

Таблица 3

Средние значения показателей МО Красноярского края за 2009 год по кластерам

Кластер	плотность постоянного населения, чел/кв. км	удельный вес трудоспособного населения, %	удельный вес населения территории старше трудоспособного возраста, %	удельный вес безработных %	среднемесечная реальная заработная плата, руб.	Коэффициент естественного прироста, ‰	Обеспеченность населения врачами, на 10 тыс. чел.	Обеспеченность населения педиатрами, на 10 тыс. чел.	Первичная заболеваемость населения, ‰	Обеспеченность населения стационарной помощью	Обеспеченность населения больничными койками на 10 тыс. чел.	Обеспеченность ЛПУ на 10 тыс. чел.
1	4,9	61,0	20,3	2,3	9480,4	-1,5	16,4	10,5	1295,1	1706,1	58,0	1,2
2	5,9	59,9	20,6	2,2	8778,2	-1,4	6,4	6,0	750,5	598,3	23,1	3,0
3	3,1	59,2	22,5	2,7	9535,2	-5,1	19,8	13,7	1559,8	2269,7	76,9	2,4
4	0,7	63,7	17,3	1,9	12413,2	0,5	26,2	16,5	1235,0	3243,4	89,7	3,3
5	1119,9	64,6	19,2	1,9	11286,5	-1,1	31,5	21,8	1748,6	2094,2	55,3	0,5

платой, высокой обеспеченностью населения врачами, средней обеспеченностью населения койками и низкой обеспеченностью населения ЛПУ, что связано с высокой численностью постоянного населения. По составу МО он представлен крупными городами, включая краевой центр. Данные муниципалитеты имеют рейтинг выше среднего и средний.

Таким образом, с точки зрения состояния доступности медицинской помощи для населения по социально-

экономическим и демографическим показателям ранжированы территории. Среди них выявлены территории лидеры (г. Красноярск, Балахтинский район, г. Ачинск, Рыбинский и Мотыгинский районы) и отстающие территории (Боготольский, Пировский, Бирюлюсский, Тасеевский, Шарыповский районы). Согласно проведенному кластерному анализу, по уровню состояния медицинской помощи населению муниципальных образований Красноярского края можно разделить на 5 групп-кластеров по сходному социально-экономическому и демографическому состоянию территорий. Определены особенности, определяющие доступность медицинской помощи каждой группы. Особое внимание со стороны государственной власти при развитии медицинской помощи следует уделять МО 1 и 3 групп.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Н.А. Методологические подходы к реформированию системы муниципального здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – №4. – С.22-24.
2. Андрианова Г.Н., Сбоева С.Г. Анализ регионального рынка по результатам анкетного опроса (Тюменской области) // Экономический вестник фармации. – 2000. – № 3. – С.100-105.
3. Артюхов И.П. Медико-демографические процессы в Восточной Сибири (по материалам Красноярского края): Автореф. дис.... канд. мед. наук. – М., 1987. – 25 с.
4. Виноградов К.А. Управление региональным здравоохранением с использованием современных информационных технологий. – Красноярск: КМИАЦ, 2005. – 203 с.
5. Государственный доклад о состоянии здоровья населения

и деятельности здравоохранения Красноярского края в 2009 году. – Красноярск, 2010. – 254 с.

6. Музыра Ю.А. Эконометрические параметры доступности фармацевтической помощи // Вестник РУДН. – 2007. – №7. – С.149-154.

7. Применение методов экспертных оценок в научных исследованиях и в практической деятельности: Учебное пособие для послевузовской подготовки врачей / Под ред. И.П. Артюхова. – Красноярск: КрасГМА, 2008. – 54 с.

8. Чертухина О.Б. Изменение функции управления муниципальным здравоохранением в условиях рыночной экономики // Экономика здравоохранения. – 2003. – №8. – С.20-25.

9. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха // Медицинские новости. – 2009. – №12. – С.6-12.

