

*Медицинские науки***ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА ПРИЗНАКОВ  
ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
ШКАЛЫ ИХ ИЗМЕРЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ  
ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ  
ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ  
В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ  
КЛИНИЧЕСКОЙ ВЫБОРКИ К  
СЕРИИ КЛАССИФИКАЦИОННЫХ  
ИССЛЕДОВАНИЙ**

Басаев Д.Р., Басаев Э.Р., Хабицов В.С.,  
Кульчиев А.А., Фидаров Э.З.

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

Первым этапом классификационного исследования выборки больных с явлениями полиорганной недостаточности был отбор доступных для измерения в неспециализированной хирургической клинике признаков этого синдрома.

Экспертный выбор признаков полиорганной недостаточности производится по их т. Н. «типообразующей» способности. Это понятие означает свойство того, или иного показателя течения заболевания численно отражать качественные изменения при его различных формах и стадиях. Численное выражение таких признаков достоверно меняется с изменением течения заболевания. При выборе признаков мы опирались на обширный статистический материал, накопленный за последние годы и десятилетия ведущими клиницистами.

Определяющим условием включения признаков в состав статистической модели полиорганной недостаточности была относительно небольшая корреляционная связь между ними. Пороговая величина коэффициента корреляционной связи между ними. Пороговая величина коэффициента корреляции при этом составила 0,65, так в случаях более выраженных корреляционных связей между признаками, составляющими однопризнаковое пространство, влияние каждого из них на типобразование ослабляется.

Следующим этапом подготовки к вычислительным экспериментам было определение типов признаков и оптимизация шкалы их измерения. В зависимости от шкал измерения, большинство исследователей в структуре медико-биологических данных выделяют три типа признаков: бинарные, ранговые и числовые. Бинарные признаки измеряются по шкале «имеется – отсутствует» (0-1), ранговые по целочисленным шкалам от 0...2 до 0...10, к измерению

других типов признаков может быть применена шкала, использующая все множество рациональных чисел.

В развитии прикладных статистических моделей, посвященных хирургическим заболеваниям органов брюшной полости, прослеживаются одновременные тенденции к уменьшению числа бинарных и ранговых признаков и увеличению доли числовых параметров. В наших исследованиях ранговые шкалы были применены только для определения выраженности признаков, описывающих электрокардиографические изменения, а также для характеристики некоторых неклассификационных признаков. Во всех остальных случаях измерения производились по шкале рациональных чисел.

Экспертный и статистический анализ особенностей изменений числовых признаков течения полиорганной недостаточности привел нас к отказу от их экспертного ранжирования. Дискорреляционный характер динамики величин многих переменных, (принятие ими равночисленных значений при различной степени тяжести заболевания и в различных его стадиях) и неравномерное изменение экспертной значимости на равных числовых интервалах при соблюдении ряда простых условий, не приводят к значимому искажению результатов классификационного исследования выборки. В то же время проведение в этих случаях экспертного ранжирования, особенно до вычислительных экспериментов, существенно увеличивает субъективную долю в статистической модели заболевания.

**РАЗРАБОТКА ОНТОЛОГИИ  
ПРОЦЕДУРНЫХ ЗНАНИЙ**

Краснов В.В.

*Национальная медицинская академия  
последипломного образования имени П.Л. Шупика,  
Киев, e-mail: volodkras@gmail.com*

Процедурные знания являются основой описания процессов. В свою очередь, последовательность действий является базой деятельности врача (медицинских процессов). Функциональнопредназначение процедурных знаний – отображать правила и алгоритмы действий. В современных системах передачи медицинских процедурных знаний через различные материальные носители (книга, электронный учебник) актуален вопрос – как обеспечить минимальное искажение информации. Кроме того, не решена проблема построения баз процедурных знаний.

Были проведены исследования структуры процедурных медицинских знаний. По пред-