезни органов дыхания (5,4 %). По сравнению с 2007 г., смертность от болезней органов дыхания увеличилась на 3,9 %, составив **73,0** на 100 тыс. населения и превысила на 33,2 % уровень по РФ (54,8 – 2007 г.) и на 4,0 % уровень СФО (70,2 – 2007 г.). Показатель смертности у мужчин составил **95,9** на 100 тыс. муж. населения, что выше на 6,7 % республиканского уровня за 2007 г. и на 13,5 % российского (РФ – 84,5 – 2007 г.). Показатель смертности у женщин составил **52,5** на 100 тыс. жен. населения и ниже на 0,4 % республиканского показателя за 2007 г., но в 1,8 раза превышает российский показатель (РФ – 29,3 – 2007 г.).

Среди болезней органов дыхания 32,7 % составляют пневмонии. За 2008 г. смертность увеличилась на 10,1 % и составила **23,9** на 100 тыс. населения, но она ниже, чем в РФ (26,4, 2007 г.) и СФО (33,0, 2007 г.) на 9,5 и 27,6 % соответственно. Показатель смертности у мужчин составил 35,5 на 100 тыс. муж. населения, что выше на 12,0 % республиканского уровня за 2007 г. Показатель смертности у женщин составил 13,4 на 100 тыс. жен. населения и выше на 6,3 % показателя по РБ за 2007 г.

Смертность от пневмоний выросла в г. Улан-Удэ (на 1,9 %), но более значительно (на 21,6 %) увеличилась в 13 сельских районах. В 5 районах показатели превышают республиканский уровень (**23,9**): Прибайкальский (44,7), Заиграевский (37,0), Кяхтинский (34,3), Тарбагатайский (29,5), Иволгинский (25,3).

На **пятом месте** – болезни органов пищеварения (4,8 %), от которых смертность выросла на 17,8 % с 55,5 до **65,4** и превысила на 6,0 % показатель по РФ (61,7, 2007 г.) и на 3,8 % показатель СФО (63,0, 2007 г.). Показатель смертности у мужчин составил **76,3** на 100 тыс. муж. населения, что выше на 16,5 % республиканского уровня за 2007 г. и на 0,3 % российского (РФ – 76,1 – 2007 г.). Показатель смертности у женщин составил **55,7** на 100 тыс. жен. населения и выше на 18,0 % республиканского показателя за 2007 г. и на 13 % российского показателя (РФ – 49,3 – 2007 г.).

Смертность от болезней органов пищеварения в г. Улан-Удэ выросла более значительно (на 36,4 %), по сравнению с сельскими районами (в 12 районах рост на 9,2 %). В 8 районах показатели превышают республиканский уровень (**65,4**): Кижингинском (143,9), Бичурский (107,9), Закаменский (105,4), Кяхтинский (100,6), Баунтовский (95,5), Северо-Байкальский (93,2), Селенгинский (86,9), Тункинский (70,0), Джидинский (68,2).

Смертность от язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки увеличилась на 10 % и составила

6,6 на 100 тыс. населения и превысила уровень по РФ (5,7 — 2007 г.) на 15,8 % и СФО (6,0 — 2007 г.) на 10 %. Сохраняется неблагоприятная тенденция роста смертности от язвенной болезни желудка, рост на 14,3 % (с 4,4 до **5,0**); выросла смертность от цирроза печени в 1,8 раза (с 16,4 до **30,3**).

На **шестом месте** — инфекционные и паразитарные болезни (2,5 %), от которых смертность увеличилась на 24,2 % за счет увеличения на 24,9 % смертности от туберкулеза и на 31,1 % от ВИЧ-инфекции. Показатель смертности в республике составил **33,6** на 100 тыс. населения и на 38,8 % превысил уровень по РФ (24,2 — 2007 г.), но он на 13,4 % ниже уровня СФО (34,9 — 2007 г.). Смертность у мужчин составила **57,1** на 100 тыс. муж. населения, что выше на 29,5 % республиканского уровня за 2007 г. и на 41,3 % российского (РФ — 40,4 — 2007 г.). Показатель смертности у женщин составил **12,6** на 100 тыс. жен. населения и выше на 5,9 % показателя по РБ за 2007 г. и на 22,3 % российского (РФ — 10,3 — 2007 г.). Рост смертности произошел в 10 районах на 26,1 % и г. Улан-Удэ на 22,7 %. В 2 районах показатель превышает республиканский уровень (33,6): Прибайкальский (48,1) и Селенгинский (46,6).

В структуре умерших от инфекционной заболеваемости значительную долю (73,1 %) составляют больные туберкулезом. Сохраняется негативная тенденция роста смертности от туберкулеза, за год смертность выросла на 24,9 % и составила **24,6** на 100 тыс. населения и на 33,7 % превысила показатель по РФ (18,4 — 2007 г.), но ниже уровня СФО (29,1) на 15,5 %. Смертность от туберкулеза увеличилась (на 29,0 %) в г. Улан-Удэ и 10 сельских районах (на 20,7 %). В 8 районах показатели превышают республиканский уровень (**24,6**): Прибайкальский (44,7), Селенгинский (40,3), Джидинский (26,0), Курумканский (25,7), Иволгинский (25,3), Кабанский (24,8).

От ВИЧ-инфекции в республике умерло всего 59 человек, смертность составила **6,1** на 100 тыс. населения и превысила на 31,1 % показатель за 2007 г. (4,7). Из 59 человек 52 (88,1 %) умерли на стадии СПИД от вторичных заболеваний, в т.ч. от туберкулеза.

На **седьмом месте** — болезни эндокринной системы (БЭС), удельный вес которых составил 0,9 % и выше, чем по РФ (0,5 %) в 1,8 раза. Смертность от БЭС снизилась на 21 % по сравнению с 2007 г., показатель составил **11,8** на 100 тыс. населения, что в 1,5 раза выше, чем в РФ (7,7 — 2007 г.). В республике несмотря на снижение смертности у мужчин и женщин по сравнению с 2007 г. на 40,7 и 10,7 % соответственно, показатели превышают российские и составили у мужчин **6,4** (РФ — 5,3 — 2007 г.) на 100 тыс. соотв. возраста, у женщин **16,6** (РФ — 9,8). Среди болезней эндокринной системы 96,5 % составляет сахарный диабет, от которого смертность снизилась на 18 % по сравнению с 2007 г., составил **11,4**, и выше в 1,6 раза показателя по РФ (6,9 — 2007 г.).

На **восьмом месте** — болезни нервной системы (0,7 %), от которых смертность значительно выросла (на 34,4 %) с 6,7 до **9,0** на 100 тыс. населения (РФ — 10,0 — 2007 г.). Показатель смертности у мужчин составил **13,7** на 100 тыс. муж. населения, что выше

на 59,3 % республиканского уровня за 2007 г. и на 3,0 % российского (РФ — 13,3 — 2007 г.). Показатель смертности у женщин составил **4,7** на 100 тыс. жен. населения и ниже на 4,1 % показателя по РБ за 2007 г. и на 33,8 % российского (РФ — 7,1 — 2007 г.). Смертность от болезней нервной системы в г. Улан-Удэ выросла более значительно (на 41,2 %), чем в сельских районах (в 10 районах рост на 29,9 %). В 11 районах показатели превышают республиканский уровень (**9,0**): Окинский (58,3), Хоринский (20,9), Прибайкальский (20,6), Тункинский (17,5), Закаменский (16,5), Бичурский (14,9), Селенгинский (14,8), Заиграевский (14,4), Тарбагатайский (11,8), Кижингинский (10,7), Кяхтинский (9,8).

Рост смертности произошел в 2,5 раза (с 1,5 до **3,6**) от воспалительных заболеваний ЦНС, в т.ч. от менингита в 2,3 раза (с 0,6 до **1,5**) и в 1,7 раза превысил показатель по РФ (0,9 — 2007 г.). На 33,3 % (с 2,2 до **2,9**) выросла смертность от эпилепсии, что выше российского показателя в 2,9 раза (РФ — 1,0).

Снизилась смертность от болезней мочеполовой системы на 4,9 %, которые находятся на девятом месте (0,4 %). Показатель смертности составил **6,0** на 100 тыс. населения (РФ — 7,8).

Проведя анализ смертности населения республики за 2008 г., можно сделать следующие выводы:

1. Проблема снижения смертности в республике остается актуальной. В 2008 г. произошел рост смертности населения по сравнению с 2007 г. за счет увеличения смертности у мужчин, но уровень смертности в республике остается ниже, чем в РФ и СФО.

2. Среди умерших отмечается высокий удельный вес лиц трудоспособного возраста по сравнению с Российской Федерацией.

3. Большую часть умерших составляют сельские жители. Отмечается высокая смертность на дому (66,9 %) как в г. Улан-Удэ, так и в районах.

4. Основными причинами смерти населения являются: БСК, несчастные случаи, отравления и травмы, новообразования.

5. Среди БСК наибольший рост смертности произошел от болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением и алкогольной кардиомиопатии.

6. Значительный рост смертности произошел по 3 классам болезней: нервной системы (на 34,4 %), инфекционным и паразитарным (на 24,2 %) и органов пищеварения (на 17,8 %).

7. В республике серьезной проблемой является высокая смертность от внешних причин, которая значительно превышает показатели по РФ и СФО, в том числе от дорожно-транспортных травм, самоубийств и убийств.

