

лечение как альтернативу медикаментозным методам лечения. Предлагаемый комплекс имеет не только профилактическое, но и клиническое значение. При этом именно системный подход, который отличается комплексностью и многоплановостью сбора и анализа изучаемых явлений и фактов, позволил нам в конечном итоге разработать ряд методических рекомендаций, которые реально улучшили состояние здоровья пациентов, находящихся в климактерическом периоде.

Поступила 17.10.2006

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Баклаенко Н. Г., Стукалова Т. И., Зелинская Д. И., Гаврилова Л. В. Охрана здоровья женщин: современные проблемы // Здравоохранение. 1999. № 5. С. 25–35.
2. Балан В. Е. Эпидемиология климактерического периода в условиях большого города // Акуш. и гинекология. 1995. № 3. С. 25–28.
3. Боголюбов М. Г. Техника и методики физиотерапевтических процедур (справочник.) Тверь: Губернская медицина, 2002. С. 304–348.
4. Вихляева Е. М. Рук-во по эндокринной гинекологии. М.: Мед. 2002. С. 191–193.
5. Вихляева Е. М., Балан В. Е., Сметник В. П. Менопаузальный синдром. 1996.
6. Грацианский Н. А. Гормональная заместительная терапия эстрогенами как метод профилактики (и лечения) атеросклеротических заболеваний сосудов женщин в постменопаузе // Кардиология. 1996. № 6. С. 4–18.
7. Грацианский Н. А. Заместительная терапия эстрогенами в менопаузе: реальный метод первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний у женщин или только интересная тема для обсуждения // Клини. фармакология и терапия. 1994. № 3. С. 30–39.

8. Овсиенко А. П. Влияние исходной гипо- и гиперэстрогении на состояние больных в постменопаузе // Материалы Международной научно-практической конференции «ВУЗ. Здоровье. Интеллект». Кисловодск, 2003. С. 75–86.

9. Пономаренко Г. Н., Антипенко П. В. Физиотерапия и курортология в вопросах и ответах. СПб, 2000. С. 244–257.

10. Руденко Л. Г. Физиотерапия. Ростов н/Д: Феникс, 2000. С. 333.

11. Фролков В. К. Физические факторы в терапии больных с климактерическим синдромом в постменопаузе // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. 2004. № 5. С. 35–37.

12. Jacobs, S., Hillard T. Hormone replacement therapy in the aged. A state of the art review // Drugs Aging. 1996. Vol. 8. P. 193–213.

13. Manninen V., Elo O., Frick H., et al. Lipid alteration and decline in the incidence of coronary heart disease in the Helsinki Heart Study, JAMA, 1988. Vol. 260. P. 641–651.

**N. Y. KUDLAY, O. K. FEDOROVICH,  
L. Y. KARAHALIS**

#### **COMPLEX THERAPY OF CLIMACTERIC SYNDROME: NON-DRUG METHODS**

*For the five years' period the research of influence of non-medicamental methods of correction of a climacteric set of symptoms among 250 women was carried out. During the research such data were studied the changes during therapy of a lipide structure, a level of gonadotrophic hormones, changes of cardiovascular system, osteodensitometrical parameters. Using of complex therapy ( photoradiotherapies, water treatment) much better influence on clinical-laboratory parameters.*

**В. В. ЛЕБЕДЕВ, М. А. ЖАРОВ, М. Т. АБИДОВ**

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ РОЖИ**

*Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии ФПК и ППС  
Кубанского государственного медицинского университета*

Постоянное совершенствование прогностических приемов в медицине представляет собой весьма актуальную проблему. Умение дать точный прогноз болезни определяет профессиональный уровень специалиста. Накопленный за последние годы материал по вопросам прогноза рецидивов рожки имеет в основном описательный характер, отсутствует оценка факторов рецидивирования рожки [1]. Современные методы иммунологического исследования позволили выявить показатели неспецифической резистентности и иммунитета, которые отражают формирование рецидивирующего течения болезни. Выраженная тенденция к повышению цитокинов, медиаторов воспаления, иммуноглобулинов в процессе лечения и периоде реконвалесценции свидетельствует об интенсификации защитных процессов и вероятно неблагоприятном прогнозе болезни. Эти клинико-иммунологические и лабораторные изменения в системе гемостаза ряд авторов используют для прогнозирования

рецидивов болезни [1–2]. Недостатком предложенных способов прогнозирования рецидивов рожки является недостоверность определения риска развития ранних рецидивов, что приводит к запоздалой коррекции терапии, снижению результатов лечения. Кроме того, применению этих способов может препятствовать отсутствие необходимого оборудования и подготовленных кадров, трудоемкость выполнения предлагаемых методик.