Информация об авторах: Артюхов Иван Павлович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой, ректор, e-mail: rektorkgmu@rambler.ru, тел.: (391) 220-13-95; Наркевич Игорь Анатольевич – д.фарм.н., профессор, заведующий кафедрой, ректор, e-mail: rector@spsra.ru, тел.: (812) 234-57-29; Богданов Вячеслав Владимирович – старший преподаватель, e-mail: ww.bogdanov@gmail.com

© ЛУДУПОВА Е.Ю., ЖИГАЕВ Г.Ф., КРИВИГИНА Е.В. – 2010

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ Г. УЛАН-УДЭ ПАТОЛОГИЕЙ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

Е.Ю. Лудупова, Г.Ф. Жигаев, Е.В. Кривигина

(Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко, г. Улан-Удэ, гл. врач – к.м.н. Е.Ю. Лудупова)

Резюме. Представлен анализ заболеваемости населения города Улан-Удэ патологией органов пищеварения за 2007-2009 годы. Установлено, что на долю болезней органов пищеварения приходится примерно 8% от всей заболеваемости населения г. Улан-Удэ. Диспансеризацией охвачено около 30% больных с патологией органов пищеварения. Болезни билиарного тракта встречаются у 20% обратившихся по поводу заболеваний органов пищеварения, это 8956 больных на 100 тыс. населения в 2009 году. Среди всех заболеваний билиарного тракта регистрируется 25% желчнокаменной болезни и 75% – болезней желчевыводящих путей.

Ключевые слова: заболеваемость, органы пищеварения, холецистэктомия, гепатобилиарная система.

THE ANALYSIS OF MORBIDITY OF POPULATION OF ULAN-UDE-CITY WITH PATHOLOGY OF DIGESTIVE SYSTEM AND RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF DISEASES OF BILIARY TRACT

E. Y. Ludupova, G. F. Zhigaev, E. V. Krivigina

(Republican Hospital, Ulan-Ude)

Summary. The analysis of patients with diseases of digestive organs for 2007-2009 years has been presented. It has been established that the share of diseases of digestive organs amounted to 8 % of the total morbidity of population of Ulan-Ude-city. Prophylactic medical examination covered about 30% of patients with pathology of digestive organs. Diseases of biliary tract are revealed in 20% of patients, who addressed for medical help in connection with diseases of digestive organs: 8956 patients per 100 thousand of population in 2009 year. Among all diseases of biliary tract 25% of cholelithic disease and 75% of diseases of biliary ways are registered.

Key words: morbidity, digestive organs, cholecistectomy, hepatobiliary system.

Патология билиарного тракта является актуальной для современной медицины проблемой. В последнее десятилетие как

в Россия, так и за рубежом, несмотря на определенные успехи терапии, связанные с появлением на фармакологическом рынке новых эффективных средств для коррекции функциональных расстройств органов пищеварения, отмечается отчетливая тенденция к росту заболеваемости желчевыводящей системы. Так, согласно данным научного прогнозирования, заболеваемость болезнями пищеварительной системы в ближайшие 15-20 лет возрастет в мире, по крайней мере, на 30-50% за счет увеличения числа болезней, в основе которых лежат стрессовые, дискинетические, метаболические механизмы. Желчнокаменная болезнь значительно «помолодела» и встречается не только в молодом, но и в раннем детском возрасте. Болезнь стала появляться довольно часто не только у женщин, но и у мужчин. В настоящее время показатели распространенности болезней желчевыводящих путей колеблется от 26,6 до 45,5 на 1000 населения.

Значение данной патологии определяется не только медицинскими, но и социальными аспектами, в связи с частой ее выявляемостью в наиболее трудоспособном возрасте и высокими показателями временной и стойкой утраты трудоспособности. Ранняя диагностика и лечение заболеваний желчевыводящей системы имеет большое клиническое значение из-за возможности трансформации функциональных нарушений в желчевыводящей системе в органическую патологию – в хронический холецистит и желчнокаменную болезнь, что происходит в результате нарушения коллоидной стабильности желчи и присоединения воспалительного процесса [1,4]. Интерес к проблеме объясняется также частым вовлечением в патологический процесс смежных органов (печени, поджелудочной железы, желудка и двенадцатиперстной кишки) и возникновением тяжелых осложнений, ведущих к инвалидизации [2,3,6].

Цель исследования: провести изучение заболеваемости населения г. Улан-Удэ болезнями органов пищеварения, изучить особенности среди лиц с заболеваниями билиарного тракта.

Материалы и методы

Проведен анализ структуры общей и первичной заболеваемости патологией органов пищеварения у жителей города Улан-Удэ за 2007-2009 годы. Изучались общая и первичная заболеваемость, диспансеризация, временная нетрудоспособность.

Проанализированы результаты холецистэктомий у

больных Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко (г. Улан-Удэ) за эти годы.

Данные представлялись в виде относительных величин и стандартизованных показателей, как это принято в статистике здравоохранения.