8. Сохраняется негативная тенденция роста смертности от предотвратимых причин: туберкулеза, пневмонии, язвенной болезни желудка, цирроза печени.

9. Несмотря на снижение смертности от болезней эндокринной системы уровень смертности в республике остается высоким по сравнению с РФ, за счет высокой смертности от сахарного диабета.

А.О. Занданов, А.Н. Плеханов, В.Е. Хитрихеев, И.М. Бальхаев, О.В. Юндунова

О ПОСТДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКЕ ВРАЧЕЙ-ХИРУРГОВ И ПЕРСПЕКТИВАХ ЕЕ РАЗВИТИЯ

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

В данной статье приведены результаты анкетирования слушателей сертификационного цикла по хирургии в Республике Бурятия. Более 90 % курсантов дали положительную оценку качеству преподавательской деятельности. Слушателями выказаны критические замечания в отношении тестирования. В работе раскрыты перспективы постдипломного обучения курсантов по вопросам хирургии.

Ключевые слова: хирургия, обучение, качество подготовки, перспектива

ABOUT POSTDEGREE PREPARATION OF DOCTORS SURGEONS AND PROSPECTS OF THEIR DEVELOPMENT

A.O. Zandanov, A.N. Plekhanov, V.E. Hitriheev, I.M. Balhaev, O.V. Jundunova

Buryat State University, Ulan-Ude

In given article results of questioning of students of a certified course by surgery in Republic Buryatiya are given. More than 90 % of cadets stated a positive estimation of quality of teaching activity. Students show critical remarks about testing. In work prospects of postdegree training of cadets by questions of surgery are shown.

Key words: surgery, training, quality of preparation, prospect

По статистике сегодня в России 616 тыс. дипломированных врачей — на каждого в среднем всего по 233 жителя [4].

В современных условиях развития медицины одной из главных проблем здравоохранения является поиск оптимальных путей повышения уровня качества оказания медицинской помощи населению. Сложность решения этой проблемы определяется многими причинами: недостаточностью финансирования отрасли, отсутствием единых критериев управления здравоохранением, устаревшей материально-технической базой лечебно-профилактических учреждений и т.д. [3]. Вместе с тем возросшие требования населения к оказываемой медицинской помощи обуславливают и повышение квалификации врачебных кадров в решении общих задач поступательного развития медицинской отрасли. Именно квалификация медицинского персонала способна сгладить те негативные явления в деятельности лечебных учреждений, которые имеются в развитии социальной сферы нашего общества [1].

Система дополнительного профессионального образования специалистов, предназначенная для повышения квалификации и профессиональной медицинской переподготовки кадров в соответствии с требованиями проводимых в стране социально-экономических реформ не в полной мере решает стоящую перед ней задачу. Это связано с отсутствием завершенной законодательной и нормативной базы, в том числе определяющей мотивацию к повышению квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, отсутствием эффективного взаимодействия органов управления здравоохранением регионов и

образовательных учреждений дополнительного профессионального образования по учету, анализу состояния, определению потребности и планированию постдипломного обучения специалистов и руководящих работников. При этом деятельность образовательных учреждений должна быть четко ориентирована на решение проблем практического здравоохранения [2, 3].

Одним из видов последипломной подготовки врачей является сертификационная деятельность, которая регламентирована приказом Минздрава РФ № 318 от 17.11.1995 г. «О квалификационном экзамене на получение сертификата специалиста». Право на получение сертификата и допуск к экзамену имеет каждый врач.

Целью последипломного повышения квалификации врачей является приобретение ими новых теоретических знаний и совершенствование профессиональных умений и навыков, необходимых для оказания квалифицированной медицинской помощи в соответствии с занимаемой должностью и профилем учреждения, в котором они работают.

Оценивая работу профессорско-преподавательского коллектива кафедр факультетской и госпитальной хирургии медицинского факультета Бурятского государственного университета, при проведении сертификационного усовершенствования хирургов мы провели анонимный опрос курсантов в виде анкетирования по поставленным вопросам.

Для оценки мнения курсантов нами была разработана анкета по ряду показателей. В данном анкетировании приняли участия врачи-хирурги из г. Улан-Удэ и районов Республики Бурятия, проходившие обучения на курсах сертификаци-

онного усовершенствования. Количество лиц, принимавших участие в анкетировании, составило 62 человека.

Общий медицинский стаж работы, совпадал со стажем работы по специальности «хирургия». При этом до 5 лет — 6 врачей, от 6 до 20 лет — 30, от 21 до 30 лет — 13, от 31 до 40 лет — 10, свыше 40 лет — 3 врача-хирурга.

Из опрошенных анонимно слушателей установлено, что 55 (88,7 %) врачей-хирургов регулярно 1 раз в 5 лет повышают свою квалификацию по специальности, 7 — несвоевременно. Причиной нерегулярного обучения в 3 (42,8 %) ответах было отсутствие замены на рабочем месте, не отпускала администрация, в 2 (28,5 %) — не смогли выехать на обучение по семейным обстоятельствам, в 2 (28,5 %) — в виду малого стажа работы.

Оценивая удовлетворенность курсантов обучением, в 59 (95,1 %) анкетах были получены положительные ответы («Да»). В 3 (4,8 %) анкетах курсанты остались неудовлетворенными курсами повышения квалификации. Причиной неудовлетворительной оценки в 3 случаях было отмечено большое количество ненужной информации и устаревшие методики преподавания, в 1 отмечено отсутствие личного опыта авторов при той или иной патологии.

Характеризуя качество обучения и преподавания 54 (87 %) курсантов в целом остались довольным качеством преподавания (рис. 1).

Вместе с тем 25 (40,3 %) курсантов отметили, что полученные знания применимы на практике лишь в 50 % случаев. 37 (59,6 %) курсантов считают,

что полученные знания применимы в практической деятельности всегда. Основной причиной ограниченности применения знаний на практике участники опроса отметили слабость материально-технической базы своих медицинских учреждений, недоступность Интернета и некоторые другие.

Оценивая контроль за качеством преподавания, 60 (96,7 %) курсантов считают, что оно было адекватным, однако было отмечено много замечаний по тестированию курсантов. Так, 21 (33,8 %) опрошенный курсант отметил, что тесты составлены некорректно, 17 (27,4 %) утверждают, что в них много ненужных вопросов, не соответствующих специальности «хирургия», 8 (12,9 %) отметили недостаточное количество практических вопросов, а также то, что тестирование должно проводиться после каждого занятия.

Лишь 11 (17,7 %) курсантов положительно отзывались о тестах.

Анализируя дисциплину профессорско-преподавательского состава, 51 (82,2 %) курсант отметил хорошую дисциплину педагогов, 10 (16 %) — удовлетворительную. Оценивая дисциплину самих курсантов, оценку «хорошо» поставили 24 (38,7 %) курсанта, «удовлетворительно» — 33 (53,2 %), «неудовлетворительно» — 3 (4,8 %) слушателя (рис. 2).

Интересным для нас представились предложения и пожелания курсантов по совершенствованию последипломного сертификационного обучения. Среди них 10 (16 %) слушателей рекомендуют увеличение числа практических занятий, акцентирование внимание на освоение и закрепление

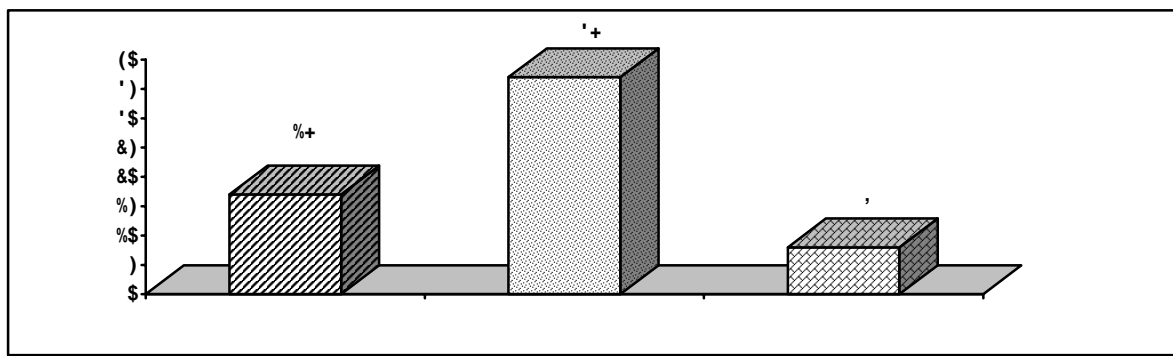


Рис. 1. Оценка качества преподавания курсантов.

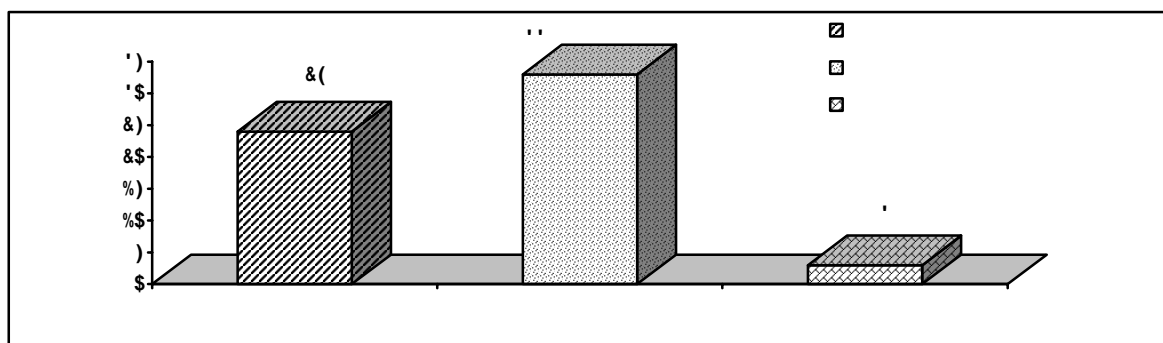


Рис. 2. Дисциплина курсантов.

