

кокки – *Staphylococcus epidermidis* (85,25%), *Staphylococcus hominis* (56,56%), *Micrococcus luteus* (54,10%). В контроле данный показатель составил для *Staphylococcus epidermidis* – 67,50%, *Staphylococcus hominis* – 58,75%, *Micrococcus luteus* – 63,75%. У сотрудников предприятия в состав доминирующих видов на фоне снижения показателей постоянства представителей нормальной микрофлоры вошли условно-патогенные микроорганизмы: грибы *Aspergillus flavus* (80,33%) и *Candida albicans* (52,42%). В контроле они входили в состав транзитных видов, 16,25% и 5,0% соответственно. Изменения иерархии отмечали также в структуре дополнительных видов. Высокий индекс постоянства в данной категории у рабочих отмечался у грибов *Aspergillus niger* (40,98%) и у бактерий *S. pseudodiphtheriae* (30,33%), *S. xerosis* (27,05%). В группе сравнения *Aspergillus niger* и *S. pseudodiphtheriae* не обнаружены, а *S. xerosis* (51,25%) относился к доминирующим видам. Кроме того, у рабочих к дополнительным видам относились *Staphylococcus capitis* (37,70%), *Staphylococcus aureus* (25,40%), у лиц контрольной группы всего один вид – *S. capitis* (33,75%). К случайным представителям у рабочих и у лиц группы сравнения отнесены энтеробактерии – *Escherichia coli*, но показатель постоянства данных микробов во второй группе ниже в 4,4 раза, чем у рабочих: 3,75% и 16,39% соответственно.

Таким образом, микрофлора кожи рабочих под действием вредных факторов производства претерпевала значительные изменения. Так, представители условно-патогенной флоры, такие как *A. flavus* и *C. albicans* из состава транзитных видов перешли в доминирующую группу микроорганизмов. В структуре дополнительных видов также отмечалось изменение иерархии, проявляющееся в появлении *A. niger* и *S. pseudodiphtheriae*.

Роль прогнозирования динамики язвенного гастродуоденального кровотечения в выборе лечебной тактики

Пархоменко И.Е., Куликовский В.Ф.
*Областная клиническая больница,
Белгород, Россия*

Своевременный, обоснованный выбор тактического решения по-прежнему остаётся основополагающим вопросом в лечении больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением (ЯГДК) (1).

Критерии выбора выжидательной или активной хирургической тактики, определяющие показания к операции, обычно базируются на интуиции и опыте хирургов, а в последнее время на сложном инструментальном прогнозировании раннего рецидива кровотечения (1). Определяющим фактором также является риск смертельного исхода. В то же время сведения о довольно большом числе сходных клинических случаев, накопленные крупными специализированными лечебными учреждениями, предоставляют принципиальную возможность экспериментальной работы. Разработанные схемы лечения, диагностические или прогностические алгоритмы и т.д. возможно формулировать и экспери-

ментально проверять так, чтобы другой врач мог однозначно их интерпретировать и получить на своем контингенте больных сопоставимые результаты (2).

Целью нашей работы было создание оптимального алгоритма ведения больных с ЯГДК, основывающегося на прогнозировании течения, возможных осложнениях и исходе этого тяжёлого заболевания.

Материалы и методы.

Нами проведен ретроспективный рандомизированный анализ 411 историй болезни больных с ЯГДК, находившихся на лечении в клинических больницах областного центра с 2000 по 2005 г. Была составлена формализованная история болезни (анкета данных) с унифицированным набором элементов, состоящая из 125 пунктов. Список элементов (признаков, симптомов, лабораторных и инструментальных данных) составлялся эмпирически на основе клинической практики. Соответственно анкете данных, используя компьютерную программу: «Программа ввода информации для создания и расширения электронной базы данных больных с ЯГДК» была создана «Электронная база данных больных с ЯГДК для выявления факторов риска в прогнозировании исходов кровотечения». Определены цели прогнозирования. Наряду с наиболее часто прогнозируемыми основополагающими моментами, такими, как риск рецидива кровотечения и риск летального исхода, включено прогнозирование не менее важных критериев: необходимость и объём переливания крови и её компонентов, показанность экстренного оперативного вмешательства. Каждый элемент формализованной истории болезни (признак) засчитывался информативным или значимым по отношению к цели прогнозирования при определенном уровне достоверности (3). Значимость (достоверность) признака определялась общепринятым статистическим непараметрическим критерием χ^2 (хи-квадрат). Используя компьютерную программу «Программа поиска факторов риска в прогнозировании процесса лечения больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением» (учитывая уровень значимости каждого признака) выявлены факторы риска по каждой из четырёх целей прогнозирования. Одними из основных (приведены единичные в качестве примера) факторов риска необходимости проведения гемотрансфузий стали: эпизод кровотечения в стационаре, поступление в стационар в промежуток времени менее двух часов от начала заболевания, первичная рвота с кровью и т.д. Факторами риска рецидива кровотечения определены: возраст старше 45 лет, жидкий «чёрный» стул более четырёх раз, желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе, кровотечение в послеоперационном периоде, размер язвенного дефекта более 8 мм., и т.д.. В показания к экстренному оперативному вмешательству вошли: язвенный дефект размером более 20 мм, визуализируемый сосуд в дне язвенного дефекта, ситуации F1A, F1B, F11A при повторной эндоскопии и т.д. Одними из факторов риска летального исхода стали: декомпенсированные сопутствующие заболевания, стеноз пилоро-

бульбарной зоны, гемотрансфузии объемом 3,5 литров и более и т.д.

