

ободком на ранних стадиях панкреонекроза, резко выраженные инфильтративные изменения пархимы железы затрудняли ее визуализацию, при этом изображение железы нередко сливались 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 больные 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 жизненноважных 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 пространстве 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.