практических навыков, 19 (30,6 %) — увеличение видео и фотоматериалов, 10 (16 %) — увеличение печатного информационного материала, 15 (24,1 %) — включение в цикл лекций и занятий тем узких хирургических специальностей (детская хирургия, реабилитация хирургических больных, эндоскопическая хирургия). 12 (19,3%) курсантов рекомендуют уменьшение количества слушателей в группах, 10 (16 %) — увеличение продолжительности сертификационного цикла, а 14 (22,5 %) считают, что обучение должно быть бесплатным.

Кроме того, были высказаны предложения по улучшению материально-технической базы своих ЛПУ, улучшение качественного состава преподавания, проведение тестирования после каждой пройденной темы, а также предварительное уведомление курсанта о теме лекции с целью того, чтобы и курсант и преподаватель приходили подготовленными к занятиям.

В качестве совершенствования подготовки курсантов 18 (29 %) предлагают проводить мастер-классы по актуальным вопросам хирургии.

Результаты этого опроса позволили нам обернуться, критично оценить мнение курсантов и наметить пути улучшения подготовки хирургов на сертификационном усовершенствовании.

Перед учреждением последипломного образования ставится задача не только повысить уровень теоретической подготовки по специальности, но также научить врача использовать полученные знания на практике. С целью более успешного освоения практических навыков должны организовываться совместные с преподавателями ночные дежурства курсантов, курация тематических больных, участие в диагностических и лечебных манипуляциях, ассистирование на операциях. У курсантов хирургических специальностей, которым невозможно доверить выполнение сложных операций, практикуется выполнение ими хирургических вмешательств на биологических манекенах. Каждый курсант должен сдать зачет по основным операциям и хирургическим доступам на кадаверах.

Думаем, наши слушатели высоко оценят такие занятия. Основные формы учебного процесса на кафедрах должны быть представлены не только лекциями, но обязательно семинарами и практическими занятиями (в том числе непосредственно у постели больного, в операционной). Врачи-курсанты должны принимать активное участие в научно-практических и патологоанатомических конференциях, утренних рапортах, проводимых профессорами. На этих семинарских занятиях отрабатывается умение врачей аргументировать правильный диагноз, выбирать адекватную тактику лечения больного. Ведь не случайно все клинические кафедры расположены в крупных клинических

больницах, которые по своей структуре являются многопрофильными. Это позволяет показать слушателям разнообразных больных, отличающихся как по нозологическим формам заболеваний, так и по степени тяжести болезни.

Для определения уровня знаний слушателей должны применяться следующие виды контроля:

1) выявление базисных знаний до начала обучения с целью своевременной коррекции учебного плана цикла;

2) рубежный контроль знаний после завершения изучения каждого раздела специальности с помощью тестовых программ, ситуационных задач и т.д.;

3) заключительный контроль знаний путем индивидуального собеседования и с использованием технических средств по специальным тестовым вопросам, составленным на основе унифицированной программы.

Такой методический подход к оценке знаний дисциплинирует слушателей, нацеливает их на систематическую работу с литературой, способствует повышению их активности.

Проведенный цикл последипломной подготовки свидетельствует о необходимости совершенствования методов подготовки.

Таким образом, система постдипломной подготовки врачей реализует концепцию непрерывного обучения специалистов. Реализация системы способствует поддержанию высокого профессионального уровня, освоению специалистами-медиками новых методов диагностики и лечения, ну и естественно, повторение имеющихся знаний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтман Н.Н. Система управления кадровыми ресурсами в здравоохранении (модель республики Коми): Автореф. ... дис. канд. мед. наук / Н.Н. Альтман. — М., 1998. — 23 с.
2. Есауленко И.Э. Рациональный выбор варианта программно-целевых мероприятий управления медицинским обслуживанием промышленно развитого региона на основе генетических алгоритмов / И.Э. Есауленко, И.Я. Львович, С.А. Малышенкова // Оптимизация и моделирование в автоматизированных системах: Межвуз. сб. науч. тр. — Воронеж, 1998. — С. 36—39.
3. Опыт повышения квалификации врачей в регионе / Фаустов А.С. [и др.] // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. — Воронеж, 1997. — № 2. — С. 45—47.
4. Петросян С.Л. Оптимизация управления региональным лечебно-диагностическим комплексом на основе интеграции медицинских и компьютерных технологий: Дис. ... докт. мед. наук / С.Л. Петросян. — Воронеж, 1998.

В.В. Помогоева, А.М. Плеханова

САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ И БОРЬБА ЗА «НОВЫЙ БЫТ» В БУРЯТИИ В 1920–30-Е ГОДЫ

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

В статье дана характеристика санитарного состояния и быта населения Бурятии в условиях политической, экономической, социальной и культурной трансформации в 1920–30 годы, показаны трудности санитарной культуры населения в эти годы, а также перспективы санитарно-просветительской работы на врачебном участке, методы и формы ее реализации.

Ключевые слова: санитарное просвещение, санитарная культура, трансформация общества, «новый быт»

SANITARY EDUCATION AND STRUGGLE FOR «A NEW LIFE» IN BURYATIYA IN 1920–30 YEARS

V.V. Nomogoeva, A.M. Plekhanova

Buryat State University, Ulan-Ude

In the article the characteristic of a sanitary condition and life of the population of Buryatiya under conditions of political, economic, social and cultural transformation in 1920–30th is given, difficulties of sanitary culture of the population these years, and also prospects of sanitary-educational work on a medical site, methods and forms of its realization are shown.

Key words: sanitary education, sanitary culture, transformation of a society, «a new life»

В Бурятии переустройство быта на новый лад составляло сложную и трудную задачу культурного строительства. Преобразования в быту осуществляются более медленно, чем экономические и социальные. Обычаи быта были особенно устойчивы и живучи в связи с традиционностью общества.

У бурят и эвенков преобладало в основном развитие традиционного типа хозяйства и культуры на основе полукочевого и кочевого скотоводства, когда производство во многих отношениях было неотделимо от домашнего быта и в значительной степени сохранялись патриархальные традиции, обычаи, нравы и привычки.

Русское население Бурятии в рассматриваемое время подвергалось социальной структуризации по индустриальному типу хозяйства и культуры: постепенно увеличивается промышленный рабочий класс, растет городское население, хотя в целом продолжает преобладать сельское население, занятое преимущественно земледелием, скотоводством и подсобными промыслами. При этом необходимо отметить существование в составе русского населения этнических групп, таких как семейские, с преобладанием в быту традиционного консерватизма.

На первом съезде Советов Бурят-Монгольской АССР (6–12 декабря 1923 г.) в отчетном докладе Революционного Комитета БМАССР его председатель М.Н. Ербанов отметил: «В отношении состояния народного здоровья наша республика находится в катастрофическом положении. Отсутствие в должном размере медицинских учреждений, средств на их оборудование, темнота и косность населения есть общие объективные условия, не дающие в должном размере развернуть деятельность Наркомздраву. Большинство населе-

ния, особенно семейское крестьянство и буряты, находятся в кабале у разного рода шарлатанов, знахарей и лам».

Нарком здравоохранения А.Т. Трубочеев поставил конкретные практические задачи, которые надо решать: «Состояние здоровья населения Буреспублики в целом и в большей степени зависит от невежественности, малокультурности и абсолютной санитарной безграмотности. Если санитарным просвещением нам удастся разрешить этот ужасный санитарный быт сельских граждан, если мы каждому такому гражданину сумеем втолковать и дадим осознать все необходимое для сохранения его здоровья, то мы сможем с уверенностью сказать, что в деле оздоровления населения мы сделали больше, чем постройка целой сети лечебных учреждений».

Важнейшая роль в деле «окультуривания масс» принадлежала санитарной пропаганде. Форпостом санитарного просвещения в СССР в 1920–30 годы были Дома санитарного просвещения, подведомственные Наркомздраву. Большая работа была проведена передвижным врачебно-обследовательским отрядом Российского общества Красного Креста (РОКК) и Народного комиссариата здравоохранения РСФСР. Медицинские работники отряда, не ограничиваясь стационарным лечением больных, оказывали медицинскую помощь и непосредственно на стойбищах эвенков. Например, сотрудниками РОККа в Баунтовской тайге с 15 июня 1925 г. по 15 января 1926 г. было совершено 120 выездов на стойбища эвенков из поселка Баунт. Врачи, кроме профилактики и лечения, вели также огромную разъяснительную работу среди населения по элементарным вопросам гигиены и санитарии.

Санитарное состояние (жилищное, коммунальное, школьное водоснабжение и т.д.) как в городе, так и на периферии находилось в безотрадном состоянии. В санитарной характеристике областного города Верхнеудинска этого периода необходимо отметить крайне затянувшийся жилищный кризис и коммунальную неблагоустроенность. Жилая обеспеченность на человека составляла 3,7 м². Не было ассенизационного обоза и хотя бы примитивной канализации, вследствие чего более половины нечистот из города не удалялись. Загрязнялась почва. Городское население не было обеспечено чистой питьевой водой. Город страдал от наносных песков. Зеленая площадь была недостаточной. Существовавшая коммунальная баня удовлетворяла не свыше 25 % населения. Постройка новой бани затягивалась.