На основании значимости факторов риска по целям прогнозирования была разработана компьютерная программа: «Программа прогнозирования процесса лечения и его исхода у больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением». Программа создана на простом компьютерном языке BASIC. Используя результаты осмотра больного, результаты проведения инструментальных, лабораторных исследований, в программу вводятся полученные данные, и после компьютерной обработки врач получает достаточно достоверные экспертные заключения о необходимости переливания крови и её компонентов, риске рецидива кровотечения, показанности экстренной операции, вероятности летального исхода. Программа определяет вероятное течение заболевания, нацеливает на возможное осложнение и позволяет оптимизировать процесс лечения пациентов. Разработанная экспертная система относится к разряду самосовершенствующихся, поскольку прогнозируемое клиническое наблюдение может вноситься с помощью программы ввода в память (базу данных) и в последующем использоваться для получения новых экспертно-прогностических рекомендаций. Заключения, основанные на результатах прогнозирования, имеют рекомендательный характер вследствие того, что эффективность прогнозирования хотя и достаточно высока, но не достигает ста процентов. Ответственность за исход лечения возложена на врачей хирургов, поэтому в конечном итоге именно они определяют выбор лечебной тактики у больных с ЯГДК.

Мы выражаем надежду, что разработанная нами компьютерная программа окажет практическую помощь врачам-хирургам лечебных учреждений в первую очередь районного и городского типа, оснащённых минимумом диагностической аппаратуры и компьютерной техники.

Выводы.

Определение лечебной тактики у больных с ЯГДК возможно на основании прогнозирования процесса лечения и его исхода.

Программное прогнозирование позволяет решить вопрос о рациональности проведения гемотрансфузии: обойтись без ненужного расходования препаратов крови и риска трансфузиологических осложнений. Нацеливая на оптимальный объём и радикальность лечения, прогнозирование помогает своевременно предпринять экстренные превентивные меры гемостаза, избежать нежелательного ресурсоёмкого оперативного вмешательства, риска самой операции и послеоперационных осложнений, заблаговременно предпринять все необходимые лечебно-профилактические мероприятия для исключения возможного летального исхода.

Выбор оптимальной тактики лечения больных с ЯГДК несомненно определяется конечной целью: вернуть больного, если не к полноценной, то к нормальной жизни, избежать потери трудоспособности или инвалидизации трудоспособного населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

Гостищев В.К., Евсеев М.А. Новые подходы к прогнозированию рецидивов острых гастродуоденальных язвенных кровотечений // Вестник РАМН. - 2004. - № 10. - С. 26-30.

Гельфанд И.М., Розенфельд Б.И., Шифрин М.А. Очерки о совместной работе математиков и врачей. Серия "Синергетика: от прошлого к будущему" // М. - 2004. - 320 с.

Кумар Амриш. Выбор врачебной тактики при кровотечении из хронической язвы желудка у больных моложе 60 лет // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб., 2004 - 21 с.

Прогностическая характеристика некоторых факторов локального воспаления и протвовоспалительных систем в острейшем периоде внутримозговых кровоизлияний

Саидвалиев Ф.С.

*Ташкентская медицинская академия, кафедра нервных болезней,
Ташкент, Узбекистан*

Результаты многочисленных клинических исследований показывают, что кровоизлияния в мозг, являясь тяжелой патологией человека, характеризуются высокими показателями летальности и инвалидности, наносят огромный экономический ущерб обществу. [1]. Предсказание особенностей течения в динамике заболевания и исхода кровоизлияний в мозг может иметь решающее значение в определении тактики оказания первичной и вторичной медицинской помощи. Сложность и многофакторность развития кровоизлияний в мозг обуславливает необходимость комплексного исследования некоторых аспектов их патогенеза. Согласно современным исследованиям, одним из главных звеньев в патогенезе ранних и отсроченных нейрональных потерь играют процессы локального воспаления.

В связи с этим, с целью определения уровня продукции провоспалительных и противовоспалительных цитокинов и оценки их роль в течении и прогнозе геморрагических ОНМК, мы исследовали 40 больных с ВМК. У 17 больных гематомы определялись в правом полушарии головного мозга, у 23 – в левом полушарии. Согласно клиническим шкалам у 10 больных определена крайне тяжелая степень заболевания, у 20 – тяжелая степень заболевания, и у 10 больных – средняя тяжесть течения заболевания. Средний возраст больных с внутримозговыми кровоизлияниями (21 мужчин и 9 женщин) составил $55,6 \pm 1,38$ года.

Для обеспечения максимальной однородности обследованных групп в исследование включены больные с ОНМК, этиологическим фактором которого явились артериальная гипертензия (у 28 больных) и артериальная гипертензия в сочетании с атеросклерозом (у 12 больных). Внутримозговые кровоизлияния других этиологических факторов (ревматические заболевания, васкулиты, сахарный диабет, токсические эндартерииты и др.) в исследование не включены, так же как не включены и больные с изолированными субарахноидальными и желудочковыми кровоизлияниями.