

ной нозологической формы – вирусиндуцированного демиелинизирующего энцефаломиелита, требующего детального изучения и разработки критериев диагностики и патогенетической терапии.

С.В. Лобзин, Т.В. Лалаян

Н.И. ПИРОГОВ И ПРОБЛЕМА БОЛИ В НЕВРОЛОГИИ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Гениальный русский хирург Н.И. Пирогов был одним из пионеров отечественной и мировой анестезиологии. В 1855 г. им описан феномен формирования интенсивных жгучих болей, гиперестезии, вегетативных и трофических нарушений в конечностях у раненых после нетяжёлых повреждений. Эти расстройства он назвал «посттравматической гиперестезией». Спустя 10 лет американские хирурги (Mitchell S., Morehouse G., Keen W.) описали аналогичную клиническую картину жгучих болей, гиперпатии, трофических расстройств в поражённой конечности у солдат, пострадавших в гражданской войне в США. Эти состояния Mitchell вначале обозначил «эритромелалгией», а затем, в 1867 г., предложил термин «каузалгия». В 1900 г. Sudeck описал подобные проявления в сочетании с остеопорозом и назвал это «дистрофией». В 1947 г. O. Steinbrocker описал синдром «плечо — кисть». Таким образом, работы Н.И. Пирогова предопределили целое направление современной медицины, посвящённое борьбе с болью. Идея создания противоболевых учреждений - центров лечения болевых синдромов популярна в экономически развитых странах около 40 лет. Один из первых центров боли был основан в 1960 году при Вашингтонском университете. В настоящее время только в США насчитывается около 2000 клиник или центров лечения боли. Целью работы таких медицинских подразделений является оказание медицинской помощи пациентам с различными болевыми синдромами. К таким синдромам относятся мышечно-скелетные боли в спине, суставные, головные и лицевые боли, вертеброгенные радикулопатии, туннельные невропатии, стеноз позвоночного канала, тригеминальная невралгия, постгерпетическая невралгия, комплексный регионарный болевой синдром, “хлыстовая” травма, спортивная травма и др. Для лечения больных с различными болевыми синдромами наиболее эффективен мультидисциплинарный подход. Он основан на возможности выработки лечебной тактики врачами, имеющими подготовку по различным специальностям. Внедрение этого принципа при организации центров боли было названо революцией в области здравоохранения. Противоболевые центры имеют следующие категории: А. Большие всесторонние; Б. Всесторонние; В. Синдромально - ориентированные; Д. Модальностно-ориентированные. Создание центра боли той или иной направленности обычно определяется потребностью различных слоев населения в данном виде медицинской помощи и типом медицинского учреждения (поликлиника, стационар). Большинство из этих центров являются клиниками для

лечения пациентов с хронической болью в спине. Многие исследователи показывают большую эффективность лечения болевых синдромов в этих центрах и клиниках по сравнению с общей практикой.

М.А. Новожилова, Т.М. Алексеева

МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАННИХ ИСХОДОВ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТОВ

*ГУЗ «Городская Покровская больница», Санкт-Петербург;
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования*

Заболевание геморрагический инсульт — часто встречающаяся церебральная патология, в большинстве случаев тяжело протекающая и требующая от медицинского персонала своевременно и в полном объёме проведения всех лечебно-диагностических мероприятий. Важную роль играет прогнозирование ранних исходов геморрагических инсультов для планирования всего комплекса мероприятий для каждого отдельного пациента.

Для составления прогноза ранних исходов геморрагических инсультов мы использовали методы математической статистики (метод логистической регрессии, дискриминантный анализ, метод анализа нейронных сетей). Была сформирована база данных, содержащая данные обследований 288 больных, проходивших лечение в нейрососудистых отделениях Покровской больницы Санкт-Петербурга с верифицированным диагнозом геморрагического инсульта. Все данные о больных заносились в базу с помощью специально разработанной карты кодирования. Карта кодирования включала 255 признаков, которые подробно описывали состояние больного при поступлении, данные различных исследований, изменения состояния больного в динамике и на момент окончания лечения.

С помощью корреляционного анализа были выделены как отдельные признаки, так и их совокупности, оказывающие значимое влияние на исход заболевания. Выделенные признаки и совокупности были использованы в качестве исходных данных для построения моделей прогноза ранних исходов заболевания. С помощью метода логистической регрессии была построена модель, позволяющая определить вероятность летального исхода у больного геморрагическим инсультом. Модель, основанная на дискриминантном анализе способствовала решению задачи классификации для отнесения больного в одну из групп: выживших или умерших. Данная модель также позволила оценить степень инвалидизации больного при выписке из стационара. Инновационная модель прогноза, построенная при помощи метода анализа нейронных сетей, также позволяет решать задачи классификации и вероятностного прогнозирования.

Прогнозирование ранних исходов геморрагических инсультов осуществлялось не только при поступлении больного в стационар, но также на разных сроках госпитализации с учётом динамики состояния: на первые сутки, на вторые сутки, на пятые сутки и на седьмые сутки.