Антисанитарное состояние города, в особенности жилищный кризис, грозили тяжелыми последствиями в связи с уплотнением (прибывающими рабочими и наплывом учащихся по подготовке кадров). Эта угроза была вполне реальна, т.к. город практически не выходил из полосы эпидемий. Следовало иметь в виду, что начинался приток бурятской молодежи, легко подвергающейся заболеванию туберкулезом в условиях города. Необходимы были срочные меры в отношении усиления жилищного строительства, чтобы ослабить опасность заболеваний туберкулезом.

В сельских местностях имелся ряд районов, где очень остро стоял вопрос с водоснабжением, например: Агинский, Аларский, Еравнинский. Жилищные условия отличаются чрезвычайной пестротой, на-

чиная от шалашей горных тунгусов и кочевых юрт восточных бурят до крестьянской избы. В массе своей жилища не были пригодны для проживания.

Наркомздрав республики и его санэпидотделы с первых дней своего существования стали считать профилактику и борьбу с острозаразными и социальными болезнями одной из важнейших задач медицинской службы республики.

В инструкции по реализации плана санитарно-просветительной работы на врачебном участке основными формами ее проведения предлагались: 1) проведение лекций и бесед; 2) организация вечеров вопросов и ответов; 3) выпуск стенгазет; 4) оборудование выставок и уголков здоровья в амбулаториях, избах-читальнях и красных уголках; 5) организация кружков санитарной грамоты и первой помощи; 6) организация конкурсов и соревнований на лучшее проведение санитарно-просветительной работы; 7) организация декадников чистоты и борьбы с заразными болезнями, участие в культ- и санпоходах. Примерная тематика предлагаемых бесед: «Как бороться с сыпным тифом», «Чистота и здоровье», «Какую пользу приносят предохранительные прививки», «Насекомые — враги человека», «Что такое санминимум и как он проводится». Проведение санитарно-просветительной и профилактической работы находилось под постоянным контролем Бурнаркомздрава. Сюда поступали сведения с мест, например в Верхнеудинском районе за июнь 1932 г. было проведено докладов — 2, бесед — 2, выставок — 2, занятий в кружках — 10, лекций — 5, вечеров вопросов и ответов — 10, обследований по жилищно-

Таблица 1
Санитарно-просветительная и профилактическая работа в районах республики в 1932 г.

АГЕА	А	ІЕА	FEА	НА	GA
АГЕА	А	ІЕА	FEА	НА	GA
АНЕА	А	НЕА	ІА	FA	FA
АІЕА	Е А	ІЕА	FGА	НА	GA
АІЕА	А	НЕА	FEА	GA	FA
АІЕА	А	ІІА	FEА	FA	FA
АІЕА	А	GIА	FEА	FA	FA
АІЕА	А	FEА	FA	.А	.А
АJЕА	А	НЕА	ІА	FA	FA
FEЕА	А	ІЕА	FEА	GA	GA
FFЕА	А	НЕА	ІА	FA	FA
FGЕА	Е А	FEА	FA	.А	.А
FHEА	А	ІЕА	FEА	НА	FA
FIEА	А	HIА	FEА	НА	FA
FIEА	А	ІЕА	FEА	FA	GA
FIEА	Е А	ІЕА	FEА	FA	GA
AAAA	А	ІЕІА	FHHA	GIА	GEА

коммунальному надзору — 2, пищевых предприятий — 4, источников водоснабжений — 1, яслей — 11. Всего за 1932 г. по республике был проведен следующий объем санитарно-просветительной и профилактической работы (табл. 1).

Наряду с санитарно-просветительной работой проводились профилактические мероприятия по борьбе с эпидемиями. В этом направлении в плане, утвержденном на заседании чрезвычайной комиссии от 11.11.32 по Селенгинскому аймаку предусматривалось:

1. Устроить бани и вошебойки в каждом колхозе, сельсовете, племхозе, новостройках и на пунктах проезжих дорог. Срок выполнения 5 дней. Отв. — председатели сельсоветов и колхозов.

2. Во всех колхозах и других местах, где будут выстроены жаровые камеры, выделить особых лиц (дезинфекторов для работы в вошебойках). Отв. — председатели сельсоветов и колхозов.

3. Провести специальное эпидемическое совещание с председателями сельсоветов и председателями колхозов.

Вопросы формирования нового быта занимали значительную часть в культурно-просветительной работе. В деревне и улусе основным ее проводником являлась изба-читальня. Под влиянием ее работы начинают развиваться новые формы быта, красные свадьбы, происходит уменьшение калымов и т.д. В отдельных деревнях и улусах замечаются новые развлечения, красные вечеринки, постановки, новые игры, такие как шахматы и футбол.

В работе избы-читальни большую роль уделяли работе с молодежью. В 1927 г. Наркомпрос БМАССР обследовал 8 изб-читален Боханского и Верхнеудинского аймаков. Было отмечено, «что неплохо поставлено это дело в Осинской изб-читальне, где избач сумел организовать досуг молодежи, так, что некогда хулиганское село Оса стало спокойным селом. Избач ввел форму — посиделки, при которой, часть избы-читальни была предоставлена девушкам, для совместного выполнения работы по рукоделию. Они работают, поют, охотно слушают чтения или рассказы. Сюда же приходят парни играть в шашки, шахматы. Так формируется коллектив слушателей. В других избах-читальнях это дело поставлено слабо. Каждый вечер они заполнены народом, который избачи не могут занять делом. В избах-читальнях отсутствуют настольные игры. Избяной актив и сам избач сидят где-нибудь в другой комнате и выходят только тогда, когда надо «навести порядок, чтобы не шумели». Вечеринки, организуемые в избах-читальнях, проводятся без подготовки, актив превращается в простых зрителей, и она проходит скучно или принимает характер обычных деревенских вечеров».

Советские праздники, проведение которых становится все более популярным, начинают постепенно влиять на население. Обследование Наркомпросом БМАССР политико-просветительных учреждений в Агинском аймаке показало следующее: «В Харашибирской избе-читальне в ходе проведения Октябрьских торжеств 7 ноября было

устроено торжественное собрание, на котором присутствовало 150 человек. Женщины пришли в праздничных костюмах. В дни празднования была устроена столовая для собравшейся публики. Были также устроены пешие бега. Всем присутствующим на празднике были вручены подарки конфетами в честь Октябрьской революции».

В деревнях и улусах в честь революционных праздников советскими и партийными учреждениями и организациями устраиваются демонстрации, в которых активное участие принимает население.

Одним из основных направлений деятельности избы-читальни являлась работа по санитарному просвещению. В проведении бесед, докладов, лекций принимают участие местные медицинские силы. Помимо этого практикуются художественные постановки и агитсуды. В письменном отчете инспектор по политпросвету Боханского аймака сообщает: «за отчетное время по аймаку проведено 29 санбесед, 21 доклад, 6 агитпостановок и агитсудов, 4 санитарных выставки. Большинство бесед и докладов были проведены по вопросам Охраны материнства и младенчества, о туберкулезе, о венерических заболеваниях с демонстрацией плакатов «Борьба с сифилисом», «Борьба с калымом», «Борьба с шаманизмом», которые были отправлены на места по линии Буручкама».

В переходе на новый быт очень важную роль играло женское движение. Массовой формой организации женщин стали делегатские собрания, большую роль играла индивидуальная агитация. В районах с кочевым и полукочевым населением был введен передвижной метод работы женорганизаторов, создавались передвижные красные юрты и дома буряток.

В июле 1926 г. были введены в качестве опыта в двух аймаках (Агинском и Хоринском) кочевые организаторы, которые проводили разъездную работу, проводили беседы, собрания, вели работу среди женщин, которая сопровождалась мероприятиями практической помощи — по домоводству, санитарии, гигиене. Опыт их работы дал положительный результат. Поэтому, в ноябре 1926 г. всех хошорганов среди женщин в кочевых районах, к которым относилось 6 аймаков, перевели в кочевые организаторы. Кроме того, окончивших 3-месячные курсы буряток-восточниц, в количестве 10 человек назначили кочевыми организаторами в качестве практикантов.

Работа кочевого организатора заключалась в оказании практической помощи в области сельского хозяйства, домоводства. Они работали в течение 6 месяцев, на этой работе использовались в основном курсантки различных образовательных учреждений. Ими проводилась работа в форме бесед по программе делегатского собрания и по определенной программе по домоводству, куда входило обучение практической работе — выпечка хлеба, стирка белья, уход за детьми, уборка жилища, гигиена тела, мытье посуды, беседы по животноводству и т.д.

В 1927 г. были организованы передвижные женские красные юрты в Хоринском, Агинском,

Верхнеудинском и Троицкосавском аймаках. 15 июня 1927 г. в Агинском аймаке для более систематической и углубленной работы среди женщин был организован «Дом бурятки».

Кроме названных форм работы применялись и другие — делегатские собрания и улусные районные массовые женские собрания, красные поляны, а также — индивидуальная агитация — беседы по юртам.

Основной задачей красных женских юрт являлся охват воспитательной работой отсталых слоев кочевниц, через наиболее приспособленные формы и методы работы, которые соответствовали передвижному характеру жизни кочевого населения. Работа ее строилась на проведении мероприятий практической помощи (демонстрация работы швейной машины, сепаратора, выпечка хлеба в русской печи, стирка белья, медконсультация). Обучение женщин в красной юрте практическим навыкам являлось основой освещения роли той практической работы в юрте в деле переустройства улуса на новых началах.