#### **Материалы и методы**

Исследование проведено в Майкопской городской клинической больнице в 2000–2005 гг. Обобщены результаты ретроспективного прогнозирования рецидивов рожки у 97 реконвалесцентов, наблюдававшихся в 2000–2001 гг., и результаты прогнозирования рецидивов у 386 больных, лечившихся в больнице в период с 2002 по 2005 г. Всем больным проводилась базисная общепринятая этиопатогенетическая терапия:

антибиотики, дезагреганты, десенсибилизирующие препараты и др. Антибиотики (бензилпенициллин, цефалоспорины, аминогликозиды, линкомицин) назначались в среднетерапевтических дозах в течение 7–10 дней.

В зависимости от факта дополнения базисной терапии аминофталгидразидами больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили пациенты, поступавшие в 2002–2005 гг. с понедельника по пятницу, – 272 (70,5%) человека. Они наряду с общепринятой этиопатогенетической терапией получали аминофталгидразиды (АФГ): галавит, тамерит, галавтилин. В 2002–2003 гг. этим больным – 121 (31,3%) человек – в схему комплексной этиопатогенетической терапии было включено местное применение на очаг воспаления галавтилина два раза в день в течение 2–10 дней и парентеральное введение галавита или тамерита по 100 мг 2 раза в сутки в течение 1–3 дней (схема № 1). В 2004–2005 гг. – 151 (39,2%) человек – на фоне комплексного этиопатогенетического лечения вводили внутримышечно галавит или тамерит по 100 мг 2 раза в сутки в течение 1–3 дней, а на очаге воспаления и путях лимфооттока проводили лазеротерапию (схема № 2).

Вторая группа (сравнения) – 114 (29,5%) человек – представлена пациентами, поступавшими с 2002 по 2005 год в субботние и воскресные дни. В 2002–2003 гг. – 50 (12,9%) больных – в схему комплексной этиопатогенетической терапии на очаг воспаления рожи и паховые лимфоузлы назначали физиолечение (схема № 3), в 2004–2005 гг. – 64 (16,6%) больных – лазеротерапию на очаг воспаления и регионарные лимфоузлы (схема № 4).

С целью своевременного выявления рецидивов все пролеченные 386 больных были взяты на диспансерный учет. Лечение фоновых заболеваний и противорецидивная терапия у реконвалесцентов рожи проводились согласно разработанной программе диспансеризации. Применялись две схемы противорецидивной терапии у реконвалесцентов, перенесших первичную рожу:

- традиционная — бициллин-5 по 1,5 млн. ЕД через 4 недели после выписки из стационара в течение 4 недель 1 раз в неделю, повторные курсы через каждые 6 месяцев в течение 2 лет;

- разработанная нами — парентеральное введение аминофталгидразидов (галавита, тамерита) по 100 мг через 4 недели после выписки из стационара в течение 4 недель 1 раз в неделю, затем повторные курсы через каждые 6 месяцев в течение двух лет, также местно на очаг бывшего воспаления отпускаясь лазеротерапия – до 10 сеансов.

С целью определения индивидуального риска возникновения рецидивов рожи применяли метод распознавания образов наибольшего правдоподобия. Для прогнозирования возникновения рецидивов изучена частота встречаемости различных факторов риска заболевания рожей. Для распознавания образов наибольшего правдоподобия выбраны наиболее существенные факторы (табл. 1), проведена их оценка по методике Е. Н. Шигана (1973). Затем каждому из них рассчитали нормированные интенсивные показатели (НИП). В качестве нормирующего показателя принимали процент наличия рецидивов во всей выборке. Нормированный