Результаты и обсуждение

В результате анализа заболеваемости по обращаемости установлено, что на долю болезней органов пищеварения приходится примерно 8% от всей общей заболеваемости населения г. Улан-Удэ (в 2007 году – 8,6%, в 2008 – 8,3%, в 2009 – 8,1%), доля первичной заболеваемости в структуре общей заболеваемости составляет примерно 2,5% (в 2007 году – 2,8%, в 2008 – 2,4%, в 2009 – 2,1%) (табл. 1).

Таблица 1

Заболеваемость органов пищеварения по обращаемости у жителей г. Улан-Удэ за 2007-2009 годы на 100 тыс. населения

Наименование классов и отдельных болезней	Годы					
	2007		2008		2009	
	общая заболеваемость	первичная заболеваемость	общая заболеваемость	первичная заболеваемость	общая заболеваемость	первичная заболеваемость
Гастриты, дуодениты	12323	1380	11374	617	11122	580
Язвенная болезнь желудка и ДПК	9417	555	8801	521	7870	423
Болезни печени	2140	113	1997	132	1782	89
Болезни билиарного тракта	10315	727	9596	524	8952	524
Болезни поджелудочной железы и др.	5139	134	4942	117	4958	129
Всего заболеваний органов пищеварения	47797	5990	46102	5387	44006	4664
Всего по классам	552464	213791	556081	223202	546405	217381

Примечание здесь и далее: ДПК – двенадцатиперстная кишка.

Проведен анализ структуры патологии и обращаемости жителей с заболеваниями органов пищеварения за последние три года (табл. 1, 2). Выявлено небольшое уменьшение числа больных, хотя данный показатель статистически незначим.

Отмечается преобладание патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, поджелудочной железы и билиарного тракта. Болезни билиарного тракта встречаются у 20% обратившихся по поводу заболеваний органов пищеварения.

Диспансеризацией охвачено около 30% больных с патологией органов пищеварения. Это наиболее сложные в курации больные, имеющие частые рецидивирование заболевания, осложнения, перенесшие оперативное лечение (табл. 3). Среди всех диспансеризируемых больных ежегодно 8% – это лица с заболеваниями билиарного тракта.

Проведен анализ временной нетрудоспособности, среднего пребывания на листе временной нетрудоспособности больных с патологией органов пищеварения (табл. 4, 5). Наибольшее число случаев временной нетрудоспособности дают болезни печени, билиарного тракта и поджелудочной железы. В пересчете на 100 работающих приходится 0,6 случаев этих заболеваний или 13,6 дней. Продолжительность нетрудоспособности при этой патологии составляет в сред-

Структура патологии органов пищеварения у жителей г. Улан-Удэ за 2007-2009 годы, %

Наименование классов и отдельных болезней	Годы					
	2007		2008		2009	
	общая заболеваемость	первичная заболеваемость	общая заболеваемость	первичная заболеваемость	общая заболеваемость	первичная заболеваемость
Гастриты, дуодениты	25,8	23	24,7	11,5	25,3	12,4
Язвенная болезнь желудка и ДПК	19,7	9,3	19,1	9,7	17,9	9,1
Болезнь печени	4,4	1,9	4,1	2,5	4,0	1,9
Болезнь билиарного тракта	21,5	12,9	20,8	9,7	20,3	11,2
Болезнь поджелудочной железы и др.	29,6	52,9	31,1	66,6	32,5	65,4
Всего	100	100	100	100	100	100

нем 19 дней.

Основным методом лечения желчнокаменной болезни яв-

Таблица 3
Диспансеризация больных с заболеваниями органов пищеварения в г. Улан-Удэ за 2007-2009 годы

Наименование классов и отдельных болезней	Годы		
	2007	2008	2009
Гастриты, дуодениты	1641	1776	1771
Язвенная болезнь желудка и ДПК	7883	7264	6869
Болезнь печени	866	806	778
Болезни билиарного тракта	1413	1203	1086
Болезнь поджелудочной железы и др.	1423	1383	1764
Всего по классу болезней органов пищеварения	14579	14191	13128
Всего по классам	94778	106607	103477

ляется холецистэктомия. У 25% больных, перенесших холецистэктомию, или сохраняются, или через некоторое время появ-

Таблица 4
Заболеваемость органов пищеварения с временной утратой трудоспособности в г. Улан-Удэ за 2007- 2009 год, на 100 работающих

Причина нетрудоспособности	Годы					
	2007		2008		2009	
	случаи	дни	случаи	дни	случаи	дни
Болезни органов пищеварения	2,9	44,7	2,8	40,3	2,9	40,9
Язвенная болезнь желудка и ДПК	0,5	11,4	0,4	8,9	0,4	8,7
Гастриты, дуодениты	0,3	3,6	0,3	3,3	0,4	3,8
Болезни печени, билиарного тракта, поджелудочной железы	0,6	13,6	0,6	12,1	0,7	13,0

