

диционными подходами к первичной группировке и реально наблюдаемыми клиническими ситуациями. Это явилось причиной введения поправок в критерии группировки, в результате чего было выделено 17 группирующих переменных, которые наиболее полно отражают суть изучаемой проблемы. Учитывая, что критерием успешности различных подходов в ведении наших больных является двухвариантный конечный результат (выздоровление-смерть), была проведена процедура анализа выживаемости. Во-первых, с помощью F-критерия Кокса было проведено сравнение выживаемости между вновь сформированными группами с последующим построением графиков кумулятивной доли выживших по Каплану-Мейеру. Это позволило значительно (до 5) сократить число вариантов группировки. Во-вторых, были определены зависимости между наблюдаемыми переменными и временами жизни с использованием регрессионной модели Кокса. После этого процедура второго этапа была повторена в каждой из групп отдельно. В результате проведенного анализа выделены наиболее важные (значимые) предикторы для риска летальных исходов.

Таким образом, полученные данные позволяют адекватно оценить объем и характер мероприятий, необходимых для успешности в комплексном лечении острого некротического панкреатита, а вместе с тем требуется проведение дальнейшего углубленного изучения и анализа рассматриваемой проблемы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Гостищев В.К., Глушко В.А.* Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургической тактики // Хирургия. – 2003. – №3. – С.377-380.
2. *Боровиков В.П.* Статистика. Искусство анализа данных на компьютере. – СПб., 2001.
3. *Кокс Д.Р., Дукс Д.* Анализ данных типа времени жизни / пер. с англ. – М.: Финансы и статистика, 1988.
4. *Banks P.A., Freeman M.L.* Practice guidelines in acute pancreatitis // Amer.J.Gastroenterol.– 2006.–Vol.101, №10.–P.2379-2400.

*Доклад представлен к публикации членом редколлегии Ю.М. Перельманом.*

УДК 519.8

**В.А. Батурин**, д-р физ.-мат. наук

(Институт динамики систем и теории управления СО РАН),

**С.Б. Бадмацыренова**

(Иркутский государственный университет),

**Б.С. Будаев**, канд. мед. наук

(ГУЗ РМИАЦ МЗ, Улан-Удэ, Республики Бурятия)

### **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПРИБАЙКАЛЬСКОМ РАЙОНЕ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ В УСЛОВИЯХ РАЗВИТИЯ ОЭЗ «БАЙКАЛ»<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ, грант №08-01-00156-а, РФФИ ОФИ, грант №07-06-12023, РГНФ, грант №06-02-00055 Междисциплинарного интеграционного проекта СО РАН №40

Работа посвящена моделированию численности населения в Прибайкальском районе Республики Бурятия. Полученные результаты используются для оценки ресурсов здравоохранения.

Построена модель динамики численности населения и ресурсов здравоохранения в Прибайкальском районе Республики Бурятия в связи со строительством крупного туристско-рекреационного комплекса. Динамика населения характеризуется естественной составляющей и миграционными процессами, связанными со строительством и обслуживанием туристического комплекса и сопутствующей инфраструктуры. Существенным фактором является наличие в правой части уравнения для второй группы населения функций, отражающих миграционные процессы, связанные со строительством и обслуживанием рекреационного комплекса. Вектор, характеризующий систему здравоохранения, подсчитывается как функция от численности количества людей, находящихся в это время на территории туристического комплекса. В качестве характеристик здравоохранения выбраны следующие показатели: 1. обеспеченность больничными койками; 2. обеспеченность врачами; 3. обеспеченность средними медицинскими работниками. Проведена идентификация модели по материалам, опубликованным в [1 – 6]. Для нахождения коэффициентов потребности ресурсов здравоохранения в койках, врачах и среднем медицинском персонале анализировалась обеспеченность ими в Республике Бурятия, Сибирском федеральном округе, Российской Федерации и в Прибайкальском районе. В результате для расчетов по модели были приняты пределы изменения этих коэффициентов.

Проведены сценарные расчеты. Рост численности населения наблюдается только в вариантах, когда значительную долю в обслуживании туристского комплекса составляют мигранты. В реальности, скорее всего, реализуется один из промежуточных вариантов с уровнем миграции от 60% до 80%. При этом увеличение коечного фонда будет от 150 до 250, что соответствует строительству одного или двух лечебных учреждений в районе туристско-рекреационного комплекса.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Будаев Б.С., Аюшиева Н.Д.-Н., Иванова Н.-Х.Ц. и др. Состояние и перспективы развития сельского здравоохранения в Республике Бурятия. – Улан-Удэ: Бурят. кн. изд-во, 2003..
2. Будаев Б.С., Хамаганова А.Г., Аюшиева Н.Д.-Н. Макроэкономический анализ ресурсов здравоохранения районов Республики Бурятия. – Улан-Удэ: Вита Магистра, 2004.
3. Кожевников В.В. Региональное здравоохранение на пути из кризиса к устойчивому развитию: механизмы управления. – М.: РИО ГУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2006.
4. Кожевников В.В., Будаев Б.С., Суханова Л.П. Здоровье детей Республики Бурятия. – Улан-Удэ: ГУЗ РЦМП МЗ РБ, 2005.
5. Очиров В.М., Будаев Б.С., Маркакова Н.Н. и др. Медико-социальные проблемы охраны здоровья в системе муниципального здравоохранения. – М.: РИО ГУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2004.
6. Создание ОЭЗ туристско-рекреационного типа «Байкал» в Прибайкальском районе Республики Бурятия. Основные положения.

*Доклад представлен к публикации членом редколлегии Ю.М. Перельманом.*