Средства на содержание юрт в основном шли из госбюджета по линии Главполитпросвета. Так, в 1927 — 28 гг. финансирование трех красных юрт было проведено по госбюджету, только Хоринская юрта была проведена по областному бюджету. Штаты юрт состоят из двух работников — заведующей юртой и медработника (зав. медконсультацией). Что касается оборудования, то Агинская имеет собственную войлочную, другие нанимают у населения за неимением в продаже. В юртах поставлены русские печи, примитивные прачечные, швейные машинки, сепаратор, медицинские предметы для проведения консультаций. При Агинской и Верхнеудинской юртах организованы детские ясли.

Форму систематической и стационарной работы среди женщин кочевого населения приобрели «Дома бурятки». Так в Агинском аймаке были организованы опытные 4-месячные курсы на 20 человек с объемом 300 ч. Основными предметами являлись — естествознание (сельскохозяйственное и животноводческое хозяйство), обществоведение, санитария и гигиена, математика, география. Преподавателями являются местные учителя и курсанты Бурпедтехникума и Рабфака. Занятия проводятся исключительно на родном языке. Кроме учебных занятий проводится и клубная работа, организованы кружки домоводства, ликвидации неграмотности, пения, юридическо-бытовые, рукоделия.

Особую форму работы в среде женского кочевого населения приобрело проведение делегатских собраний, программа которых была рассчитана на проведение 7 — 9 бесед. Делегатские собрания были созданы при всех комячейках в кочевых районах. Кочевые условия проживания создавали трудности для усвоения программы, однако в совокупности с другими формами просвещения делегатские собрания решали определенные задачи.

Шестой съезд Советов БМАССР, открывшийся 22 декабря 1934 г., подводя итоги роста здравоохранения за 10 лет существования республики, отметил, что благодаря успешному развитию медико-

санитарного дела было достигнуто значительное улучшение санитарного состояния населения. Об этом свидетельствовало снижение детских инфекционных болезней, трахомы, туберкулеза и значительное улучшение показателей естественного движения населения. Если в 1924 г. рождаемость бурятского населения составляла 16,4 на 1000 человек, то к 1934 г. она повысилась до 31. Естественный прирост населения за этот период увеличился с 3,7 до 15,5 на 1000 человек.

В течение 1935 — 36 гг. предполагалось обеспечить все аймаки санитарными инспекторами, форсировать строительство бань, дезокамер и дезопроекторов на каждом предприятии, в совхозе, МТС и колхозе. Наркомздраву предлагалось усилить борьбу с социальными болезнями, точнее их профилактику и повысить санитарную культуру населения. Подготовку санитарных инспекторов-уполномоченных намечалось производить из самих трудящихся, и, прежде всего колхозников. На борьбу за повышение санитарной культуры необходимо было мобилизовать прежде всего сельскую и улусную общественность. Во время культпохода в июне 1935 г. ведущей формой стал месячник санитарии. В аймаках, селах и улусах работой руководили созданные санитарные штабы. В ходе месячника проверялась деятельность социально-бытовых секций сельских, сомонных и булучных Советов. Во многих аймаках закладывались сады и палисадники, строились спортивные сооружения и площадки. В отсталых аймаках в быт внедрялись современные предметы санитарии и гигиены, строились бани, уборные и т.д.

Для проверки санитарного состояния сел и улусов, полевых станов и ферм, дворов и квартир колхозников создавались отряды «легкой санитарной кавалерии». Медицинские работники и активисты санитарных бригад обучали колхозниц навыкам личной и домашней санитарии и гигиены. Организовывались пионерские лагеря, летние и детские площадки. Значительной была работа комсомольцев и пионеров.

Санитарно-просветительная работа среди трудящихся велась санитарными уполномоченными в колхозах и МТС. Успех санитарно-гигиенического просвещения населения напрямую зависел от фронтального участия в этой работе всех учреждений культуры. Проблемы здравоохранения широко освещались в печати. Например, в газете «Бурят-Монгольская правда» публиковались статьи: «Задачи медработников в посевной 1936 года», «Больница без врачей», «Районная кумысолечебница» и т.д.

Разносторонняя оздоровительная и санитарно-просветительная работа среди населения Бурятии, проведенная медицинскими работниками, всей общественностью к концу 1930-х годов дала значительные результаты. В постановке дела здравоохранения республика вышла на уровень средних показателей по РСФСР. Резко была снижена смертность, заметно сократилась заболеваемость социально опасными болезнями, повысилась рождаемость, особенно коренного населения.

Л.С. Перепанова

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СНИЖЕНИЯ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

*Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Республиканский медицинский информационно-аналитический центр (Улан-Удэ)*

Представлены результаты собственного исследования динамики и структуры младенческой смертности в Республике Бурятия за 19-летний период (1990–2008 г.) и экономической эффективности работы здравоохранения и службы ОЗМуП при снижении младенческой смертности.

Ключевые слова: *младенцы, младенческая смертность, экономическая эффективность*

ECONOMICAL EFFICIENCY OF INFANTILE DEATH RATE DECREASE IN BURYATIYA REPUBLIC

L.S. Perepanova

*Buriat State University, Ulan-Ude
Republic Medical Center of Information and Analysis, Ulan-Ude*

Results of own research of dynamics and structure of infantile death rate in Republic Buryatiya for the 19-years period (1990–2008) and economic efficiency of work of public health services and service of mother and child's health care at decrease of infantile death rate are submitted.

Key words: *babies, infantile death rate, economic efficiency*

Многими отечественными и зарубежными учеными младенческая смертность отнесена к надежным и объективным критериям социально-экономического и культурного благополучия общества. Академик А.А. Баранов считает, что она характеризует эффективность социальной политики в стране. По мнению профессора В.П. Кричагина (1996) перед здравоохранением стоит две задачи, которые так или иначе отражаются в экономической и социальной политике: первая – достижение достаточности финансовых ресурсов для выполнения программ медицинской помощи в соответствии с обоснованными потребностями населения; вторая – повышение эффективности и качества работы системы здравоохранения. Эффективность здравоохранения рассматривается как отношение результата к затратам. Сокращение младенческой смертности является одной из важнейших составляющих, характеризующих эффективность работы системы здравоохранения.

Динамика младенческой смертности в Республике Бурятия нами исследована за длительный 19-летний период с 1990 по 2008 г., на который выпали 90-е годы, период изменения социально-экономических отношений в стране. За исследуе-

мый период анализу подвергнуты все случаи смерти детей первого года жизни, случаи перинатальной смертности, официальные формы статистических отчетов медицинских учреждений (МУ) районов и городов Республики Бурятия, годовые отчеты и объяснительные записки по итогам работы детского отделения ГУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко», ГУЗ «Детская республиканская клиническая больница», ГУЗ «Республиканский перинатальный центр», ЦРБ и муниципальных учреждений Управления здравоохранения Администрации г. Улан-Удэ. Статистически достоверная динамика средних трехлетних показателей и темпов изменения младенческой смертности в республике представлена в таблице 1.

Из представленных в таблице 1 усредненных трехлетних показателей младенческой смертности видно, что за исследуемый период наиболее высокий уровень младенческой смертности отмечался в 1990 – 1992 гг. В период проведения социально-экономических реформ и либерализации экономики темпы ее снижения составляли 4,3 и 8,3 %. Сохранению положительной динамики в этот сложный период способствовало проведение медико-организационных мероприятий,

Таблица 1

Динамика средних показателей и темпов изменения младенческой смертности в Республике Бурятия за 1990–2008 г.

Год	Средний показатель	Темп изменения	Средний показатель	Темп изменения	Средний показатель	Темп изменения	Средний показатель	Темп изменения
1990	14,5	-	14,5	-	14,5	-	14,5	-
1991	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0
1992	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0
1993	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0
1994	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0
1995	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0
1996	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0
1997	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0
1998	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0
1999	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0
2000	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0
2001	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0
2002	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0
2003	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0
2004	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0
2005	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0
2006	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0
2007	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0
2008	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0	14,5	0,0

Примечание: $p < 0,05$.

разработанных Министерством здравоохранения Республики Бурятия. После финансового дефолта в стране при значительном росте безработицы и обнищании большинства населения в 1999 – 2001 гг. в республике зарегистрирован подъем среднего трехлетнего показателя младенческой смертности на 11,5 % ($p < 0,05$) по сравнению с предыдущим периодом. С улучшением социально-экономического положения населения в 2002 – 2004 гг. темпы снижения младенческой смертности в республике возросли и составили 20,1 %, в 2005 – 2007 гг. – 17 %. Снижение младенческой смертности в 2006 – 2008 гг. обусловлено ее значительным понижением как в г. Улан-Удэ (на 38,7 %), так и в сельских районах (на 24,9 %). Значительное снижение показателя по предварительным данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Бурятия до 8,6 ‰ зарегистрировано в 2008 г. За 12 месяцев 2008 г. в абсолютных числах умерли 139 детей в возрасте до 1 года, при этом достигнуто значительное сближение показателей Российской Федерации и Республики Бурятия (РФ по предварительным данным 2008 г. – 8,5 ‰). Различие в 1990 г. составляло 12,1 ‰, а в 2008 г. уменьшилось до 1,2 ‰. Положительное влияние на снижение показателя младенческой смертности оказала государственная поддержка здравоохранения в рамках реализации национального проекта «Здоровье», за счет которого в 2006 – 2008 гг. из федерального бюджета в здравоохранение республики дополнительно вложено 1694,844 млн. рублей. При положительной динамике снижения младенческой смертности проведен анализ ее основных причин, которые представлены в таблице 2.