интенсивный показатель для каждого фактора риска определяли отношением процента рецидивов у лиц с наличием конкретного фактора к общему нормирующему показателю. После расчета нормированных интенсивных показателей по всем факторам риска создали оценочную таблицу, состоящую из факторов риска и их градации со значением соответствующего им нормированного интенсивного показателя. Из-за неравнозначности действия конкретного фактора риска на формирование рецидивов и учета вклада каждого из них определяли их весовые индексы (К). Последний вычисляли как равенство отношения максимального и минимального нормированного интенсивного показателя конкретного фактора (его градаций). Далее рассчитывали прогностический коэффициент  $R = K \times \text{НИП}$ , который помогал охарактеризовать вклад конкретного фактора риска в развитие рецидивов. Таким образом, риск рецидивов (группа риска) рассчитывали как отношение всех прогностических коэффициентов  $R$  к суммарному  $K$ . *Риск рецидивов =  $(K \times \text{НИП} + K \times \text{НИП} + K \times \text{НИП}) : K$* .

Группы риска определяли в границах между минимальным и максимальным рисками.

### Результаты исследования и их обсуждение

Коэффициенты правдоподобия  $P1:P2$  были рассчитаны по всем изученным факторам риска у 97 реконвалесцентов, получавших базисную терапию в 2000–2001 годах, что позволило выделить наиболее значимые. Это возраст от 61 до 70 лет, женский пол, стаж болезни более 7 лет, начало заболевания летом, рецидивирующий вариант течения болезни, негеморрагическая форма рожи, локализация очага на нижних конечностях (табл. 1). Коэффициенты отношения правдоподобия позволили осуществить индивидуальное прогнозирование вероятности рецидивов в отношении каждого пациента, пролеченного по поводу рожи, с учетом возможных сочетаний факторов риска. Поскольку каждый из этих факторов участвует в формировании рецидивов, комплексная оценка риска возможности рецидивирования рожи получается как произведение соответствующих коэффициентов отношения правдоподобия.

**Пример № 1.** Расчет риска развития рецидива рожи у женщины 70 лет, с 0 (I) группой крови, стажем заболевания 5 лет, обратившейся летом с рецидивирующим течением болезни, негеморрагической формой, локализацией очага воспаления на верхней конечности, имеющей в анамнезе микоз стоп, хроническую лимфопатическую недостаточность с остаточными явлениями в виде лимфостаза.

$1,49 \times 1,69 \times 0,88 \times 0,64 \times 1,41 \times 3,82 \times 1,30 \times 1,04 \times 1,01 \times 1,0 = 10,43$ .

У данной больной риск развития рецидива рожи в 10,43 раза превышает средний риск возникновения рецидивирования болезни, который равен 1,0 ( $P1$ ).

Для определения диапазона риска развития рецидива заболевания необходимо определить минимальное ( $P_{\min}$  — произведение наименьших коэффициентов отношения правдоподобия по представленным факторам) и максимальное ( $P_{\max}$  — произведение наибольших коэффициентов отношения правдоподобия) значения риска. Наиболее значимые факторы риска возникновения рецидивов были разделены на две группы: модифицированные — стаж заболевания, вариант течения, сезонность, форма болезни, локализация очага рожи

и немодифицированные — пол, возраст. Определены нормированные интенсивные показатели (НИП) и весовые индексы факторов риска (К), влияющие на частоту возникновения рецидивов, а также прогностические коэффициенты рисков (R). Из факторов риска выбраны 7 наиболее весомых, составлена прогностическая карта развития рецидивов рожы у пролеченных больных (табл. 2). Максимальный суммарный прогностический коэффициент риска  $R_{\max}$  (при сочетании всех неблагоприятных факторов) равен 134,4, при этом показатель максимального риска равен 2,7. Минимальный суммарный прогностический коэффициент риска  $R_{\min}$  (при сочетании всех благоприятных факторов) равен 20,7, при этом показатель минимального риска равен 0,4. Шкалу градаций показателей риска возникновения рецидивов рожы можно представить следующим образом:

**1-я группа риска** (группа неблагоприятного прогноза) — прогностический коэффициент риска 2,0–2,7;

**2-я группа риска** (группа повышенного внимания) — прогностический коэффициент риска 1,2–1,9;

**3-я группа риска** (группа благоприятного прогноза) — прогностический коэффициент риска 0,4–1,1.

В результате проведенного ретроспективного прогнозирования выявлено 23 (23,7) рецидива у 97 реконвалесцентов. Эффективность ретроспективного прогнозирования рецидивов рожы составила 100%.

