

лактата и щелочной фосфатазы в клетках (и в крови), а также изменением Na-K баланса.

Материалы исследования могут быть использованы

в дальнейшей работе по обоснованию гигиенических нормативов для атмосферы населенных мест.

MATERIALS FOR THE TOXICOLOGICAL ESTIMATION OF DICYCLOPENTADIENE IN THE EXPERIMENT CONDITIONS

V.V. Igumenshcheva, G.G. Yushkov, N.Z. Dabaev, A.A. Guschina, S.N. Andropova
(Scientific Research Institute of Biophysics of Angarsk State Technical Academy)

In this article the materials of researches of toxic influence of dicyclopentadiene on laboratory animals are presented. The aim is the revealings of features of the mechanism of its toxic action for further use in a scientific substantiation of hygienic specifications in objects of an environment.

The basic parts of biochemical damages are revealed on the level Na-K of balance with displays of functional shifts on hygienic significant sizes of dozes and concentration.

ЛИТЕРАТУРА

1. Асатиани В.С. Ферментные методы анализа. — М.: Наука, 1969. — 612 с.
2. Багрий Е.И. Адаманти. — М.: Наука, 1989. — 264 с.
3. Справочник по клиническим лабораторным методом исследования / Сост. Н.И. Бокуняева, Р.П. Золотницкая. — М.: Медицина, 1975. — 82 с.
4. Лабораторные методы исследования в клинике. Справочник / В.В. Меньшиков, Л.Н. Делекторская. — М.: Медицина, 1987. — 368 с.
5. Биохимические исследования в токсикологическом эксперименте / Под ред. М.Ф. Савченкова, В.М. Прусаков. — Иркутск: Изд-во Иркут. ун-та, 1990. — С.151-163.
6. Голиков С.Н., Саноцкий И.В., Тиунов Л.А. Общие механизмы токсического действия. — Л.: Медицина, 1986. — 279 с.
7. Зайчик А.Ш., Чурилов Л.П. Общая патофизиология: Учебник для студентов медВУЗов. — СПб., ЭЛБИ — СПб, 2001. — 624 с.
8. Криницкий А.Ф. Фотометрический метод определения общей суммы липидов крови // Врачебное дело. — 1959. — № 7. — С.758-759.
9. Прокофьева А.С., Бузюн А.Ф. К токсикологии дициклопентадиена, полученного из разного сырья // Современные вопросы токсикологии пестицидов и полимерных материалов / Тезисы докладов VII Всес. конф. — Киев, ВНИИГИНТОКС, 1985. — С.156.
10. Портяная Н.И., Черняк Ю.И., Минченко О.В., Шульгина Н.А. Некоторые аспекты токсикокинетики дициклопентадиена // Токсикологический вестник. — 1995. — № 2. — С.
11. Тарадин Я.И., Буравлев Г.В., Бокарева Г.С. и др. Санитарно-токсикологическая характеристика дициклопентадиена // Токсикология и гигиена продуктов нефтехимии и нефтехимических продуктов. — Ярославль, 1972. — С.197-206.
12. Шапкина Л.Ф. Материалы к обоснованию предельно допустимой концентрации циклопентадиена и его димера — дициклопентадиена в воздухе производственных помещений // Гигиена труда и проф. заболеваний. — 1965. — № 12. — С.13-19.
13. Жолдокова З.И., Сильвестров А.Е., Михайловский И.Я. Обоснование предельно допустимых концентраций норборнадиена, норборнадиена и дициклопентадиена в воде водоемов // Гигиена и санитария. — 1986. — № 2. — С.77-79.

© ВИННИК Ю.С., ПЕТРУШКО С.И., ПОПОВ Д.В., БАЛАХОНОВ В.В. — 2007

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РЕЦИДИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ю.С. Винник, С.И. Петрушко, Д.В. Попов, В.В. Балахонов

(Красноярская государственная медицинская академия, ректор — д.м.н., проф. И.П. Артюхов; кафедра общей хирургии, зав. — д.м.н., проф. Ю.С. Винник)

Резюме. Обследовано 104 больных с однократным и рецидивным язвенным гастродуоденальным кровотечением с выявлением 26 факторов прогноза риска рецидива кровотечения. На основании этих факторов по формуле Байеса произведен расчет прогностических коэффициентов (баллов) для каждого фактора. Рецидив кровотечения прогнозируется, если сумма баллов = 0 или > 0. А если сумма баллов < 0, рецидив кровотечения не прогнозируется. Точность шкалы прогноза составила 96,2% для язв желудка и ДПК.

