

казатели были исследованы у группы здоровых, имеющих детей женщин, сходных по возрастнo-соматическим параметрам с пациентками первой группы – всего 46 человек (II группа). Для подтверждения ановуляторного характера цикла у женщин основной группы проводилось изучение ректальной температуры на протяжении 12–13 менструальных циклов.

года зафиксировало в 100 % случаев монофазный характер кривой ректальной температуры.

Выводы:

1. При эндокринном бесплодии у части женщин имеется ановуляторный характер цикла, связанный со снижением в крови уровня киспептина, что приводит к опосредованному снижению уровня ФСГ и ЛГ в крови и нарушению

Таблица 1

Уровень половых гормонов у женщин с эндокринным бесплодием (M ± m)

Показатель	I группа, n = 22	II группа, n = 46	Референсные значения
	Уровень гормонов (6–7 день цикла)	Уровень гормонов (6–7 день цикла)	
ФСГ, мЕд/мл	0,238 ± 0,094*	6,23 ± 2,14	1,37–9,90
ЛГ, мЕд/мл	0,138 ± 0,057*	9,99 ± 2,23	1,68–15,00
Пролактин, мЕд/мл	109,29 ± 8,37	108,25 ± 6,34	79–347
Эстрадиол, пмоль/л	167,14 ± 52,13	252,34 ± 45,23	68–1269
Прогестерон, нмоль/л	0,215 ± 0,024	0,75 ± 0,24	0,30–2,20

Примечание. *p ≤ 0,001 по сравнению с показателями женщин II группы.

Таблица 2

Уровень киспептина у женщин разных групп (M ± m)

	Уровень киспептина в сыворотке крови, нг/мл	Критерий Стьюдента	P
II группа, n = 46	7,43 ± 1,13		
I группа, n = 22	0,203 ± 0,047	6,39*	≤ 0,001

Примечание. * по сравнению с женщинами II группы.

Полученные результаты. Результаты обследования уровня половых гормонов в сыворотке крови жен обеих групп отражены в табл. 1.

Как видно из представленных данных у пациенток первой группы отмечается выраженное снижение уровней ФСГ и ЛГ, а также концентрации в сыворотке крови прогестерона по сравнению с нормой. Снижение уровня прогестерона, по-видимому, обусловлено у них низким уровнем ЛГ и снижением его стимулирующего эффекта на выработку прогестерона. Уровни эстрадиола и пролактина не выходят за нижнюю границу референсных значений. Это связано, по нашему мнению с тем, что эстрогены вырабатываются как в яичниках, так и в надпочечниках женщин (их патологии в данном случае нет) и оказывают стимулирующее влияние на уровень пролактина.

Снижение в сыворотке крови уровней ФСГ и ЛГ коррелирует ($r = 0,97$) с низким уровнем киспептина у женщин данной группы (табл. 2) и не противоречит современным данным о механизмах влияния киспептина на выработку гонадотропинов.

Поскольку именно ФСГ и ЛГ ответственны за формирование овуляторных циклов у женщин, то их снижение приводит к закономерному возникновению нарушений нормального полового цикла. Регулярное измерение ректальной температуры у женщин первой группы на протяжении

созревания фолликулов в яичниках.

2. Лечение женщин с такой формой эндокринного бесплодия должно строиться с учетом особенностей их гормонального статуса и учитываться при проведении ЭКО и дальнейшего ведения беременности.

ДИНАМИКА ДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ АТИПИЧНОМ АППЕНДИЦИТЕ

Магомедова С.М.

Республиканская клиническая больница № 2,
Махачкала, e-mail: saadat_leon@mail.ru

Выявление истинной частоты обнаружения атипичного аппендицита тесно связано с выяснением структуры статистического показателя, который обусловлен морфологическими формами острого аппендицита и сроками госпитализации от начала заболевания. Больные с конкурирующим диагнозом острого хирургического заболевания брюшной полости в нашем исследовании не учтены.

Для уточнения возможностей УЗИ при атипичном аппендиците были проведены клинико-ультразвуковые параллели, основанные на результатах дооперационного обследования и полученного операционного материала.

Так, для удобства трактовки полученных данных, изучаемые больные были распределены

не только по формам морфологических изменений в аппендиксе, но и по срокам госпитализации. Результаты этих исследований представлены ниже.