В связи с вышеизложенным, на основании данных таблиц 1 и 2 проведены расчеты прогнозирования рецидивов у 386 больных, поступивших на стационарное лечение в 2002–2005 годах. При сборе анамнеза выявлены наиболее значимые факторы риска возможных рецидивов, определены показатели факторов риска крови — уровень содержания цитокинов, медиаторов воспаления, наличие в сыворотке крови эозинофилов, лимфоцитов.

По таблице 1 у поступивших рассчитали индивидуальную оценку возникновения рецидивов рожы, по прогностической карте развития рецидивов определили риск их возникновения и установили степень риска. При значении данного коэффициента 0,4–1,1 регистрировали отсутствие риска рецидивов болезни, при  $R=1,2–1,9$  определяли наличие средней степени риска (контингент больных повышенного внимания), при  $R=2,0–2,7$  устанавливали высокую степень риска возникновения рецидивов. При индивидуальном прогнозировании до начала лечения (табл. 1) из 386 больных средний риск возникновения рецидивов выявлен у 78 (20,2%) пациентов. При прогностической оценке (табл. 2) неблагоприятный прогноз течения болезни определен у 65 (16,8%) человек, группа повышенного внимания составила 273 (70,7%) больных, благоприятный прогноз установлен у 48 (12,4%) пациентов.

При проведении ретроспективного индивидуально-прогнозирования (табл. 1–2) с комплексной оценкой риска возможности рецидивирования (табл. 2) из 386 пролеченных больных средний риск возникновения рецидивов выявлен у 78 (20,2%) человек, неблагоприятный прогноз течения болезни установлен у 64 (16,6%) пациентов, группа повышенного внимания составила 155 (40,2%) человек, благоприятный прогноз установлен у 167 (43,3%) больных.

Результаты выявленных рецидивов при ретроспективном прогнозировании у 64 (16,6%) больных в срав-

нении с поступавшими в стационар до начала лечения у 65 (16,8%) не противоречат полученным данным, тогда как при диспансерном осмотре рецидивы зарегистрированы только у 46 (11,9%) реконвалесцентов рожы. В связи с чем изучена эффективность результатов прогнозирования рецидивов рожы у госпитализированных больных в зависимости от метода лечения.

У пациентов основной (272 человека) и группы сравнения (114 человек) проведена индивидуальная оценка возникновения рецидивов (табл. 1), установлен риск развития рецидивов у больных рожой по прогностическим картам (табл. 2) на основании вышеизложенного метода. Рассчитаны коэффициенты отношения правдоподобия для каждой группы и по всем изучавшимся факторам риска выделены наиболее значимые. Проведено индивидуальное прогнозирование вероятности рецидивов в отношении каждого пролеченного больного по поводу рожы с учетом возможных сочетаний факторов риска.

**Пример № 2.** Расчет индивидуального риска развития рецидива рожы у женщины 73 лет, получавшей базисную терапию, имеющей А (II) группу крови, стаж заболевания 3 года, обратившейся летом за стационарной помощью, с рецидивирующим течением болезни, негеморрагической формой, с локализацией очага воспаления на лице, в анамнезе хронический гайморит, остаточных явлений после лечения на месте бывшего очага рожы нет.

$$1,04 \times 1,47 \times 1,0 \times 0,32 \times 1,04 \times 24,3 \times 1,05 \times 0,66 \times 1,0 \times 0,97 = 8,4.$$

**Пример № 3.** Расчет риска развития рецидива рожы у женщины 73 лет, леченной АФГ, имеющей А (II) группу крови, стаж заболевания 3 года, обратившейся летом за стационарной помощью, с рецидивирующим течением болезни, негеморрагической формой, с локализацией очага воспаления на лице, в анамнезе хронический гайморит, остаточных явлений после лечения на месте бывшего очага рожы нет.

$$0,77 \times 0,53 \times 0,97 \times 0,90 \times 1,85 \times 4,70 \times 1,04 \times 0,96 \times 1,01 \times 1,01 = 3,2.$$

Установлено, что риск возникновения рецидива заболевания у больной, получающей базисную терапию, будет выше среднего в 8,4 раза, а при получении ею АФГ в комплексной терапии степень риска развития рецидива увеличивается только в 3,2 раза. При этом диапазон возникновения риска рецидивов у больных, получавших базисную терапию, составил 0,002–426,5, у пациентов, леченных АФГ, — от 0,02 до 84,9. Чем ближе полученная индивидуальная оценка риска к максимальному значению диапазона риска, тем больше оснований для отбора данного пациента в группу наибольшего внимания.