Ключевые слова: язвенная болезнь, рецидивное кровотечение, система гемостаза, формула Байеса, шкала прогноза.

Одной из актуальных проблем современной клинической медицины являются кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [2,9,10]. Кровотечение как первый симптом язвы отмечается в 28-35% случаев [11]. В последние годы большое значение в развитии язвенного кровотечения придают нарушениям в системе гемостаза, обусловленные воздействием многих факторов [8]. Несмотря на достижения современной эндоскопии [3,5,15], возникающие рецидивы кровотечения из гастродуоденальных язв в 12-40% наблюдений после спонтанной или эндоскопической его остановки опровергают возможность исключительно консервативного лечения данной категории больных [4,14,16]. Необходимость изучения причин повторного кровотечения из язв желудка и двенадцатиперстной

кишки (ДПК), а также выбора оптимальных вариантов временного и окончательного гемостаза определяется высоким уровнем (30-75%) послеоперационной летальности [1,6,7,13].

Цель исследования: разработать способ прогнозирования рецидивного кровотечения из язв желудка и ДПК с учетом изменений в системе гемостаза.

Материалы и методы

Для выявления и оценки факторов риска рецидива кровотечения в раннем постгеморрагическом периоде, разработки на их основе математической модели прогноза повторной геморрагии проведен анализ результатов обследования и лечения 104 больных с острым язвенным гастродуоденальным кровотечением.

По данным формализованной карты был определен показатель корреляционной связи с основными 36 определяемыми параметрами у 25 больных с рецидивным кровотечением из язв желудка и 15 — из язв ДПК (табл. 1).

Таблица 1

Корреляционная связь РК и факторов его прогноза

Анализируемые параметры (факторы риска РК)	Показатели корреляционной зависимости ($r=$)	
	ЯБ ДПК с РК (n=15)	ЯБ желудка с РК (n=25)
1. Пол	0,56	0,57
2. Возраст	0,69	0,68
3. Заболевания печени и поджелудочной железы	0,60	0,61
4. Гипертоническая болезнь	0,58	0,62
5. Длительность заболевания	0,44	0,47
6. Частота обострений язвенной болезни в год	0,39	0,36
7. Диспепсические расстройства	0,19	0,21
8. Группа крови	0,25	0,22
9. Резус фактор	0,24	0,26
10. Время от начала кровотечения до поступления в клинику	0,56	0,57
11. Характеристика болевого синдрома	0,39	0,36
12. Признаки геморрагического шока на догоспитальном этапе	0,67	0,65
13. Индекс Альговера	0,63	0,64
14. Содержание гемоглобина в крови	0,67	0,67
15. Гематокрит	0,45	0,46
16. Патологические примеси в желудке	0,37	0,29
17. Локализация язвы	0,54	0,56
18. Диаметр язвы	0,53	0,60
19. Глубина язвы	0,56	0,61
20. Интенсивность кровотечения по Forrest	0,68	0,72
21. Количество тромбоцитов	0,51	0,53
22. Агрегационная активность тромбоцитов	0,64	0,66
23. Радиус агрегатов тромбоцитов	0,56	0,52
24. Активированное частичное тромбопластиновое время	0,54	0,54
25. Протромбиновое время	0,53	0,52
26. Тромбиновое время	0,54	0,55
27. Уровень фибриногена	0,53	0,51
28. Каолиновое время богатой тромбоцитами плазмы	0,54	0,55
29. Антитромбин III	0,57	0,58
30. Протеин С	0,56	0,54
31. Протеин S	0,45	0,44
32. XII-а зависимый эуглобулиновый лизис	0,59	0,60
33. Лизис, индуцированный стрептокиназой	0,58	0,58
34. Индекс резерва плазминогена	0,49	0,53
35. Редуцированные фибрин-мономерные комплексы	0,66	0,65
36. Продукты деградации фибрина	0,40	0,44