Оценка результатов в основной группе показала, что с катаральной формой острого атипичного аппендицита больные были госпитализированы в клинику в первые 24 часа, причем большее число больных (60–42,6 %) было представлено в группе госпитализированных до 12 часов, когда напротив в более поздние сроки от 12 до 24 часов больных было гораздо меньше (13–25 %).

Приведенное сравнение показывает, что без УЗИ катаральные аппендициты чаще оперируются в сроки до 12 часов от момента заболевания, тогда как больных, оперированных в сроки свыше 24 часов практически не было.

При сопоставлении аналогичных критериев для больных, оперированных после УЗИ (2 гр.) замечено, что наибольший процент выявляемости дооперационного катарального аппендицита приходится на сроки от 12 до 24 часов – 14 (51,9) больных, тогда как до 12 часов и свыше 24 часов количество больных равно 6, что говорит о чувствительности УЗИ и определении катарального воспаления как на ранних этапах развития патологии, так и в более поздних сроках – свыше 24 часа, что позволило своевременно оперировать больных не дожидаясь развития деструктивных изменений в червеобразном отростке.

Следующая группа больных с флегмозной формой аппендицита, преобладающая у исследуемого контингента, где прослеживается высокая оперативная активность в сроки до 12 и до 24 часов (74–52,6 % и 26 (50 %) и снижении ее вдвое свыше 24 часов в контрольной группе.

В основной же группе УЗИ обследованных до операции больные чаще поступали в стационар в поздние сроки 5 (33,3 %); 12 (44,4 %) и 36 (66,7 %) соответственно. Гангренозный аппендицит выявлен в контрольной группе в поздние сроки, в связи с чем наибольший процент больных 79,2 % оперируется в сроки свыше 24 часов от госпитализации.

В основной же группе этот контингент больных чаще выявляется и оперируется в сроки до 12 часов, что подтверждает информативность дооперационной УЗ диагностики.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что и в контрольной и в основной группах выявлена слабая сопряженность между сроком госпитализации и деструктивными изменениями, более выраженная в контрольной группе. Следовательно, своевременная информативная УЗ диагностика до операции определяет наличие деструктивных, воспалительных изменений в отростке, диктует своевременное оперативное вмешательство. Высокая информационная чувствительность УЗИ атипичного аппендицита сокращает сроки дооперационной диагностики.

Технические науки

УПРАВЛЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННЫМИ ПРОЦЕССАМИ В МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЕ

Мутин Д.И., Нгуен Тхи Тхань Тьн

*Институт машиноведения
им. А.А. Благонравова РАН, Москва,
ФГУП Научно-исследовательский
и экспериментальный институт автомобильной
электроники и электрооборудования,
e-mail: d.i.mutin@mail.ru*

В задачах управления производственными процессами в медицинской информационной системе одной из главных проблем является обеспечение обмена данными между различными подсистемами. Нередко самая простая задача импорта/экспорта данных из одной системы в другую приводит к необходимости серьезных разработок модулей на стыке подсистем. Задача существенно облегчается, если данные определенного класса будут перемещаться между подсистемами, при условии, что в этих подсистемах будет заложена технологически реализованная возможность воспринимать извне и отдавать наружу данные в стандартном формате импорта/экспорта. Данный подход является основой для разработки метаданных и интерфейсов для

обмена регулярными данными для различных унаследованных разноформатных систем. На этапе построения инфологических моделей документарного обеспечения управления и создания спецификаций протокола взаимодействия разноформатных систем используются технологии XML.

Управление гетерогенными данными в информационной системе медицинского учреждения. В современном мире меняется как количественное, так и качественное содержание информационных ресурсов, отдельные информационные массивы объединяются, интегрируются между собой. Появилось понятие – единое информационное пространство, как системообразующая составляющая системы принятия решения, обеспечивающая интеграцию процесса управления по вертикали и горизонтали управления, а также взаимодействующими компонентами управления. Составными частями данного пространства выступают гетерогенные, т. е. имеющие разнородную структуру и содержание информационные потоки.

Несмотря на бурное развитие современных информационных технологий, они не способны обеспечить построение сложных систем, состоящих из большого числа компонентов