

Вопросы практического здравоохранения



© ФОКАС Н. Н., ЛЕВЕНЕЦ А. А., ГОРБАЧ Н. А.

УДК [616. 716. 8+617. 52] – 001(571. 51 – 21)

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ И АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТДЕЛЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ПО МАТЕРИАЛАМ КГБУЗ ККБ (Г. КРАСНОЯРСК)

Н. Н. Фокас, А. А. Левенец, Н. А. Горбач

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор – д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра-клиника челюстно-лицевой хирургии, зав. – к. м. н. А. А. Чучунов; кафедра управления в здравоохранении ИПО, зав. – д. м. н., проф. И. П. Артюхов.

Цель исследования. Изучить динамику и характеристику поврежденных челюстно-лицевой области у взрослого населения, рассмотреть структуру черепно-челюстно-лицевых повреждений.

Материалы и методы. Проанализированы данные за пятилетний период о 1738 пострадавших с повреждениями костей лицевого скелета и черепно-челюстно-лицевой травмой. Изучены следующие показатели: количество выписанных больных, количество пострадавших с переломами костей лицевого скелета, средний койко-день отделения, средний койко-день пострадавшего с переломами костей лицевого скелета, структура поврежденных челюстно-лицевой области.

Результаты. Доля больных с переломами костей лица среди пострадавших за исследуемый период составила 34,4%. Средняя длительность пребывания пострадавшего на койке снизилась с 12,2 в 2008 до 9,0 в 2012 г. Среди поврежденных преобладают переломы нижней челюсти.

Заключение. Доля пострадавших с переломами костей лица среди всех больных была стабильно высокой. Произошел рост в 1,6 раза пострадавших с черепно-челюстно-лицевой травмой.

Ключевые слова: травматизм, челюстно-лицевая травма, черепно-челюстно-лицевая травма, специализированная помощь.

DESCRIPTION OF INJURIES THE MAXILLOFACIAL AREA IN ADULTS AND ANALYSIS OF PRACTICE IN THE DEPARTMENT OF MAXILLOFACIAL SURGERY ON MATERIALS OF KGBUZ KKB (KRASNOYARSK)

N. N. Fokas, A. A. Levenets, N. A. Gorbach

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V. F. Vojno-Yasenetsky.

The aim of the research. To study the dynamics and characteristics of injuries of the maxillofacial area in the adult population, consider the structure of cranio-maxillo-facial lesions.

Materials and Methods. Were analyzed the data of five-year period about 1738 patients with lesions of the facial bones and cranial-maxillofacial trauma. Were studied the following parameters: number of patients that left the hospital, the number of patients with fractures of the facial skeleton, the average bed-day of the Department, the average bed-day of patient with fractures of the facial skeleton, structure of the injuries of maxillofacial region.

Results. The proportion of patients with fractures of the facial bones during the study period was 34.4%. The average period of the treatment in the hospital bed decreased from 12.2 in 2008 to 9.0 in 2012. Among the injuries are prevailed the mandibular fractures.

Conclusion. Share of the patients with facial fractures among all patients was consistently high. There was an increase in 1.6 times of the patients with traumatic maxillofacial trauma.

Key words: injuries, maxillofacial trauma, cranio-maxillo-facial trauma, specialized care.

Введение

В РФ ежегодно подвергаются травме около 12 млн. человек, погибают от травм и отравлений 350 тыс. человек, при этом у лиц молодого возраста травмы являются ведущей причиной смерти [6]. Актуальность проблемы травматизма

постоянно возрастает, что связано с криминогенностью и урбанизацией общества на фоне экономической нестабильности, увеличения числа межрегиональных конфликтов и локальных войн [10], растущей автомобилизации [12, 15].

Высокая миграция, недостаточный уровень развития социальной сферы, применяемые несовершенные производственные технологии оказывают отрицательное влияние на формирование особенностей травматизма в Восточной Сибири [13].

В Красноярском крае отмечена тенденция к росту травм и отравлений (в 2012 г. отмечено 113,0 случаев на 1000 населения, прирост за пятилетний период составил 4,1%). Уровень данного показателя в Красноярском крае значительно выше, чем в СФО — 98,5 на 1000 населения в 2010 г. и в России — 93,7 на 1000 населения в 2010 г. [5].