Из приведенных данных видно, что за 19-летний период младенческая смертность от отдельных состояний и заболеваний, возникающих в перинатальном периоде уменьшилась в 2,4 раза, болезней органов дыхания – в 8 раз, инфекционных заболеваний – в 8,5 раз, болезней системы пищеварения – в 3 раза, несчастных случаев, травм и отравлений – на 23,1 %. Снижение младенческой смертности в республике достигнуто в результате интенсивного развития педиатрической службы, специализированной медицинской помощи, со-

вершенствования медицинской генетики, функциональной диагностики, внедрения ультразвукового сканирования головного мозга и внутренних органов, компьютерной и магнитно-резонансной томографии в педиатрии, иммунологии, большой работой по повышению квалификации кадров педиатров на выездных циклах, проводимых ведущими педиатрическими кафедрами федеральных центров, организацией в республике научной базы педиатрической службы, внедрением новых организационных форм работы в службе охраны здоровья матери и ребенка, улучшением материально-технической базы педиатрической службы с созданием консультативно-диагностического центра на базе ГУЗ «Детская республиканская клиническая больница» и открытием стационарных отделений, внедрением современных методов лечения, новых лекарственных препаратов, повышением охвата детей иммунопрофилактикой инфекционных заболеваний. Менее значимая положительная динамика (14,3 %) достигнута в снижении смертности, обусловленной врожденными и наследственными заболеваниями. Снижение младенческой смертности от эндогенных причин является более сложной задачей, связано с качеством здоровья населения в республике, которое требует научных исследований, объединения усилий различных специалистов. Нами проведена оценка экономического эффекта сохранения жизни ребенка в республике, которая определяется суммой произведенного дохода в течение трудоспособной жизни за вычетом социальных расходов (охрана здоровья, образование и т.д.) по формуле:

$$\Xi = 0,5 \Delta \Delta / P \Delta (t_n - t_r) - \Phi / H \Delta (t_r - t_o),$$

где Ξ – экономический эффект сохранения жизни ребенка (руб.), 0,5 – доля стоимости прибавочного продукта в национальном доходе, Δ – национальный доход, P – численность работающего населения (человек), t_n – средний возраст выбытия из трудовой деятельности (лет), t_r – средний возраст вступления в трудовую деятельность (лет), t_o – средняя продолжительность после окончания трудовой деятельности (лет), $(t_n - t_r)$ – трудовой период жизни (лет), $(t_r - t_o)$ – нетрудовой период жизни, Φ – фонд социальной сферы (ранее

Таблица 2
Структура основных причин младенческой смертности в Республике Бурятия за 1990–2008 гг. по средним трехлетним показателям (%)

	% - - \$E% - - &	% - - * E% - -)	% - - * E% - - ,	% - - - E&\$%'	&\$&E&\$\$(&\$&E&\$\$(&\$&, '
А	ТЭА	ТЭА	ТЭА	ТЭА	ТЭА	ТЭА	ТЭА
А	ГЭА	ГЭА	ГЭА	ГЭА	ГЭА	ГЭА	ГЭА
А	ФЭА	ФЭА	ФЭА	ФЭА	ФЭА	ФЭА	ФЭА
А	НЭА	НЭА	НЭА	НЭА	НЭА	НЭА	НЭА
А	ФЭА	ФЭА	ФЭА	ФЭА	ФЭА	ФЭА	ФЭА
А	€НА	€НА	€НА	€НА	€НА	€НА	€НА

Примечание: $p < 0,05$.

общественные фонды потребления), Н — общая численность населения (человек).

Использованы утвержденные данные социально-экономического развития по Республике Бурятия за 2004 г. Внутренний валовый региональный продукт в Республике Бурятия составил 64826,0 млн. рублей, среднегодовая численность постоянного населения 966212 человек, в том числе экономически активного населения 456000 человек. Нетрудовой период включал возраст вступления в трудовую деятельность и ожидаемую продолжительность жизни мужчин и женщин — в среднем 18 лет. Фонд социальной сферы 3269,2 млн. рублей, в том числе расходы на образование 1588,7 млн. рублей, здравоохранение, физкультуру и спорт 924,4 млн. рублей, культуру 208,3 млн. рублей, социальную помощь 547,8 млн. рублей. Исходя

из приведенных данных, экономический эффект спасения жизни ребенка в республике составил 2,599 млн. рублей или 2,6 млн. рублей.

С учетом полученных данных сохранение жизни одного ребенка в условиях Республики Бурятия позволяет получить экономический эффект 2,6 млн. рублей. Снижение младенческой смертности в 2008 г. по сравнению с 1990 г. с 19,5 ‰ до 8,6 ‰ позволило уменьшить число умерших детей в возрасте до одного года на 242 ребенка. Исходя из полученных нами данных, экономический эффект спасения жизни 242 детей составил 629,2 млн. рублей. Таким образом, снижение младенческой смертности в республике, наряду с положительным влиянием на социальные и демографические процессы, обладает высоким экономическим эффектом.

Сведения об авторах:

Перепанова Лариса Сергеевна — заместитель начальника отдела аналитического и стратегического планирования Республиканского медицинского информационно-аналитического центра Минздрава РБ, кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры акушерства с курсом педиатрии БГУ (зав. И.Б. Фаткулина)/

С.В. Цыремпилов, С.Ц. Будаева

СОХРАНЕНИЕ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА – ОСНОВА БЛАГОПОЛУЧИЯ ГОСУДАРСТВА*Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Улан-Удэнский авиационный завод (Улан-Удэ)**В статье приводится анализ профессиональной и общей заболеваемости среди работников Улан-Удэнского авиационного завода за 2006 г.***Ключевые слова:** профессиональная заболеваемость, авиационного завода**PRESERVATION OF LABOUR POTENTIAL IS THE BASIS OF STATE'S PROSPERITY**

S.V. Tsirempilov, S.Ts. Budaeva

*Buriat State University, Ulan-Ude
Aircraft Plant of Ulan-Ude, Ulan-Ude**In this review analysis of occupational and general morbidity has been performed among the workers of the Ulan-Ude aviation plant during 2006 has been carried out.***Key words:** occupational morbidity, aviation plant

Высокий уровень здоровья нации – основная цель существования развитого государства, и главная мера его эффективности [10, 11]. На сегодня состояние здоровья работающих россиян неудовлетворительное [3, 6]. Это происходит на фоне быстрого сокращения населения, приводящей к дефициту трудовых резервов и грозящей перейти в системный государственный кризис в результате которого, по словам академика Е.М. Примакова «... мы можем потерять Россию.» [8]. В данных условиях, сохранение здоровья работников и продление профессионального долголетия становится приоритетной государственной задачей, определяющей существование государства [1]. Сегодня в России проводятся в жизнь национальные проекты, направленные на улучшение жизни и здоровья россиян и особый акцент в них, сохранению здоровья работающих [7]. Вместе с тем результативность оздоровительной политики государства невозможна без создания в стране новой идеологии оздоровления, формирующей отношение россиян к здоровью как к самому важному в жизни, как к непреходящей ценности [4, 10]. Но как показывают результаты социологических опросов, россияне придают недостаточное значение состоянию своего здоровья, с легкостью отказываясь от доступных и эффективных механизмов улучшения здоровья [9, 13]. Следовательно, государство обязано создать мотивированную потребность граждан к сохранению своего здоровья. При этом российскому обществу необходима «здоровоцентристкая» парадигма развития системы здравоохранения, подразумевающая именно охрану здоровья человека и нации в отличие от нынешней, ориентированной, главным образом на борьбу с возникшими заболеваниями. Главной целью должно стать не лечение болезней, а недопущение человека до болезненного состояния путем активного восстановления его резервов, обеспечивающих здоровье. Исходя из этого, необходимо

создание механизма управления компенсаторными возможностями организма. Речь идет в частности об упреждающей профилактике, когда в отличие от принятого в настоящее время диспансерного наблюдения не только диагностируется болезнь, но и определяется уровень здоровья в сочетании с прогнозом его снижения в зависимости от конкретной производственной деятельности, также определяется тактика восстановления утраченного или сниженного уровня здоровья. Посредством проведения данного комплекса мер, возможно, поддержание оптимального уровня здоровья и соответственно увеличение периода трудоспособности. Настоящее утверждение доказано на примере феномена, присущего именно производственным условиям, и получившего название «эффекта здорового рабочего». Сущность феномена заключается в отборе по признакам здоровья при приеме на работу, а также при периодических обследованиях и самоотборе в процессе трудовой деятельности (12). Таким образом, одним из путей решения проблемы повышения уровня здоровья работающих является продление профессионального долголетия, путем наблюдения, оценки и управления резервными возможностями организма, основываясь на «здоровоцентристкой» модели развития.