ляются абдоминальные боли и диспепсические расстройства, требующие лечения. Адекватная терапия больных зависит

Таблица 5
Среднее пребывание на листе нетрудоспособности жителей города Улан-Удэ с патологией органов пищеварения в 2007-2009 годах, дни

Причина нетрудоспособности	Годы		
	2007	2008	2009
Болезни органов пищеварения	15,2	14,4	14,1
Язвенная болезнь желудка и ДПК	21,7	20,1	20,1
Гастриты, дуодениты	11,5	11,2	11,1
Болезни печени, билиарного тракта, поджелудочной железы	21,1	18,97	18,7

от правильного понимания патогенеза клинических симптомов, развивающихся после холецистэктомии. Особенности

их формирования связаны, с одной стороны, с нарушениями моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки, с другой – тем обстоятельством, что патологический процесс протекает в новых анатомо-физиологических условиях, т.е. при отсутствии желчно-

го пузыря.

Известно, что удаление желчного пузыря по поводу калькулезного холецистита не избавляет больных от обменных нарушений, в том числе от печеночно-клеточной дисхолии, которая сохраняется и после операции. У большинства больных после холецистэктомии определяется литогенная желчь с низким холато-холестериновым коэффициентом.

В результате формируются дискинезии сфинктера печеночно-поджелудочной ампулы, желчного и панкреатического протоков (сфинктера Одди), а деконъюгированные желчные кислоты обуславливают развитие диареи. Таким образом, у больных с удаленным желчным пузырем имеются клинические проявления могут быть связаны с изменением химического состава желчи, нарушенным пассажем ее в двенадцатиперстную кишку, дискинезией сфинктера Одди, а также с избыточным бактериальным ростом в кишечнике, синдромами мальдигестии и мальабсорбции, дуоденитом и другими патологическими нарушениями в системе пищеварения [3,5].

В этой связи больным рекомендуется восстановить нормальное поступление желчи и панкреатического секрета из билиарных и панкреатических протоков в двенадцатиперстную кишку; нормализовать химический состав желчи; восстановить проходимость сфинктера Одди; восстановить нормальный состав кишечной микрофлоры; нормализовать процессы пищеварения и моторику тонкой кишки для профилактики дуоденальной гипертензии.

Таким образом, на долю болезней органов пищеварения приходится примерно 8% от всей заболеваемости населения г. Улан-Удэ. Диспансеризацией охвачено около 30% больных с патологией органов пищеварения. Болезни билиарного тракта встречаются у 20% обратившихся по поводу заболеваний органов пищеварения, это 8956 больных на 100 тыс. населения в 2009 году. Среди всех заболеваний билиарного тракта регистрируется 25% желчнокаменной болезни и 75% – болезней желчевыводящих путей. Своевременная и правильная оценка клинической симптоматики, развивающейся у больных после операции холецистэктомии, дает возможность подобрать адекватную терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьева И.Н. Желчнокаменная болезнь (патогенез, диагностика, клиника и лечение). – Новосибирск, 2004. – 77 с.
2. Григорьев П.Я., Агафонова Н.А., Солуянова И.П. и др. Постхолецистэктомический синдром: диагностика и лечение // Лечащий врач. – 2004. – №4. – С.29-34.
3. Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. – М., 2004. – 200 с.

4. Маев И.В. Диагностика и лечение заболеваний желче-выводящих путей: Учебное пособие. – М., 2003. – 96 с.
 5. Мараховский Ю.Х. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы // Российский журнал гастро-

энтерол., гепатол. и колопроктол. – 2003. – №1. – С.81-92.

6. Хазанов А.И. Постхолецистэктомический синдром // Диагностика и лечение внутренних болезней. – М.: Медицина, 1992. – Т. 3. – С.291-300.

Информация об авторах: 670047, Улан-Удэ, ул. Павлова 12, Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко, тел. (3012) 23-36-24, Лудупова Евгения Юрьевна – главный врач, к.м.н.; Жигаев Геннадий Федорович – профессор, д.м.н.; Кривигина Елена Владимировна – врач-эндоскопист.