Вместе с тем, имеющиеся в литературе данные свидетельствуют о том, что удельный вес челюстно-лицевого травматизма среди всех травм с повреждением костей лицевого скелета составляет от 3,2% до 8%, инвалидизация при этом, по данным разных авторов, достигает 23,3 — 42,5% [4,8,9].

Имеет место устойчивый рост числа пострадавших с повреждениями челюстно-лицевой области и увеличением доли пострадавших с множественными и сочетанными повреждениями головы, лица и челюстей как в целом по РФ [1,2,7], так и в Красноярском крае [14].

Сочетанные и множественные травмы являются одним из основных факторов депопуляции населения РФ, которые приводят к значительному социально-экономическому ущербу, как самого пострадавшего, так и экономике страны. Улучшение качества оказания помощи существенно снизило бы потери населения, главным образом молодого трудоспособного и репродуктивного возраста [3,11].

Вместе с тем, сведения, касающиеся челюстно-лицевых травм, противоречивы и не дают четкой характеристики их распространенности и тяжести течения. Нужно заметить то, что до настоящего времени не разработана единая национальная система сбора данных и статистики травм, что затрудняет разработку оптимальных управленческих решений по организации и совершенствованию медицинской помощи пострадавшим. Из этого следует, что вопросы, затрагивающие тему челюстно-лицевого травматизма, становятся все более актуальными.

Цель исследования. Изучить динамику и характеристику повреждений челюстно-лицевой области у взрослого населения, рассмотреть структуру черепно-челюстно-лицевых повреждений.

Материалы и методы

Базой исследования определена КГБУЗ ККБ, отделение челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ) на 30 коек, основной функцией которого является оказание экстренной и плановой стационарной помощи жителям Красноярского края с повреждениями и заболеваниями челюстно-лицевой области. Были проанализированы данные за пятилетний период о пролеченных в отделении 5045 больных, из них с повреждениями костей лицевого скелета и черепно-челюстно-лицевой травмой на стационарном лечении находилось 1738 (34,4%) пострадавших. В соответствии с целью

исследования была разработана база данных (в программе Microsoft Office Access 2007) и изучены следующие показатели: количество выписанных больных, количество пострадавших с переломами костей лицевого скелета, средний койко-день отделения, средний койко-день пострадавшего с переломами костей лицевого скелета.

Пострадавшие были распределены на 3 группы: больные с переломами скуловой кости и дуги (242 человека — 13,9%), больные с черепно-челюстно-лицевыми повреждениями (162 человека — 9,3%) и больные с переломами нижней челюсти (1334 человека — 76,8%). Больные с переломами нижней челюсти были распределены по категориям: 1) пострадавшие с односторонним переломом нижней челюсти, 2) пострадавшие с двусторонним переломом нижней челюсти; 3) пострадавшие с двойным переломом нижней челюсти; с тройным переломом нижней челюсти; с множественными переломами нижней челюсти 4) пострадавшие с переломом нижней челюсти в сочетании с повреждениями других органов и тканей.

Статистическая обработка полученных результатов выполнена при помощи программы Excel. Рассчитаны относительные показатели (интенсивные и экстенсивные), средние величины. Оценка статистической значимости различий показателей проведена с помощью метода (углового преобразования Фишера). Различия оценены как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

За последние 5 лет коечный фонд отделения ЧЛХ КГБУЗ ККБ оставался стабильным и составлял 30 коек. Анализ деятельности отделения показал, что количество больных и пострадавших колебалось по годам: в 2008 — 957, 2009 — 938, 2010 — 1041, 2011 — 1061 и в 2012 году — 1048 больных. Средний койко-день колебался по годам: в 2008 — 11,6, 2009 — 11,6, 2010 — 10,7, 2011 — 9,0 и в 2012 — 8,0 (это самый низкий показатель койко-дней за 5 лет). Доля больных с переломами костей лица среди пострадавших за исследуемый период составила 34,4% от общего числа госпитализаций. Средняя длительность пребывания на койке больных с переломами костей лица колебалась и снижалась по годам: с 12,2 в 2008, 12,5 — 2009, 12,0 — 2010, 10,1 — 2011 до 9,0 в 2012 г. Возможно, снижению длительности лечения способствовало изменение тактики ведения пострадавших. Однако детальный анализ факторов, влияющих на длительность лечения больных с переломами костей лица, будет осуществлен в процессе дальнейших исследований, так как он имеет не только информационное значение для практического здравоохранения, но и социально-экономическое значение.