Для прогноза рецидива кровотечения у больных с язвенной болезнью желудка и ДПК были проанализированы значимые клинические, эндоскопические и лабораторные факторы: пол, возраст, время от начала кровотечения до доставки в стационар, наличие признаков шока на догоспитальном этапе, шоковый индекс Альговера, уровень гемоглобина, заболевания печени и поджелудочной железы, гипертоническая болезнь, локализация язвенного дефекта, диаметр язвенного дефекта, глубина язвенного дефекта, интенсивность кровотечения по J.A.H. Forrest, количество тромбоцитов, степень их агрегации при индукции с АДФ, радиус агрегатов, активированное частичное тромбопластиновое время, протромбиновое и тромбиновое время, уровень фибриногена, каолиновое время плазмы, прогрессивная активность антитромбина III, уровень протеина С, эуглобулиновый лизис при активации стрептокиназой, XIIa-зависимый эуглобулиновый лизис, индекс резерва плазминогена, уровень растворимых фибрин-мономерных комплексов.

На основе выделенных 26 факторов произведен расчет баллов по формуле Байеса [12].

Результаты и обсуждение

На основе определяемых 26 параметров был разработан способ прогнозирования риска повторного кро-

вотечения из язв желудка и ДПК.

У 15 больных с рецидивным кровотечением из язв ДПК сумма баллов по 26 факторам риска была в интервале от -5 до +21. Из них у 14 (93,3%) больных сумма находилась в интервале от 0 до +21, у 1 (6,7%) — -5 баллов.

В 37 случаях с однократным кровотечением из язв ДПК сумма по 26 параметрам риска рецидивного кровотечения находилась в интервале от -29 до +7 баллов. Из них у 36 (97,3%) больных сумма была в интервале от -29 до -1 и у 1 (2,7%) — +7 баллов.

Таким образом, в 93,3% случаев повторного кровотечения из язв ДПК интервал суммы по грациям анализируемых 26 признаков составил 0 баллов и более, а у 97,3% больных с язвенной болезнью ДПК без рецидива кровотечения сумма составила -1 балл и менее. Сле-

довательно, при сумме баллов равной 0 и более, прогнозируется рецидивное кровотечение из язв ДПК, а при сумме баллов менее 0 баллов — не прогнозируется.

У 25 больных с повторным кровотечением из язв желудка сумма по 26 факторам риска была в интервале от -3 до +25 баллов. Из них у 24 (96%) больных сумма была в интервале от 0 до +25, у 1 (4%) — -3 баллов.

В 27 случаях с однократным кровотечением из язв желудка сумма по 26 параметрам риска повторного кровотечения находилась в интервале от -35 до +6 баллов. Из них у 26 (96,3%) больных сумма была в интервале от -35 до -1, а у 1 (3,7%) — +6 баллов.

Таким образом, в 96% случаев повторного кровотечения из язв ДПК интервал суммы баллов по грациям анализируемых 26 признаков составил 0 баллов и более, а у 96,3% больных язвенной болезнью желудка без рецидива кровотечения сумма баллов выявлена -1 балл и менее. Следовательно, при сумме баллов равной 0 и более, прогнозируется рецидивное кровотечение из

язв желудка, а при сумме баллов менее 0 баллов — не прогнозируется (приоритетная справка на изобретение РФ № 2006133754/14 (036710) от 21.09.2006 г.)

При анализе эффективности нового способа прогноза РК из язв желудка и ДПК установлено, у 25 больных с рецидивным кровотечением из язв желудка сумма баллов более 0 была в 24 случаях, а сумма баллов менее 0 — в 1. У 27 больных с однократным кровотечением из язв желудка сумма баллов менее 0 была выявлена в 26 случаях, а сумма баллов более 0 — в 1.

В 15 случаях с рецидивным кровотечением из язв ДПК сумма баллов более 0 была в 14 случаях, а сумма баллов менее 0 — в 1. У 37 больных с однократным кро-

вотечением из язв желудка сумма баллов менее 0 — в 36 случаях, а сумма баллов более 0 — в 1.

Таким образом, на основе проведенных расчетов установлена суммарная эффективность разработанного нового способа прогнозирования рецидивного кровотечения у больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Специфичность прогноза повторного кровотечения для больных с язвенной болезнью ДПК составила 97,3%, а для больных с язвенной болезнью желудка — 96,3%. Точность нового способа прогноза рецидива кровотечения из язв ДПК и желудка определена в 96,2% случаев.

