

В результате проведенных бактериологических исследований выяснилось, что характерной чертой являлась многокомпонентность микробного пейзажа, включившего ассоциации из 3-5 видов как неклостридиальных анаэробов, так и анаэробных микроорганизмов, по-видимому, обусловлено тяжелое в некоторых случаях течение заболевания, плохо поддающихся лечению, и неэффективность традиционно применяемых антибиотиков.

Анализ видового состава бактерии показал, что доминирующее место среди неклостридиальных анаэробов занимали *Bacteroides fragilis* и анаэробные Грам-положительные кокки. Также удавалось выделить *Bacteroides melaninogenicus*, *Bacteroides spp.*, представителей рода *Fusobacterium*, анаэробные Грам-положительные палочки.

В ассоциативной аэробной микрофлоре наиболее часто выявляли представителей Грам-отрицательных бактерий (семейство Enterobacteriaceae), *Esch. Coli*, *proteus*, *Enterobacter*. Проведенное изучение количественного состава аэробной микрофлоры показало высокое содержание микробов в исследуемом материале, составившее 100 000 до 100 000 000 бактерий в 1 мл.

Антибактериальная терапия проводилась нами в три этапа. На первом этапе до идентификации микрофлоры применялись антибиотики широкого спектра действия, а после выявления микроорганизмов – целенаправленная антибактериальная терапия. В дальнейшем, при выявлении микроорганизмов использовали метронидазол, триканикс, клиндамицин, хлорамфеникол и линкоцид. Если предполагалось или было доказано наличие *Bacteroides fragilis*, от назначения таких широко используемых антибиотиков, гентамицин, канамицин, бензилпенициллин, амициллин, воздерживались, так как к ним была отмечена абсолютная устойчивость. При этом в программу антибиотикотерапии включали метронидазол, триканикс или хлорамфеникол. Спектр чувствительности выделенных штаммов *Bacteroides melaninogenicus*, *Bacteroides spp.*, анаэробных Грам-положительных кокков был шире чем у *Bacteroides fragilis*. Все выделенные штаммы анаэробных неспорообразующих бактерий были чувствительны к диоксидану.

Антибиотико чувствительность выделенных штаммов – представителей семейства Enterobacteriaceae – существенно отличалась от чувствительности анаэробных микроорганизмов. Так наиболее часто встречающаяся *Esch coli*, как правило была чувствительна к аминогликозидам и устойчива к препаратам пенициллинового ряда, эритромицину линкомицину. Поэтому при выявлении ассоциативной аэробной и анаэробной микрофлоры для воздействия на оба ее компонента применяли сочетание метронидазол, триканикса или лорамфеникола с амин-

фликозидами (гентамицин). После получения результатов микробиологических исследований проводили целенаправленную антибактериальную терапию в соответствии с чувствительностью микрофлоры.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАХРОНОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМЫХ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Басаев Д.Р., Басаев Э.Р., Хабицов В.С.

Контроль Центр «Антибиотеррор», Особый оперативный отдел «Война Эпидемия Беженцы», ГОУ ВПО СОГМА РСО-Алания, Шалинская, Курчалоевская ЦРБ, Владикавказ, e-mail: fortuna-Asya777@yandex.ru.

Воспалительные заболевания поджелудочной железы среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости по частоте встречаемости занимают третье место, уступая лишь острому аппендициту и острому холециститу. При этом число случаев острого панкреатита неуклонно увеличивается, с одновременным увеличением частоты крупноочагового панкреанекроза, сопровождающихся высокой летальностью, достигающей 60-80 %.

Своевременное подключение диагностической информации позволяет использовать опережающий характер лечебных мероприятий, а в случае необходимости своевременно применить хирургическое вмешательство. Наиболее часто для этих целей используются современные методы инструментальной диагностики, прежде всего, ультразвуковое исследование. Применение ультразвука открыло новую страницу в диагностике заболеваний на поджелудочной железе, поскольку этот метод впервые дал возможность неинвазивно визуализировать паренхиму железы, оценить состояние ее протоковой системы и парапанкреатических тканей.

В настоящей работе при проведении ультразвукового исследования нами оценивались следующие параметры: форма органа, размеры, контуры, структура и эхогенность, качество визуализации панкреатического протока и его диаметр, наличие или отсутствие очаговых изменений в железе, состояние сальниковой сумки, и окружающих поджелудочковую железу тканей, а также наличие или отсутствие жидкости в брюшной и плевральной полостях.