Также за исследуемый период наблюдалась тенденция к росту на 8,4% как общего количества больных и пострадавших с 957 в 2008 г. до 1048 в 2012 г., так и больных с переломами костей лица с 350 в 2008 г. до 377 в 2012 г. (табл. 1).

Доля больных с переломами костей лица среди пострадавших была стабильно высокой: 36,6 % в 2008 г. и 36,0% в 2012 г.

Таблица 1

Анализ деятельности отделения челюстно-лицевой хирургии ККБ за 2008-2012 гг.

Показатели	Годы					Всего
	2008	2009	2010	2011	2012	
Общее количество больных и пострадавших (абс. ч.)	957	938	1041	1061	1048	5045
Средняя длительность пребывания больного на койке (дней)	11,6	11,6	10,7	9,0	8,0	10,1
Больные с переломами костей лица (абс. ч.)	350	331	334	346	377	1738
Средняя длительность пребывания на койке больных с переломами костей лица (дней)	12,2	12,5	12,0	10,1	9,0	11,5
Доля больных с переломами костей лица среди пострадавших (в %)	36,6	35,3	32,1	32,6	36,0	34,4

При этом за пятилетний период отмечено снижение средней длительности пребывания больного на койке как в целом по отделению с 11,6 дней в 2008 г. до 8,0 дней в 2012 г., так и больных с переломами костей лица с 12,2 дней до 9,0 дней. Сложившуюся ситуацию можно объяснить внедрением новых технологий, увеличением числа коек реанимации, сокращением периода обследования неотложных больных в приемном покое, отделениях и реанимациях, госпитализацией плановых больных с полным пакетом стандарта обследования в консультативной поликлинике КГБУЗ ККБ.

Анализ структуры повреждений у больных с переломами костей лица за 2008-2012 гг. (рис. 1) показал, что на протяжении всего изученного периода времени среди поврежденных преобладают переломы нижней челюсти, однако доля их несколько снизилась с 80,5±2,1% в 2008 г. до 73,5±2,2% в 2012 г., (p < 0,05). Ста-

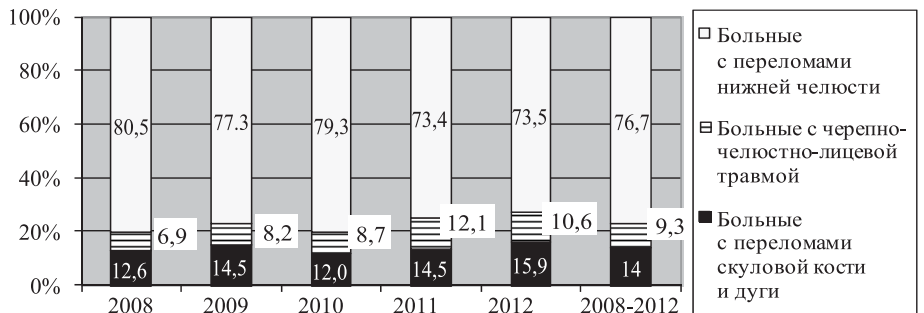


Рис. 1. Структура повреждений у больных с переломами костей лица за 2008-2012 гг. (в %).

бильно высокий уровень этого показателя на протяжении всего исследуемого периода не противоречит данным, встречающимся в отечественной и зарубежной литературе.

Не имеют статистически значимых различий изменения в сторону увеличения доли больных с переломами скуловой кости и дуги (с 12,6±1,8% в 2008 г. до 15,9±1,8% в 2012 г., p > 0,05).

Учитывая стабильно высокий удельный вес больных с переломами нижней челюсти на протяжении всего изученного периода времени, нами была проанализирована структура повреждений у больных с переломами нижней челюсти за 2008-2012 гг. (табл. 2).

Следует отметить, что за пятилетний период статистически значимо произошел рост в 1,6 раза с 6,9% в 2008 г.

до 10,6% в 2012 г., $\phi^*_{эмп} = 1,801$ (p < 0,05) больных с черепно-челюстно-лицевой травмой (сочетанная травма). Сложившуюся ситуацию, с одной стороны, можно объяснить утяжелением характера повреждений с другой увеличением числа дорожно-транспортных происшествий.