© КОКОРИН П.А. – 2010

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ УТОПЛЕНИЯ В ВОДЕ И ИНЫХ ЖИДКОСТЯХ ПО ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

П.А. Кокорин

(Иркутский государственный университет, ректор – д.х.н., проф. А.И. Смирнов; юридический институт, директор – к.ю.н., доц. О.П. Личичан)

Резюме. На основе изучения собственного материала были проанализированы эпидемиологические характеристики утопления в воде и иных жидкостях по Иркутской области и Усть-Ордынскому Бурятскому национальному округу. Представлен анализ случаев смерти от утопления за 10 лет (1996-2006 гг.). Выявлена зависимость случаев смерти от приема алкоголя.

Ключевые слова: утопление, водоем, эпидемиологические характеристики.

SOCIAL AND DEMOGRAPHIC INDICES OF DROWNING IN WATER AND OTHER LIQUIDS IN IRKUTSK REGION

P.A. Kokorin

(Irkutsk State University)

Summary. We have analyzed the epidemiologic drowning indices in water and other liquids in Irkutsk region and Ust-Ordynsky Buryat District on the basis of the own material. We presented the analysis of death of drowning for the last 10 years (1996-2006). We have found out the direct dependence of death cases on taking alcohol.

Key words: drowning, pond, epidemiologic indices.

Утопление в воде является достаточно частым видом смерти почти во всех регионах земного шара, включая и нашу страну. По данным ВОЗ, смертность от утопления в мире имеет средний показатель равный 1,0-1,2 на 10 тыс. населения, причем, как правило, гибнут люди молодого возраста, в большинстве своем (70,0-90,0%) умевшие плавать [7,8,11,13].

Чаще всего при обнаружении трупа в водоеме следственные данные о роде смерти (убийство, самоубийство, несчастный случай) и обстоятельствах происшествия отсутствуют. Сложность задачи обусловлена не только отсутствием разработанной методики расследования данных происшествий в криминалистике, недостаточным количеством следов происшествия, сохраняющихся при попадании живого человека или трупа в воду, но и ограниченностью судебно-медицинских данных по этой проблеме. Имеющиеся работы посвящены отдельным аспектам проблемы утопления [2,3,4,6,9,10,12], в связи с чем, комплексная оценка всей экспертной информации затруднительна. Между тем, анализ всех данных на основе взаимосвязи установленных судебно-медицинских фактов, может восстановить целостную картину происшествия, ответить на многие вопросы следствия (давность смерти, способ лишения жизни, обстоятельства смерти, условия попадания тела человека в водоем, особенности обнаружения, изъятия и исследования следов на трупе, назначение судебно-медицинских и криминалистических экспертиз, опознание личности погибших, обнаруженных в водоемах и другие), помочь следователю установить род смерти и раскрыть интересующие его детали происшествия [1,5].

С этой целью исследовались эпидемиологические характеристики утопления в воде и иных жидкостях по Иркутской области и Усть-Ордынскому Бурятскому национальному округу.

Материалы и методы

Был проведен судебно-медицинский анализ случаев смерти от утопления по г. Иркутску и Усть-Ордынскому национальному округу за 1996-2006 годы (всего 680 случаев).

Собственные наблюдения (судебно-медицинское исследование трупов, обнаруженных в жидких средах), включали экспертизу 140 тел обоего пола, погибших от утопления. Кроме того, изучены материалы уголовных дел с обстоятельствами происшествия (200) и протоколы осмотра места происшествия при обнаружении трупов в жидкой среде (100 наблюдений). Статистическая обработка архивного материала и собственных наблюдений проведена с учетом возраста и пола утонувших, времени года, дней недели происшествия, обстоятельств утопления, факторов, способствующих утоплению и характера водоемов.

Результаты и обсуждение

Среди утонувших преобладают лица мужского пола (утопление у них встречается в 4 раза чаще). Из погибших дети до 9 лет составляют 4,9%. В возрастных группах до 9 лет и

Таблица 1
Распределение утонувших по полу и возрасту (n=680)

Возраст, лет	Пол				Всего	
	женский		мужской			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 9 лет	11	7,9	22	4,1	33	4,9
10-19	67	48,2	78	14,4	145	21,3
20-29	16	11,5	134	24,8	150	22,1
30-39	12	8,6	129	23,8	141	20,7
40-49	15	10,8	77	14,2	92	13,5
50-59	4	2,9	43	7,9	47	6,9
60-69	3	2,2	36	6,7	39	5,7
70-79	5	3,6	9	1,7	14	2,1
80-89	5	3,6	8	1,5	13	1,9
90-99	1	0,7	5	0,9	6	0,9
Итого	139	100,0	541	100,0	680	100,0
	24.0%		76.0%		100.0%	