Максимальный суммарный прогностический коэффициент риска  $R_{\max}$  у лиц, получавших АФГ, был равен 780,2, при этом показатель максимального риска составил 25,4. Минимальный суммарный прогностический коэффициент риска  $R_{\min}$  равен 159,2, при этом показатель минимального риска составил 0,5. Шкалу градаций показателей риска возникновения рецидивов можно представить так: 1-я группа риска (группа неблагоприятного прогноза) — прогностический коэффициент риска 17,2–25,4; 2-я группа риска (группа повышенного внимания) — прогностический коэффициент риска 8,9–17,1; 3-я группа риска (группа благоприятного прогноза) — прогностический коэффициент риска 0,5–8,8. Наиболее значимыми факторами риска развития

**Комплексная индивидуальная оценка возникновения рецидивов рожи по различным факторам риска у больных рожей (2000–2001 гг.)**

Факторы риска	Есть рецидив рожи		Нет рецидива рожи		P1/P2
	Абс.	P1	Абс.	P2	
<b>1. Возраст в годах</b>					
0–30	0	0	7	0,095	0
31–40	1	0,043	5	0,067	0,63
41–50	2	0,087	17	0,230	0,43
51–60	4	0,174	10	0,135	1,29
61–70	10	0,435	17	0,230	1,69
71 и старше	6	0,261	18	0,243	1,07
<b>ИТОГО</b>	<b>23</b>	<b>1,000</b>	<b>74</b>	<b>1,000</b>	
<b>2. Пол</b>					
Женский	19	0,826	41	0,554	1,49
Мужской	4	0,174	33	0,446	0,39
<b>ИТОГО</b>	<b>23</b>	<b>1,000</b>	<b>74</b>	<b>1,000</b>	
<b>3. Группа крови (AB0)</b>					
0 (I)	6	0,261	22	0,297	0,88
A (II)	10	0,435	33	0,446	0,98
B (III)	5	0,217	19	0,257	0,84
AB (IV)	2	0,087	0	0	0
<b>ИТОГО</b>	<b>23</b>	<b>1,000</b>	<b>74</b>	<b>1,000</b>	
<b>4. Стаж заболевания</b>					
До 3 лет	4	0,174	58	0,784	0,22
4–6 лет	2	0,087	10	0,135	0,64
Более 7 лет	17	0,739	6	0,081	9,12
<b>ИТОГО</b>	<b>23</b>	<b>1,000</b>	<b>74</b>	<b>1,000</b>	
<b>5. Сезонность заболевания</b>					
Зима	1	0,043	13	0,176	0,24
Весна	2	0,087	13	0,176	0,49
Лето	11	0,478	24	0,324	1,41
Осень	9	0,391	24	0,324	1,26
<b>ИТОГО</b>	<b>23</b>	<b>1,000</b>	<b>74</b>	<b>1,000</b>	
<b>6. Вариант течения</b>					
Первичный	4	0,174	58	0,784	0,22
Рецидивирующий	19	0,826	16	0,216	3,82
<b>ИТОГО</b>	<b>23</b>	<b>1,000</b>	<b>74</b>	<b>1,000</b>	
<b>7. Форма рожи</b>					
Геморрагическая	6	0,261	32	0,432	0,60
Негеморрагическая	17	0,739	42	0,568	1,30
<b>ИТОГО</b>	<b>23</b>	<b>1,000</b>	<b>74</b>	<b>1,000</b>	
<b>8. Локализация рожи</b>					
Нижняя конечность	20	0,870	59	0,797	1,04
Другие	3	0,130	15	0,203	0,86
<b>ИТОГО</b>	<b>23</b>	<b>1,000</b>	<b>74</b>	<b>1,000</b>	
<b>9. Соп. заболевания: микоз, с/диабет, ожирение, ХВН, и др.</b>					
Есть	20	0,870	64	0,865	1,01
Нет	3	0,130	10	0,135	0,96
<b>ИТОГО</b>	<b>23</b>	<b>1,000</b>	<b>74</b>	<b>1,000</b>	
<b>10. Остаточные явления: лимфостаз, повышение уровня эозинофилов, лимфоцитов, цитокинов, оксид азота и др.</b>					
Да	19	0,826	61	0,824	1,00
Нет	4	0,174	13	0,176	0,99
<b>ИТОГО</b>	<b>23</b>	<b>1,000</b>	<b>74</b>	<b>1,000</b>	