За изученный период времени наблюдалось статистически значимое уменьшение доли пострадавших с односторонними переломами (с 46,0% в 2008 г. до 39,0% в 2012 г., $\phi^*_{эмп} = 4,520$; p < 0,01) и тенденция к увеличению доли пострадавших с двусторонними переломами нижней челюсти (38,7% в 2008 г. до 41,9% в 2012 г., $\phi^*_{эмп} = 0,777$; p > 0,05). Также отмечается увеличение доли пострадавших с множественными переломами нижней челюсти в 2 раза (с 0,4% в 2008 г. до 1,4% в 2012 г., $\phi^*_{эмп} = 1,439$; p < 0,05).

Таблица 2

Структура повреждений у больных с переломами нижней челюсти за 2008-2012 гг. (абс. ч., %)

Показатели	Годы										Всего	
	2008		2009		2010		2011		2012		абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Односторонний перелом нижней челюсти	130	46,0	129	50,4	107	40,4	107	42,1	108	39,0	581	43,5
Двусторонний перелом нижней челюсти	109	38,7	100	39	111	41,9	112	44,1	116	41,9	548	41,1
Двойной перелом нижней челюсти	17	6,0	2	0,8	9	3,4	6	2,4	13	4,7	47	3,5
Тройной перелом нижней челюсти	3	1,1	8	3,1	10	3,8	6	2,4	5	1,8	32	2,4
Множественные переломы нижней челюсти	1	0,4	1	0,4	1	0,4	0	0	4	1,4	7	0,5
Перелом нижней челюсти в сочетании с повреждениями других органов (сочетанная травма)	22	7,8	16	6,3	27	10,1	23	9,0	31	11,2	119	9,0
Итого	282	100,0	256	100,0	265	100,0	254	100,0	277	100,0	1334	100,0

Следует отметить, что произошел рост (в полтора раза) доли больных с переломами нижней челюсти в сочетании с повреждениями других органов (сочетанная травма), госпитализированных в отделение ЧЛХ за период 2008-2012 гг. (с 7,8% в 2008 г. до 11,2% в 2012 г., $\phi^*_{эмп} = 1,372$; $p > 0,05$). Эта тенденция к повышению числа больных с тяжелыми повреждениями челюстно-лицевой области принимает устойчивый характер, что необходимо учитывать для дальнейшего планирования объемов оказания специализированной помощи и соответствующего оснащения.

Заключение

Таким образом, доля пострадавших с переломами костей лица среди всех больных, госпитализированных в отделение ЧЛХ на протяжении пятилетнего периода, была стабильно высокой. Установлено, что за изученный период статистически значимо произошел рост в 1,6 раза (6,9% в 2008 г. до 10,6% в 2012 г., $\phi^*_{эмп} = 1,801$ ($p < 0,05$)) больных с черепно-челюстно-лицевой травмой, а также выявлена тенденция к росту тяжелых повреждений нижней челюсти (0,4% в 2008 г. до 1,4% в 2012 г., $\phi^*_{эмп} = 1,439$; $p < 0,05$), что диктует необходимость разработки мероприятий по совершенствованию специализированной помощи и повышения эффективности лечения данной категории больных. Исходя из значимости проблемы, с 1 января 2013 года в КГБУЗ ККБ организовано отделение сочетанной травмы, отрабатывается взаимодействие врачей различных специальностей по последовательности и объемам необходимых реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Абрамов Н.В., Шарахова Е.Ф. Динамика основных показателей травматизма населения Кемеровской области // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – № 2. – С. 41-44.
2. Боско О.Ю., Маланин Д.А., Ермолаева Н.К. Проблемы подготовки специалистов догоспитального и госпитального звена к лечению пострадавших с политравмой // 1-й съезд врачей неотложной медицины: материалы съезда. – М.: НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, 2012. – С. 14.
3. Бумай А.О. Современные проблемы диагностики и тактики хирургического лечения больных мультифокальными повреждениями головного мозга при сочетанной черепно-мозговой травме // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – № 5. – С. 54-63.
4. Вафина И.И. Медико-социальные проблемы челюстно-лицевого травматизма (по материалам г. Казани): автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Казань, 2005. – 20 с.
5. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Красноярского края в 2012 году. – Красноярск, 2013 – 344 с.
6. Гуманенко Е.К., Козлова В.К. Политравма: травматическая болезнь, дисфункция иммунной системы. Современная стратегия лечения. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 608 с.

