

СВОЕВРЕМЕННОСТЬ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Кузнецов А.Б.¹, Паршиков В.В.², Кибец Ю.И.³, Ходак В.А.²

¹ МЛПУ «Городская больница №35», Нижний Новгород, Россия;

² ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия», Нижний Новгород, Россия;

³ Научно-исследовательский институт механики ГОУ ВПО «Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского», Нижний Новгород, Россия

Критические состояния составляют 0,03% – 0,84% в структуре заболеваемости населения мира, летальность достигает 1,24 – 100%. Широкий диапазон данных обусловлен отсутствием объективных показателей, характеризующих тяжесть заболевания. Известные способы оценки тяжести заболевания (консультация специалиста, консилиум) не удовлетворяют возрастающим требованиям практической медицины и высококачественных научных исследований. Проблема быстрой объективной оценки тяжести заболевания стала актуальной в течение последних десятилетий, что связано, с определением сроков госпитализации, пребывания в отделении реанимации, оценки эффективности проводимого лечения. Одним из способов быстрой объективной количественной оценки тяжести заболевания может стать применение математических методов обработки доступной постоянно получаемой и попол-

няемой информации о тяжести заболевания. (Свидетельство о регистрации программы для ЭВМ №2009615825 Оценка тяжести заболевания, правообладатели: Кузнецов А.Б. (RU), Кибец Ю.И. (RU), авторы: Кузнецов А.Б., Кибец Ю.И. (RU), заявка №2009613917 от 20.07.2009, зарегистрировано в Реестре программ для ЭВМ 20.10.2009).

Обследовано 32 пациента с политравмой, хирургической патологией (ASA 4-5). В исследуемую группу (определение тяжести заболевания применением компьютерной программы) и в контрольную группу (определение тяжести заболевания методом консультации специалиста, консилиума) – вошли по 16 больных. Пациенты в группах достоверно не отличались по классу ASA, количеству систем и/или органов с несостоятельностью и/или декомпенсацией, возрасту ($p=1,000$), полу ($p=0,733$). Время определения тяжести заболевания применением компьютерной программы составило 13 ± 4 минуты, методом консультации специалиста, консилиума – 158 ± 43 минуты, ($p=0,000$). С внедрением компьютерной программы объективной количественной оценки тяжести заболевания четко обозначилась необходимость электронной версии медицинской карты стационарного больного и локальной компьютерной сети в лечебном учреждении. В исследуемой группе отсутствие электронной версии медицинской карты стационарного больного заставляло затрачивать на ввод информации в компьютерную программу более 99% времени.

ТОЧНОСТЬ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В МУНИЦИПАЛЬНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РОССИИ

Кузнецов А.Б.¹, Паршиков В.В.², Кибец Ю.И.³, Ходак В.А.²

¹ МЛПУ «Городская больница №35», Нижний Новгород, Россия;

² ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия», Нижний Новгород, Россия;

³ Научно-исследовательский институт механики ГОУ ВПО «Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского», Нижний Новгород, Россия

Тяжесть синдрома полиорганной недостаточности традиционно определяется опытом врача и экспертной оценкой – консультация специалиста, консилиум. Её точность обусловлена множеством объективных и субъективных критериев, составляя 33–50%, и зависит от правильной интерпретации медицинских и парамедицинских факторов. Для повышения точности распространены балльные оценочные шкалы. Их большое число и разнообразие объясняется постоянным

совершенствованием, различными задачами, разработанной технологией построения (алгоритмом), позволяющей любому желающему создать свою шкалу. Изучению свойств шкал посвящено целое направление научных исследований: недостатки – сложность, низкая чувствительность, специфичность, точность (в большинстве случаев 75–89%). Значения выше 90% считаются «очень хорошими». Учитывая экспертный характер выявления наиболее значимых переменных, их референтных пределов, относительного вклада с качественной оценкой для присвоения каждой переменной определённых значений, балльная шкала является по существу трансформированным мнением экспертов, не решающим кардинально вопрос точности. В лечебных учреждениях России использование таких шкал объективно затруднительно – многие из них структурно сложны, имеют свои специфические переменные, что определяет строгую специфичность системы, что в целом свидетельствует о субъективности подхода к интерпретации показателей. Врач сталкивается с фактом несоответствия тяжести заболевания