## Прогностическая карта развития рецидивов у больных рожей (2000–2001 гг.)

Фактор риска	Градация факторов	НИП	ВИФ (К)	Ранги	Прогностический коэффициент риска (R)
Вариант течения	Первичный	0,73	4,8	4	3,5
	Рецидивирующий	3,49			16,8
Стаж заболевания	До 3 лет	0,73	8,4	5	6,1
	4–6	0,37			3,1
	Более 7 лет	3,12			26,2
Возраст, лет	0–30	0	10,2	2	0
	31–40	0,18			1,8
	41–50	0,37			3,8
	51–60	0,73			7,4
	61–70	1,84			18,8
	71 и старше	1,10			11,2
Пол	Мужской	0,73	4,8	4	3,5
	Женский	3,49			16,8
Сезонность	Зима	0,18	11,2	1	2,0
	Весна	0,37			4,1
	Лето	2,02			22,6
	Осень	1,65			18,5
Форма	Геморрагическая	1,10	2,8	6	3,1
	Негеморрагическая	3,12			8,7
Локализация очага	Нижняя конечность	3,67	6,7	3	24,5
	Другие	0,55			3,7
			$\Sigma=48,9$	$\Sigma_{\max}=134,4$	$\Sigma_{\min}=20,7$

Примечание: НИП — нормированные интенсивные показатели. ВИФ — весовые индексы факторов риска.

## Уровень риска развития рецидивов в зависимости от схемы проводимого лечения

Изучаемые факторы	Есть рецидив		Нет рецидива		P1/P2
	n	P1	n	P2	
Лечение					
Комплексная терапия с АФГ	8	0,174	264	0,776	0,22
Базисная терапия	38	0,826	76	0,224	3,69
ИТОГО	46	1,000	340	1,000	
Схемы лечения					
Схема № 1	4	0,087	117	0,344	0,25
Схема № 2	4	0,087	147	0,432	0,20
Схема № 3	25	0,543	25	0,074	7,34
Схема № 4	13	0,283	51	0,150	1,89
ИТОГО	46	1,000	340	1,000	
Противорецидивное лечение					
Бициллинопрофилактика	12	0,800	18	0,228	3,51
Профилактика АФГ	3	0,200	61	0,772	0,26
ИТОГО	15	1,000	79	1,000	

Примечание: n — число больных.

рецидива рожи у больных, леченных АФГ, оказались: рецидивирующее течение болезни, сезонность заболевания (осень), возраст 61—70 лет, стаж заболевания до 3 лет, женский пол, локализация очага на нижних конечностях, негеморрагическая форма рожи. Наиболее значимыми факторами риска развития рецидивов рожи у больных, получавших базисную терапию, были рецидивирующее течение болезни, стаж болезни 4—6 лет, сезонность заболевания (лето), возраст старше 70 лет, локализация очага на нижних конечностях, негеморрагическая форма рожи, женский пол.

В основной группе больных при индивидуальной оценке возникновения рецидивов выявлен средний риск возникновения рецидивов болезни у 35 (12,9%) человек. По прогностической карте неблагоприятный прогноз течения болезни установлен у 28 (10,3%) больных, к группе повышенного внимания отнесено 202 (74,3%) пациента, благоприятный прогноз определен у 42 (15,4%) человек. При диспансерном наблюдении рецидивы выявлены у 8 (2,9%) реконвалесцентов.

В группе сравнения при индивидуальной оценке средний риск возникновения рецидивов болезни выявлен у 63 (55,3%) пациентов. По прогностической карте неблагоприятный прогноз установлен у 37 (32,5%) человек, к группе повышенного внимания отнесен 71 (61,4%) пациент, благоприятный прогноз выявлен в 6 (5,3%) случаях. Рецидивы рожи подтверждены при диспансерном наблюдении у 38 (33,3%) реконвалесцентов.