PROGNOSIS OF THE RISK OF RECURRENCES OF GASTRODUODENAL BLEEDING IN THE PATIENTS WITH PEPTIC ULCER

Yu.S. Vinnik, S.I. Petrushko, D.V. Popov, V.V. Balakhonov
(Krasnoyarsk State Medical Academy)

There were examined 104 patients with single and recurrence ulcer gastroduodenal bleeding with revelation of 26 prognostic risk factors of recurrence bleeding. On the base of these factors with formula Baiese a calculation of prognostic coefficients for the every risk factor was made. The prognosis is positive if the sum of the points=0 or>0. And if the sum of the points<0, the prognosis is negative. The accuracy of the prognostic scale amounted to 96,2% both for gastric and duodenal peptic ulcers.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астахов В.Л. Хирургическое лечение хронических гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением: ближайшие и отдаленные результаты // Матер. девятой Росс. Гастроэнтерол. недели. — М., 2003. — С.18.
2. Борисов А.Е., Земляной В.П., Акимов В.П. и др. Неотложная хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Учебно-методическое пособие. — СПб.: Человек, 2002. — 48 с.
3. Васильев Ю.В. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением и *Helicobacter pylori* // Consilium Medicum (приложение). — 2002. — № 3. — С.11-14.
4. Гостищев В.К., Евсеев М.А. Патогенез рецидива острых гастродуоденальных язв и кровотечений // Хирургия. — 2004. — №5. — С.46-51.
5. Елисеев Ю.Ю. Язвенная болезнь. — М.: Крон-Пресс, 2000. — 304 с.
6. Жерлов Г.К., Воробьев В.М., Кошель А.П. Выбор тактики лечения больных с гастродуоденальными кровотечениями на фоне язвенной болезни // Вестник хирургической гастроэнтерологии. — 2006. — №1. — С.59.
7. Панченко К.И., Дряженков И.Г., Уткина И.Е. и др. Прогнозирование осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Матер. Росс. научно-го форума «Хирургия-2004». — М., 2004. — С.144-145.
8. Рогов В.Л. Состояние гемокоагуляции при гастродуоденальном кровотечении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1980. — 13 с.
9. Стойко Ю.М., Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Вербицкий В.Г. Язвенные желудочно-кишечные кровотечения // Хирургия. — 2002. — №8. — С.32-35.
10. Тверитнева Л.Ф., Ермолов А.С., Утешев Н.С., Миронов А.В. Лечение гастродуоденальных язвенных кровотечений в условиях многопрофильного стационара неотложной помощи // Хирургия. — 2003. — №12. — С.44-47.
11. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Тамазян Г.С. Селективная проксимальная ваготомия. — М.: ИздАТ, 2001. — 158 с.
12. Шуган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях. — М.: Медицина, 1986. — 208 с.
13. Gilbert D.A., Silverstein F.E. Acute upper gastrointestinal bleeding // Gastroenterologic Endoscopy. — 2000. — Vol.1. — P.284-299.
14. Ohman C., Imhof M., Roher H. Trends in peptic ulcer bleeding and surgical treatment // Wld. J. Surg. — 2000. — Vol. 24, № 33. — P.284-293.
15. Radovanovic D., Kalaba J., Stojanovic D. Therapeutic modalities in upper gastrointestinal tract hemorrhage // Medicinski Pregled. — 1995. — Vol. 48, № 3-4. — P.111-115.
16. Rollhauser C., Eleischer D.I. Ulcer and Nonvariceal bleeding // Endoscopy. — 2002. — Vol. 34, № 2. — P.111-118.

© СПАСОВА О.О. — 2007

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

О.О. Спасова

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра терапевтической стоматологии, зав. — д.м.н., проф. В.Д. Молоков, кафедра эндокринологии, зав. — д.м.н. Л.Ю. Хамнуева)

Резюме. Проанализированы результаты обследования 217 больных с сахарным диабетом 2 типа. Установлена высокая распространенность заболеваний пародонта генерализованного характера. На распространенность и интенсивность воспалительных заболеваний пародонта в значительной степени оказывает влияние степень тяжести основного заболевания. Больные сахарным диабетом 2 типа нуждаются в активной комплексной стоматологической терапии.

Ключевые слова: гингивит, пародонтит, сахарный диабет.

Высокая распространенность воспалительных заболеваний пародонта, приводящая к значительным нарушениям зубочелюстной системы, определяет актуальность и повышенный интерес к данной проблеме в со-

временной стоматологии. Известно, что патологические изменения в пародонте наиболее часто встречаются при сахарном диабете (СД), которым страдают 5-6% населения в мире (по данным Американской диабе-