Целью первоначального этапа нашей работы было, оценить состояние здоровья рабочих Улан-Удэнского авиационного завода (УУАЗ), работающих во вредных условиях труда.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования проводили на УУАЗ, среди работающих во вредных условиях труда. Состояние здоровья рабочих оценивалось по итогам проведения ежегодного мед. осмотра в поликлинике №4 г. Улан-Удэ в декабре 2006 и 2007 г. Осмотр проведен врачами-специалистами. Проведены необходимые параклинические исследования. Обь-

ем исследований определен на основании приказа № 90. МЗ МП РФ от 14.03.1996 г.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований за 2006 г. показали, что подлежало медицинскому осмотру — 1382 чел., осмотрено — 1247 чел., не прошли мед. осмотр - 135 чел - 9,8%. По итогам медицинского осмотра:

- € выявлено случаев профессиональных заболеваний:

- € вследствие вибрации (вибрационная болезнь) — у 35 чел., в т.ч. впервые выявлено у 19 чел.;

- € вследствие повышенного уровня шума (нейросенсорная тугоухость) — у 26 чел., в т.ч. впервые 20 случаев;

- € в дообследовании для уточнения диагноза профессионального заболевания нуждается 34 человека;

- € рекомендуется трудоустройство 42 рабочим, временное трудоустройство в связи с беременностью 2 работницам.

Количество человек, занятых на виброопасных производствах — 151, на производствах с повышенным уровнем шума — 137 чел.

Показатели общей заболеваемости по классам заболеваний представлены в таблице.

Таблица
Показатели общей заболеваемости по классам заболеваний

А А	НІ €
А А А	Н І А
Е А	Н € А
А АА	Г F А
А А А	F І А
А А	F G А
А А	F G А
А А	Г І А
А А А	Г І А
А А А В А А	Г Н А
А Е А А	І €
А А	Н А
А А	І А

Установлено, что ведущей нозологической формой среди профессиональных заболеваний является вибрационная болезнь (57 %), второе место занимает нейросенсорная тугоухость вследствие повышенного уровня шума (43%). Среди общесоматической патологии ведущее место занимают заболевания ССС, затем нервные заболевания и заболевания лор-органов. По итогам мед. осмотра за 2007 г. достоверно изменений не произошло.

ВЫВОДЫ

1. Наличие 135 людей (10 %) не прошедших мед. осмотр свидетельствует о недостаточной санитарно-гигиенической просвещенности рабочих УУАЗ и отсутствии у рабочих мотивации к сохранению своего здоровья и продлению профессионального долголетия.

2. Определение 2-х нозологических форм профессиональных заболеваний, вступает в противоречие с фактом наличия большого количества профессиональных вредностей, имеющих выраженное патогенное действие на организм и их длительной экспозицией у подавляющего большинства осматриваемых рабочих. Косвенно это подтверждают показатели общей заболеваемости.

3. Количество лиц заболевших вибрационной болезнью по отношению к количеству людей, занятых на виброопасных производствах, составляет 20 %, что существенно ниже (62 %) региональных показателей приводимых Ангарским НИИ медицины труда (6).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нужно повысить квалификацию врачей по профпатологии. Необходимы научные исследования, условий труда с определением времени экспозиции патогенов, с последующей аттестацией рабочих мест, целенаправленные скрининговые исследования в группах, объединенных по виду и степени профвредности, разработка новых методов лечения и профилактики профзаболеваемости и реабилитации пострадавших.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дьякович М.П. Гигиенические и социально-психологические основы оценки качества трудового потенциала промышленных предприятий: Автореф. дис.... докт. биол. наук / М.П. Дьякович. — Иркутск, 2004. — 40 с.
2. Измеров Н.Ф. Профессиональные болезни / Н.Ф. Измеров. — М.: Медицина, 1996. — Т. 1 — 2.
3. Ильницкий А.И. Первичная профилактика рака в России: возможности и реальность / А.И. Ильницкий // Русский врач. — 2003. — № 10. — С. 4—8.
4. Капица С.П. Почему мельчают гении / С.П. Капица // Российская газета. — 2006. — № 1 — С. 14.
5. Наумова Т.М. Новые требования по осуществлению санитарно-эпидемиологического надзора за предприятиями и организациями: Методическое руководство / Т.М. Наумова. — Л., 1996. — С. 3—5.
6. Панков В.А. Современные проблемы гигиены труда и формирования здоровья работающих в ведущих отраслях промышленности Восточной Сибири / В.А. Панков, В.С. Рукавишников, С.Ф. Шаяхметов // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2000. — С. 5—9.
7. Приказ о реализации постановления правительства РФ от 31.12.2005 г. № 876 «О Порядке финансового обеспечения в 2006 году расходов на оплату услуг по дополнительной диспансеризации»

работающих граждан и оказанной им первичной медико-санитарной помощи за счет средств, перечисленных из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования Фонду социального страхования РФ» / Российская газета. — 2006. — № 120. — С. 20–21.

8. Примаков Е.М. Нам нужны стабильность и безопасность / Е.М. Примаков // Российская газета. — 2006. — № 8. — С. 10.

9. Равдугина Т.Г. Надо избавляться от стереотипов / Т.Г. Равдугина // Медицинский вестник. — 2006. — № 40.

10. Разумов А.Н. Здоровье здорового человека / А.Н. Разумов, В.А. Пономаренко, В.А. Пискунов. — М.: Медицина, 1996. — 413 с.

11. Сидоренко Г.И. Эколого-гигиенические проблемы исследования иммунного статуса организма и популяции / Г.И. Сидоренко, М.П. Захарченко, В.Г. Морозов и др. — М.: Промедэк, 1992. — 103 с.

12. Смулевич В.Б. Профессия и рак / В.Б. Смулевич. — М.: Медицина, 2000. — 384 с.

13. Туров И.С. Ни себе, ни детям / И.С. Туров // Российская газета. — 2005. — № 296. — С. 5.

Сведения об авторах:

С.В. Цырепиллов. E-mail: tsyrepilov@yandex.ru, тел. 8(3012) 448255, +79243913892.

М.М. Янгутова, Б.С. Балханов, Т.В. Раднаева

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, КАК ВАЖНЫЙ ФАКТОР СНИЖЕНИЯ ИВАЛИДИЗАЦИИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Детский городской аллергологический лечебно-реабилитационный центр (Улан-Удэ)

Аллергические заболевания, такие как бронхиальная астма, atopический дерматит, при отсутствии адекватного лечения неуклонно прогрессируют, нарастает тяжесть их клинических и функциональных проявлений, что нередко приводит ребенка к ранней инвалидизации и может явиться причиной угрожаемых для жизни состояний.

Ключевые слова: *аллергические заболевания, бронхиальная астма, atopический дерматит*

THE IMPROVEMENT OF CHILDREN ALLERGIC SERVICE AS A FACTOR OF DECREASE OF CHILDREN DISABILITY

M.M. Janguтова, B.S. Balhanov, T.V. Radnaeva

Children State Allergic Treatment-and-rehabilitation Center, Ulan-Ude

Allergic illnesses like bronchial asthma and atopic dermatitis without necessary cure will progress, it's clinical and functional displays will be worse. All this can make a child become a disabled person and can be a reason of dangerous for life conditions.

Key words: *allergic illnesses, bronchial asthma, atopic dermatitis*

Аллергические заболевания, такие как бронхиальная астма, atopический дерматит, при отсутствии адекватного лечения неуклонно прогрессируют, нарастает тяжесть их клинических и функциональных проявлений, что нередко приводит ребенка к ранней инвалидизации и может явиться причиной угрожаемых для жизни состояний.

Бронхиальная астма — наиболее частая причина инвалидности при хронических неспецифических заболеваниях легких у детей. В Российской Федерации признано инвалидами в связи с бронхиальной астмой более 32 тыс. детей и подростков. По данным национальной программы «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика» на долю бронхиальной астмы среди других инвалидирующих форм хронических заболеваний легких приходится более 90 %, при этом удельный вес инвалидности от бронхиальной астмы в структуре детской инвалидности составляет 4,2 %.

Эпидемиологическая статистика инвалидности в детском возрасте вследствие аллергических заболеваний необходима для принятия адекватных управленческих решений и разработки предложений по улучшению медико-социальной помощи детям-инвалидам и для решения вопросов по улуч-

шению качества оказания специализированной помощи детям с аллергическими заболеваниями.

Цель исследования — оценка динамики инвалидности у детей вследствие аллергических заболеваний, проживающих в г. Улан-Удэ за период с 2003 — 2007 гг.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ данных специализированного педиатрического бюро МСЭ по г. Улан-Удэ за период 2003 — 2007 гг. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Primer of Biostatistics, Version 4.03.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Статистическое изучение инвалидности по поводу аллергических заболеваний было осуществлено во всех административных районах города Улан-Удэ.

Улан-Удэнское педиатрическое бюро МСЭ — учреждение МСЭ общего профиля осуществляет медико-социальную экспертизу детского населения, проживающего в г. Улан-Удэ.

На 01.01.2008 г. общая численность детского населения г. Улан-Удэ составила 87 156 детей в воз-

Детская инвалидность по г. Улан-Удэ у детей в возрасте от 0 до 17 лет

Таблица 1

	Итого	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки
Всего	112	62	50	62	50
Астма	42	22	20	22	20
Дерматит	38	20	18	20	18
Другие	32	20	12	20	12

расте от 0 до 17 лет. Количество детей-инвалидов по г. Улан-Удэ — 1 349 детей, что составило 154,78 на 10 тыс. детского населения (табл. 1).

Показатель первичной инвалидности среди детского населения г. Улан-Удэ составил 26,27 на 10 тыс. детского населения (табл. 2).