На основании вышеизложенных данных нами определен алгоритм прогнозирования рецидивов у лиц, заболевших рожей. Врачу необходимо заполнить в определенной последовательности прогностическую таблицу 2. Выяснить данные по факторам, включенным в таблицу. Соответствующие прогностические коэффициенты риска сложить, получив суммарный прогностический коэффициент. Полученную сумму разделить на суммарный весовой индекс. По шкале риска определить, в каком диапазоне находится полученная величина, тем самым определив прогноз течения болезни у конкретного больного.

Проведен анализ по оценке риска развития рецидивов в зависимости от схемы комплексного патогенетического лечения рожи (табл. 3). Рассчитаны коэффициенты отношения правдоподобия P1/P2 по всем изучавшимся факторам риска. Вероятность развития рецидива выше у больных рожей, получающих базисную терапию. Наибольшему риску подвергались пациенты, получавшие базисную терапию с УФО очага воспаления (схема № 3). Наиболее эффективной схемой комплексного лечения рожи оказалось парентеральное введение аминофталгидразидов в сочетании с лазеротерапией на очаг воспаления (схема № 2). Установлено, что при проведении противорецидивной терапии реконвалесцентам рожи бициллином-5 вероятность возникновения рецидивов увеличивается в 3,51 раза по сравнению со средними значениями.

Выполненный анализ вероятности прогнозирования течения болезни, включая ретроспективный, и результаты диспансерного осмотра помогли установить, что рецидивы рожи у лиц, поступивших в стационар до начала лечения, при прогнозировании выявлены в 17% случаев, при диспансерном наблюдении у реконвалесцентов рожи зарегистрированы у 12% больных. Определен неблагоприятный прогноз у 37 (32,5%) больных, получавших базисную терапию, и у 28 (10,3%) пациентов, получавших АФГ. Соответственно подтверждены рецидивы рожи при диспансерном осмотре после

проведения базисной терапии у 38 (33,3%) человек и у 8 (2,9%) реконвалесцентов, получавших АФГ. Эффективность результатов прогнозирования госпитализированных зависела от метода лечения и составила 97,4—100% случаев.

## Выводы

1. Использование метода распознавания образов наибольшего правдоподобия с изучением частоты встречаемости различных факторов риска заболевания рожей и их оценкой по методике Е. Н. Шигана (1973) позволило выделить наиболее значимые факторы риска развития рецидива рожи (возраст от 61 до 70 лет, женский пол, стаж болезни более 7 лет, летняя сезонность заболевания, рецидивирующий вариант течения, негеморрагическая форма рожи, локализация очага на нижних конечностях), оценить их роль, произвести расчет индивидуального риска рецидива у больного, установить факт зависимости риска развития рецидива рожи от применяемых схем лечения.

2. Установлено, что в группе больных рожей, леченных с применением аминофталгидразидов и лазеротерапии, по сравнению с группой пациентов, получавших базисную терапию, риск развития рецидива уменьшался в 3,7 раза.

3. Проведенный анализ клинической эффективности применяемых противорецидивных схем лечения у реконвалесцентов рожи показал, что после бициллинопрофилактики рецидивы рожи наблюдались в 31,6% случаев, при использовании аминофталгидразидов с лазеротерапией значительно реже — в 5,2%. Это свидетельствует о более высокой эффективности последней схемы.

Поступила 20.12.2006

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лебедев В. В., Жаров М. А. Клиника и лечение рожи. Краснодар, 2003. 48 с.
2. Шиган Е. Н. Применение современных математических методов и вычислительной техники для изучения здоровья населения. М., 1973.

**V. V. LEBEDEV, M. A. ZHAROV, M. T. ABIDOV**

## **ERYSIPELAS RELAPSES PREDICTION AND PROPHYLAXIS**

*386 patients with erysipelas at the Maykop City Infectious Hospital had been under observation from 2002 to 2005 year. We used the method of most verisimilitude images recognition for description of backset individual risk at patients with erysipelas. We selected and scored it by methods of E. N. Shigan (1973) quintessence risk factors for recurrent erysipelas. We developed the algorithm for prediction of erysipelas recidivations.*

*We made the clinical efficacy analysis of used antirecurrent treatment regimens at survivors from erysipelas. We observed erysipelas relapses in 31,6% cases with Bicillin prophylaxis regimen, and in 5,2% cases with aminoptalhydrazid and laser therapy prophylaxis regimen. It indicates to higher efficacy of last regimen.*

*Key words: erysipelas, scoring of risk factors, prediction of recidivations.*