7. Карпов С.М., Христофорандо Д.Ю. Сочетанная травма челюстно-лицевой области, вопросы диагностики, нейрофизиологические аспекты // Российский стоматологический журнал. – 2011. – № 6. – С. 23-24.

8. Коротичкий А.В. Инвалидность вследствие травм, отравлений и других внешних воздействий у лиц молодого возраста и их профессиональная реабилитация: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2007. – 25 с.

9. Левенец А.А., Прахина О.В., Левенец И.А., Кравцова Г.Н. Лечение больных с множественной и сочетанной травмой лица в Красноярском крае // Сборник научных трудов. ЛНИИТО «Лечение повреждений лица у пострадавших с множественной и сочетанной травмой». – Л. – 1986. – С.99-105.

10. Рыбин А.В. Совершенствование системы профилактики травматизма в крупном индустриальном центре: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2006. – 23 с.

11. Рюмин А.В., Васильев В.А., Кислухина Е.В., Максимов А.И., Карасев Н.А., Щеткин В.А., Воронцов Ю.А. Ранняя реабилитация пострадавших в ДТП // Здравоохранение. – 2013. – № 2. – С. 54-60.

12. Салахов Э.Р. Научное обоснование совершенствования мониторинга травматизма и смертности от дорожно-транспортных происшествий: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 24 с.

13. Сидорова Г.В., Гаркуша Л.Г., Карпова Л.В., Андрейчук Е.А., Гришин М.П., Денисова З.Г. Инвалидность по последствиям травм и заболеваний опорно-двигательной системы в иркутской области // Бюллетень СО РАМН. – 2006. – № 4(50). – С. 375-379.

14. Симонов А.Г., Левенец А.А. Оценка характера и тяжести повреждений у больных с переломами костей лицевого черепа // Труды Всероссийской научно-практической конференции «Сибирский стоматологический форум» и XVI краевой научно-практической конференции «Актуальные вопросы стоматологии»: Сборник научных трудов. – Красноярск, 2009. – С. 259-263.

15. Христофорандо Д.Ю. Вегетативное обеспечение в остром периоде у больных с черепно-лицевой травмой // Российский стоматологический журнал. – 2011. – № 6. – С. 30-32.

References

1. Abramov N.V., Sharakhov E. F. Major indicators of injury in the Kemerovo region // Siberian medical review. – 2013. – № 2 (80). – P. 41-44.
2. Bosco O. Y., Malanin D. A., Yermolayeva N. K. Problems training prehospital and hospital care to treat patients with multiple injuries // 1st congress of Emergency Medicine: Proceedings of the Congress. T. 225. – M. : Institute of Emergency Care . N. V. Sklifosofskiy, 2012. – P. 14.
3. Bumay A. O. Modern problems of diagnosis and surgical treatment of patients multifocal brain damage with combined craniocerebral trauma // Bulletin of Siberian Medicine. – 2008. – № 5. – P. 54-63.

4. Vafina I. I. Medical and social problems of maxillo- facial injuries (based on materials of Kazan) : Author. dis. ... cand. med. sciences. — Kazan, 2005. — P. 20

5. State report on the state of public health and health care activities of the Krasnoyarsk Region in 2012. — Krasnoyarsk, 2013 — P. 344

6. Gumanenko E. K., Kozlov V. K. Multiple injuries: traumatic illness, immune system dysfunction. Modern treatment strategies. — M.: GEOTAR - Media, 2008. — P. 608

7. Karpov S. M., Hristoforando D. Y. Concomitant injury of the maxillofacial area, issues of diagnosis, neurophysiological aspects // Russian Journal of Dentistry. — 2011. — № 6. — P. 23-24.

8. Korotitsky A. V. Disability due to injuries, poisoning and other external influences in young people and their vocational rehabilitation: Author. dis. ... Dr. Med. Sciences. — M., 2007. — P. 25

9. Levenetc A. A., Prahina O. V., Levenetc I. A., Kravtsova G. N. Treatment of patients with multiple and combined trauma in the Krasnoyarsk Region // Proc. scientific works. LNIITO "Treatment of facial lesions in patients with multiple and combined trauma." — Leningrad. — 1986. — P. 99-105.

