

ся. Путем перебора всех градаций каждого признака удается построить логическую систему выдачи заключений. В отдельных звеньях ее возможно введение вычислительных операций, и тогда получается логико-вычислительный алгоритм.

Задача второго и последующих экспертов — проверка обоснованности рекомендаций первого эксперта, отраженных в схеме. При этом врачи могут вводить новые признаки, новые логические ходы, изменять содержание клинических заключений. После проверки схемы несколькими врачами она возвращается к первому эксперту, который выступает уже на общих основаниях.

Надо отметить, что техника опроса экспертов при построении логических цепочек пока еще несовершенна, громоздка и плохо формализована. Нужны работы по ее дальнейшей формализации с учетом следующих вопросов: 1) как при опросе гарантировать полноту охвата вариантов клинического состояния больного, требующих решений? 2) как строить дублирующие варианты логики (то есть как подойти к одному и тому же клиническому решению разными путями)? 3) какова степень надежности получаемого заключения, если градации признаков могут быть определены с ошибкой?

Математико-статистической проработки требуют следующие вопросы теории логических цепочек.

1. Определение качества предложенных логических цепочек, то есть необходимо выяснить, по каким показателям сравнивать между собой предложенные различными врачами варианты логических цепочек, ведущих к одному и тому же набору клинических заключений. Видимо, здесь может быть одна группа показателей, характеризующих легкость использования цепочки (ее краткость?) и другая — результаты практического использования в алгоритме (надежность, вероятность ошибки, подробность).

2. Вопросы обобщения (объединения, усреднения?) различных цепочек, направленных на выработку какого-то круга решений. Для этого, видимо, надо ввести меру близости различных цепочек, найти характеристику рассеяния для их совокупности.

Таким образом, наблюдающаяся тенденция расширения круга задач клинической медицины, решаемых с применением математико-статистических и экспертных методов, а также развитие АСД в диалоговом режиме повышают важность решения методических вопросов экспертных оценок. Основными из них представляются следующие:

1. Дальнейшая разработка методов опроса малого числа экспертов, в том числе способов организации дискуссии между ними при различных видах производимых экспертных оценок.

2. Дальнейшее совершенствование способов описания градаций качественных признаков с целью составления таких описаний, которые полностью исключили бы возможность ошибки со стороны врача-пользователя.

3. Совершенствование методов получения всех видов экспертных оценок, в первую очередь балльных оценок и логических цепочек, как играющих наибольшую роль в алгоритмах вычислительной диагностики.

4. Разработка методов статистической обработки различных видов экспертных оценок с учетом метода их получения и характера решаемой с их помощью задачи.

Поступила 03.12.85.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616—053.2—084.3

Т. М. Шигабудинова (г. Нижнекамск, ТАССР). Опыт диспансеризации детей на педиатрическом участке

На педиатрическом участке состоят на учете 840 детей, из них в возрасте до года — 66, «неорганизованных» — 140. В ходе проведения диспансеризации было изучено состояние здоровья детей по данным профилактических осмотров, а также материалы участкового терапевта о состоянии здоровья семьи.

При оценке состояния здоровья детей использованы критерии, приведенные в методических рекомендациях Минздрава СССР «Комплексная оценка состояния здоровья детей и подростков при массовых врачебных осмотрах» от 27.04.82 г. (см. табл. 1).

Для оздоровления детей используются все возможные лечебно-профилактические учреждения (см. табл. 2). Оздоровление детей II потока школьного возраста в стационаре не всегда осуществимо. Кроме того, при госпитализации школьники отстают от школьной программы. Поэтому при детской поликлинике организовано отделение реабилитации, где проводятся дополнительные исследования и осмотр врачами узких специальностей. Производятся лечение очагов хронической инфекции, ЛФК, массаж, психо- и рефлексотерапия. Подбирается правильный режим питания и физической нагрузки. В большинстве случаев исключается нерациональное и не всегда оправданное

Таблица 1

Структура групп здоровья детей участка

Группа здоровья	Число детей		Группа риска	Число детей	
	абс.	%		абс.	%
I	236	28,1			
II	480	57,1	Биологическая	15	3,1
			Социальная	25	5,2
			Медицинская	440	91,7
			часто болеющие ОРЗ	123	27,9
			с негармоническим развитием	88	20,0
			с пониженным зрением	53	12,0
			с аллергическими заболеваниями	167	38,1
			с положительной туберкулиновой пробой	9	2,0
III	107	12,7			
IV	17	2,1			
V	—	—			

Всего в оздоровлении нуждаются 604 (72%) ребенка (II—IV группы).

Таблица 2

Распределение детей по потокам оздоровления

Поток	Число детей		Место оздоровления	Число детей	
	абс.	%		абс.	%
I	386	76,6	Детская поликлиника	250	64,8
			Пионерские лагеря	50	12,9
			Специализированные группы детских комбинатов	45	11,7
			Группы долечивания в детских комбинатах	41	10,6
II—III	75	14,9	Стационары	75	100
IV	43	8,5	Детский терапевтический санаторий города	6	13,9
			Детский санаторий-профилакторий «Мать и дитя»	12	27,9
			Постоянно действующий санаторий-профилакторий «Мать и дитя»	6	13,9
			Санаторная смена пионерских лагерей	15	34,9
			Санаторий союзного значения	4	9,3

лечение антибиотиками. Открытие такого отделения с одобрением было встречено родителями больных, а также самими детьми.

Широко осуществляется оздоровление детей IV потока в санаториях-профилакториях.

На участке организовано гигиеническое обучение родителей, ведутся закаливание детей и пропаганда здорового образа жизни. Гигиеническое обучение начинается с будущих родителей. В горзасе читаются лекции о влиянии вредных факторов на развитие плода. Родители занимаются в школах матерей при поликлинике и отцов при школе. В социально-неблагополучных семьях практикуются индивидуальные беседы о предупреждении алкоголизма и курения. В системе лечебно-профилактических мероприятий большое значение для детей участка имеют закаливающие мероприятия. Здоровые дети обучаются плаванию с одномосячного возраста.

Для снижения числа часто болеющих детей лечение ОРЗ проводится на дому до выздоровления, в большинстве случаев без применения антибиотиков (с учетом клинической картины), что исключает реинфекцию и аллергизацию больного.

Нам представляется, что именно эти мероприятия обеспечили стойкое снижение общей заболеваемости на участке в течение ряда лет. Общая заболеваемость по городу за 1984 г. составила 1859 ‰, а на участке — 1004 ‰, то есть была в 1,8 раза ниже.