В последние годы на территории г. Улан-Удэ отмечается тенденция к уменьшению числа детей, впервые признанных инвалидами за анализируемый период. Снизилось как абсолютное количество детей впервые признанных инвалидами (268 детей в 2003 г. и 229 детей — в 2007 г.), так и показатель на 10 тыс. детского населения (с 33,96 до 26,27).

Показатели первичной инвалидности детского населения г. Улан-Удэ в сравнении с аналогичными показателями по Российской Федерации в 2003 — 2007 гг. представлены в таблице 3.

В ходе исследования был проведен анализ инвалидности вследствие аллергических заболеваний среди детского населения г. Улан-Удэ, проанализированы материалы педиатрического бюро МСЭ — акты освидетельствования больных, статистические талоны, годовые отчеты за период с 2003 по 2007 гг. установлено следующее.

В г. Улан-Удэ, как и по стране в целом, отмечается рост аллергических заболеваний среди детского населения. Так, заболеваемость бронхиальной астмой в 2003 г. составила 1,01 на 1 тыс. детского населения города (884 ребенка), а в 2007 г. — 1,84 на 1 тыс. детского населения (991 ребенок). Забо-

леваемость бронхиальной астмой увеличилась за анализируемый период на 76,8 %. Заболеваемость атопическим дерматитом за соответствующий период, также увеличилась с 14,76 на 1 тыс. детского населения в 2003 г. до 19,7 на 1 тыс. детского населения в 2007 г. (+ 33,7 %).

На фоне общего роста заболеваемости аллергическими заболеваниями отмечается абсолютный рост детей, впервые признанных инвалидами вследствие бронхиальной астмы. В 2006 г. впервые зарегистрировано снижение, но в 2007 г. вновь фиксируется рост. В 2007 г. впервые снизилось количество детей, впервые признанных инвалидами вследствие атопического дерматита.

В мае 2002 г. в г. Улан-Удэ был открыт Детский городской аллергологический лечебно-реабилитационный центр (ДГАЛРЦ). С открытием центра улучшилась диагностика аллергических заболеваний, появилась возможность динамического наблюдения за больными детьми, что позволило обосновать необходимость освидетельствования детей с тяжелыми формами аллергических заболеваний на инвалидность. С 2006 г. намечилось снижение первичной инвалидности детей вследствие аллергических заболеваний на фоне непрекращающегося роста заболеваемости аллергопатологией (табл. 4).

Как видно из таблицы 4 показатель первичной инвалидности вследствие аллергических заболеваний на 10 тыс. детского населения в первые годы

Таблица 2
Показатель первичной инвалидности по г. Улан-Удэ среди детского населения от 0 до 17 лет

Год	2003	2004	2005	2006	2007
Число детей-инвалидов	1349	1349	1349	1349	1349
Показатель на 10 тыс. детского населения	33,96	33,96	33,96	33,96	33,96

Таблица 3
Показатели первичной инвалидности детского населения г. Улан-Удэ в сравнении с аналогичными показателями по Российской Федерации (на 10 тыс. детского населения)

Год	2003	2004	2005	2006	2007
г. Улан-Удэ	33,96	33,96	33,96	33,96	33,96
Российская Федерация	26,27	26,27	26,27	26,27	26,27

Таблица 4
Анализ первичной инвалидности вследствие аллергических заболеваний (бронхиальная астма и атопический дерматит) по материалам г. Улан-Удэ

Год	2003	2004	2005	2006	2007
Бронхиальная астма	1,01	1,01	1,01	1,01	1,84
Атопический дерматит	14,76	14,76	14,76	14,76	19,7
Всего	15,77	15,77	15,77	15,77	21,54

после открытия ДГАЛРЦ увеличился практически в 2 раза (на 84,8 %). С 2006 г. благодаря активной работе по вторичной профилактике аллергических заболеваний показатель первичной инвалидности вследствие аллергических заболеваний уменьшился на 69,6 %.

Инвалидность, наряду с демографическими показателями и заболеваемостью, является важным индикатором состояния здоровья детского населения. В таблице 5 представлен анализ инвалидности у детей г. Улан-Удэ вследствие бронхиальной астмы в зависимости от пола и возраста.

Как видно из таблицы 5 во все годы наблюдения удельный вес мальчиков больше и колеблется в пределах 64,5 – 68%, девочек меньше – в пределах 32 – 35,5%, причем преобладание мальчиков выявлено во всех возрастных группах детей. Наибольшее количество детей-инвалидов вследствие бронхиальной астмы зафиксировано в подростковом возрасте от 8 до 14 лет, затем в возрастной группе 15 – 17 лет. Наименьшее ко-

личество – в группе от 0 лет до 3 лет. В целом полученные результаты соответствуют имеющимся литературным данным.

С целью изучения динамики показателей инвалидности детей с патологией кожи и подкожной клетчатки были обработаны данные по состоянию здоровья детского населения г. Улан-Удэ за период 2003 – 2007 гг. (табл. 6).

Среди детей-инвалидов вследствие атопического дерматита отмечается тенденция увеличения числа девочек. Наибольшее количество детей-инвалидов по данному заболеванию определяется в возрастной группе от 8 – 17 лет.

Таким образом, в структуре инвалидности вследствие аллергических заболеваний преобладают подростки. Среди детей-инвалидов вследствие бронхиальной астмы преобладают мальчики, среди детей-инвалидов по атопическому дерматиту – девочки.

Утяжеление течения аллергических заболеваний, хронизация аллергического воспаления по имеющимся данным характерно именно для

Таблица 5

Анализ инвалидности вследствие бронхиальной астмы в зависимости от пола и возраста

Год	Мальчики		Девочки		Всего		%		Структура	
	Число	Удельный вес	Число	Удельный вес	Число	Удельный вес	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки
2003	10	64,5	6	35,5	16	100	62,5	37,5	62,5	37,5
2004	12	68	7	32	19	100	63,2	36,8	63,2	36,8
2005	15	65	8	35	23	100	65,2	34,8	65,2	34,8
2006	18	66	9	34	27	100	66,7	33,3	66,7	33,3
2007	20	67	10	33	30	100	66,7	33,3	66,7	33,3

Таблица 6

Анализ инвалидности вследствие атопического дерматита в зависимости от пола и возраста

Год	Мальчики		Девочки		Всего		%		Структура	
	Число	Удельный вес	Число	Удельный вес	Число	Удельный вес	Мальчики	Девочки	Мальчики	Девочки
2003	5	35	9	65	14	100	35,7	64,3	35,7	64,3
2004	6	30	14	70	20	100	30	70	30	70
2005	8	32	17	68	25	100	32	68	32	68
2006	10	33	20	67	30	100	33,3	66,7	33,3	66,7
2007	12	36	21	64	33	100	36,4	63,6	36,4	63,6

Таблица 7

Динамика количества детей-инвалидов вследствие аллергических заболеваний по отношению к общему количеству больных детей аллергическими заболеваниями

Год	Аллергические заболевания		Атопический дерматит		Бронхиальная астма		Всего		Структура	
	Число	Удельный вес	Число	Удельный вес	Число	Удельный вес	Число	Удельный вес	Аллергические заболевания	Атопический дерматит
2003	16	69,6	7	30,4	23	100	69,6	30,4	69,6	30,4
2004	19	70,9	8	29,1	27	100	70,9	29,1	70,9	29,1
2005	23	70,9	9	29,1	32	100	70,9	29,1	70,9	29,1
2006	27	70,9	10	29,1	37	100	70,9	29,1	70,9	29,1
2007	30	70,9	12	29,1	42	100	70,9	29,1	70,9	29,1

подросткового возраста. В этой связи целесообразно проведение более эффективной работы по вторичной профилактике в возрастной группе до 8 лет.

Необходимо отметить, что удельный вес детей-инвалидов в г. Улан-Удэ среди всех детей с бронхиальной астмой уменьшился с 11,62 % в 2004 г. до 9,79 % в 2007 г. (на 13 %) (табл. 7). Удельный вес детей-инвалидов среди всех детей с атопическим дерматитом также уменьшился с 0,7 % в 2003 г. до 0,59 % в 2007 г. (на 19 %), при этом общая заболеваемость аллергическими болезнями увеличилась.

Данные результаты подтверждают эффективность работы ДГАЛРЦ по вторичной и третичной профилактике аллергических заболеваний среди детского населения г. Улан-Удэ.

Таким образом, открытие в г. Улан-Удэ ДГАЛРЦ позволило решить ряд важнейших задач по повышению качества аллергологической помощи детям, а именно:

- € улучшить диагностику аллергических заболеваний;

- € обеспечить раннее назначение противовоспалительной терапии согласно степени тяжести заболевания;

- € организовать эффективный контроль за и течением заболевания и своевременную коррекцию его лечения;

- € организовать активную образовательную работу как с больными, их родителями, так и с медицинскими работниками;

- € организовать работу по реабилитации детей с аллергическими заболеваниями в условиях детских дошкольных учреждений (специализированные группы для детей с атопическим дерматитом и бронхиальной астмой);

- € обеспечить возможность оздоровления детей в отделении восстановительного лечения ДГКБ;

- € внедрить технологии оказания психологической помощи детям и их родителям.

Комплексный подход при оказании аллергологической помощи позволил снизить количество детей-инвалидов вследствие аллергических заболеваний на фоне роста общей заболеваемости аллергическими болезнями.

Сведения об авторах:

Б.С. Балханов. г. Улан-Удэ, ул. Модогоева, 1. Тел. (2012) 21-95-26.