При ультразвуковом исследовании отек поджелудочной железы сопровождался ее диффузным снижением эхогенности паренхимы, свойственна более однородная эхоструктура паренхимы с сохранением ее характерного рисунка.

Наличие некротизированной ткани в поджелудочной железе проявлялось при УЗИ. Появление аваскулярных зон в виде гипозоногенных очагов, окруженных, как правило, анэхогенным

ободком на ранних стадиях панкреонекроза, резко выраженные инфильтративные изменения пархимы железы затрудняли ее визуализацию, при этом изображение железы нередко сливалось с изображением окружающих ее тканей, так как ее экзогенность практически сравнивалась с экзогенностью окружающей жировой клетчатки.

Однако и при средней выраженности воспалительного процесса и в ранней стадии развития деструктивных изменений поджелудочной железе ультразвуковая визуализация не всегда позволяла оценить состояние ткани органа. В большинстве случаев отчетливые эхографические признаки деструктивного панкреатита в виде явных изменений контур, экзогенности и структуры органа мы наблюдали уже при достаточно выраженной соответствующей клинической картине.

При прогрессировании острого панкреатита в его начальной стадии в подавляющем большинстве случаев нами было отмечено увеличение в размерах всех отделов поджелудочной железы. При этом экзогенность и экоструктура органа были весьма вариабельны.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ О ДАННЫМ КЛАССИФИКАЦИОННОЙ СТАТИСТИКИ

Басаев Д.Р., Басаев Э.Р., Шевчуков В.С., Хабицов В.С.

Контроль Центр «Антибиотеррор», Особый оперативный отдел «Война Эпидемия Беженцы», ГОУ ВПО СОГМА, РСО-Алания, Шалинская, Курчалоевская ЦРБ, Владикавказ, e-mail: fortuna-Asya777@yandex.ru

На основании методов классификационной статистики нами была разработана многопараметровая оценка состояния больных отделений экстренной специализированной и хирургической помощи дающей возможность четкого прогнозирования возникновения и развития полиорганной недостаточности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, как основной причины летальных исходов. В рамках исследования была вычислена выраженность признаков гипотетических случаев, являвшихся по отношению ко всей обучающей выборке некоторыми усредненными случаями различных клинических вариантов развития полиорганной недостаточности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, становится возможным вычисление мер сходства этих случаев со случаем, диагностируемым в настоящий момент времени.

Определив таким образом, какая из классификационных групп в том или ином пространстве

признаков заболевания является наиболее схожей с параметрами диагностируемого больного, можно предположить, что развитие полиорганной недостаточности у больных, составляющих данную группу, т.е. распознав наиболее схожую с параметрами диагностируемого больного классификационную группу обучающей выборки можно предположить, что ретроспективно известное состояние функциональной активности, того или иного паренхиматозного органа у больных отнесенных, к этой группе, имеется и у диагностируемого больного. Более того, достаточно обоснованным можно считать предположение о том, что дальнейшее развитие нарушения функции того или иного паренхиматозного органа, отмеченное у больных, входящих в состав этой группы, будет отмечаться и у того больного.

Нам удалось добиться уверенного классификационного распознавания при:

1) достаточно компенсированной функциональной недостаточности органа, не являющееся ведущей в синдроме полиорганной недостаточности и связанной, как правило, с более глубоким нарушением функции других органов;

2) выраженной субкомпенсированной органной недостаточности, и являющейся прямой и косвенной причиной возможных ранних и поздних осложнений;

3) практически необратимом нарушении функции органа, оказывающимся в дальнейшем одной из основных причин летального исхода заболевания.

В общем, для полноценных суждений об имеющейся в данный момент времени полиорганной недостаточности и ее возможной компенсации в дальнейшем, необходимо учитывать классификационные отношения функциональных параметров всех жизненно важных органов. При этом для унификации классификационной диагностики возможно формирование отдельного признакового пространства, имеющего своими координатами параметры признаковой близости диагностируемого объекта к классификационным группам.

Диагностические и прогностические выводы, основанные на сравнении параметров больного с типичными случаями острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, определенными по результатам классификации обучающей выборки, демонстрируют преимущества подобных экспертно-статистических моделей над большими и формульными прогностическими системами. Именно исследование классификационных распределений случаев обучающей выборки в пространствах признаков, описывающих наступающее при распространенном воспалительно-деструктивном процессе нарушение жизненно важных органов, позволяет более полноценно сформулировать такое понятие как, тяжесть течения заболевания и прогнозировать его исход.