10. Rybin A. V. Improving the system of injury prevention in a large industrial center : Author. dis. ... Cand. Med. Sciences. — St. Petersburg, 2006. — P. 23

11. Rumin A. V., Vassiliev V. A., Kisluhina E. V., Maksimov A. I., Karasev N. A., Shchetkin V. A., Vorontsov Y. A. Early rehabilitation of road accident victims // Health Care. — 2013. — № 2. — P. 54-60.

12. Salahov E. R. Scientific substantiation of improved monitoring of injuries and deaths from road accidents: Author. dis. ... PhD. Med. Sciences. — M., 2006. — P. 24.

13. Sidorova G. V., Garkusha L. G., Karpov L. V., Andreychuk E. L., Grishin M. P., Denisova Z. G. Disability consequences of injuries and diseases of the musculoskeletal system in the Irkutsk region // Bull. SB RAMS. — 2006. — № 4 (50). — P. 375-379.

14. Simonov A. G., Levenetc A. A. Assessment of the nature and severity of lesions in patients with fractures of the facial skull // Proceedings of the All-Russian scientific-practical conference "Siberian Dental Forum" and XVI Regional scientific-practical conference "Actual problems of dentistry": Digest of scientific works. — Krasnoyarsk, 2009. — P. 259-263.

15. Hristoforando D. Y. Vegetative providing in the acute period in patients with craniofacial trauma // Russian Journal of Dentistry. — 2011. — № 6. — P. 30-32.

Сведения об авторах

Фокас Наталья Николаевна — ассистент кафедры-клиники челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, Россия, Красноярский край, г. Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8(391)2201547; e-mail.ru: fokas_nn@mail.ru.

Левенец Анатолий Александрович — доктор медицинских наук, профессор кафедры-клиники челюстно-лицевой хирургии ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, Россия, Красноярский край, г. Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8(391)2201570; e-mail.ru: aalevenets@mail.ru.

Горбач Наталья Андреевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры управления в здравоохранении ИПО ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, Красноярск, ул. П. Железняк, г. 1; тел. 8(391) 2121396; e-mail: gorbni@mail.ru.

© ЖАРИКОВ А. Н., ЛУБЯНСКИЙ В. Г., КОБЗЕВ И. В., КАНДАЕВ А. В.

УДК 616.381 — 002 — 089.168.1 — 06: 519.6

КОМПЬЮТЕРНАЯ ЭКСПЕРТНАЯ СИСТЕМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА И ВЫБОРА МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

А. Н. Жариков¹, В. Г. Лубянский¹, И. В. Кобзев², А. В. Кандаев¹

¹ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. В. М. Брюханов; кафедра госпитальной хирургии, зав. — д. м. н., проф. В. Г. Лубянский;

²ФГБОУ ВПО Алтайский государственный технический университет имени И. И. Ползунова Министерства образования и науки РФ, ректор — д. т. н., проф. А. А. Ситников; кафедра систем автоматизированного проектирования, зав. — к. ф-т. н, проф. И. В. Левкин.

Цель исследования. Разработать компьютерную экспертную систему для оценки степени тяжести послеоперационного распространенного перитонита (ПРП) с определением дальнейшей хирургической тактики.

Материалы и методы. Использованы 25 общепринятых медицинских показателей, объединённых в 4 группы клинико — диагностических критериев. Ранжирование весовых коэффициентов каждого из критериев внутри и между разными группами из 80 пациентов с ПРП способствовало выделению существенных, несущественных и критических отклонений.

Результаты. По мере роста % уровня критических и существенных изменений (более 65 %) были определены настойчивые или абсолютные показания к проведению программированных санаций брюшной полости, во время которых после резекции тонкой кишки решался вопрос о первичном, либо отсроченном анастомозировании, или отказе от наложения соустья и выведении энтеростомы.

Заключение. Компьютерная экспертная система позволяет объективизировать динамику течения ПРП, и определить показания для перехода к различной хирургической тактике.

Ключевые слова: послеоперационный перитонит, компьютерная экспертная система.