

дней составило около 16,7 %; с прободением язвы желудка — 29,9 %; со злокачественными новообразованиями толстого и тонкого кишечника — 17,8 %. В последующих группах сокращение койко-дней оказалось менее выражено: в группе больных с острым холециститом — около 1,2 %; с ущемлением паховой, пупочной и вентральной грыжами — 7,7 %; с острым аппендицитом — 3,7 %.

Стоит отдельно отметить группу с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей и синдромом диабетической стопы, где наблюдалось увеличение койко-дней на 2,6 %. Однако при рассмотрении летальности в данной группе отмечается уменьшение показателей в 1,6 раз. Также значительно снизилась летальность в группе больных со злокачественными новообразованиями толстого и тонкого кишечника — в 1,5 раза.

Во всех рассматриваемых случаях при применении дополнительной антисептической обработки палат наблюдалось уменьшение гнойно-воспалительных осложнений.

Выводы

Таким образом, у больных во всех группах отмечалось уменьшение койко-дней, за исключением группы больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей и синдромом диабетической стопы, где было замечено незначительное увеличение койко-дней. При проведении дополнительной антисептической обработки показатели летальности уменьшились, что в особенности отмечалось в группах больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей и синдромом диабетической стопы и со злокачественными новообразованиями толстого и тонкого кишечника.

При лечении больных с использованием дополнительной антисептической обработки палат и без последней было выявлено уменьшение гнойно-воспалительных осложнений и осложнений, не связанных с патогенными микроорганизмами.

Подводя итоги, следует отметить, что дополнительная антисептическая обработка палат является достаточно перспективным профилактическим методом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Морозов, А. М. Оценка экономических потерь вследствие развития инфекции области хирургического вмешательства / А. М. Морозов [и др.] // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 1. – С. 54-60. doi 10.21045/1811-0185-2022-1-54-60
2. Об экономической составляющей проведения предоперационной антибиотикопрофилактики / А. М. Морозов [и др.] // Врач. – 2021. – Т. 32, № 7. – С. 74–78. doi 10.29296/25877305-2021-07-12
3. Мусаев, А. И. Инфекционный контроль в отделениях высокого риска. Экономическая значимость инфекции в области хирургического вмешательства / А. И. Мусаев [и др.] // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2018. – № 2. – С. 58–63.
4. Бойко, С. С. Эпидемиология инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в хирургии, на современном этапе / С. С. Бойко // Вестник Совета молодых ученых и специалистов Челябинской области. – 2018. – Т. 4, № 3(22). – С. 26–33.
5. Об истории развития антисептики как начала современной хирургии / А. М. Морозов [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 3. – С. 140. doi 10.17513/spno.29706

УДК 616.36/37-002.17-036.12-06

М. И. Богомазова, М. В. Майстрова

Научный руководитель: д.м.н., доцент Е. Л. Красавцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СТАДИИ ФИБРОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА И СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Введение

Хронические заболевания печени (ХЗП) являются актуальной проблемой современной медицинской науки в связи с неуклонным ростом распространенности патологии

среди социально активной части населения. Неуклонный рост патологии печени обусловлен растущей распространенностью гепатотропной инфекции: вирусы гепатитов В, С, D, E, G, инфицирование которыми может приводить к развитию хронического гепатита, развитию фиброза, цирроза печени, появлению осложненных форм ХЗП.

Известно, что доля пожилых людей во всем мире растет, что определяет увеличение в структуре заболеваемости удельного веса возрастной патологии. Несмотря на преобладание сердечной недостаточности и артериальной гипертензии в качестве причины заболеваемости и смертности у пациентов пожилого и старческого возраста, обращает внимание увеличение в этой группе числа больных хроническими заболеваниями печени (ХЗП) [1].

Среди сопутствующих заболеваний у пациентов с хроническими заболеваниями печени часто могут встречаться полипозные и кистозные образования печени, жировой гепатоз и желчнокаменная болезнь (ЖКБ) [1].

Нарушения регенерации эпителия могут приводить к образованию полипа (-ов) — доброкачественной опухоли, имеющей эпителиальное происхождение. Причинами возникновения полипозных образований являются облучение, травма, инфекционно-аллергические и другие процессы. Среди многообразия кистозных поражений печени следует выделять кисты паразитарного и непаразитарного характера. Клинически кисты печени проявляются при прогрессирующем росте у 1–16 % пациентов [2].

Жировой гепатоз — самостоятельное метаболическое заболевание или синдром, обусловленный жировой дистрофией печеночных клеток. По данным зарубежных авторов (Н. А. Youness, Н. М. Abdelaal, А. М. Hassan) почти одна третья городского населения страдает жировым гепатозом. Среди этиологических факторов, приводящих к стеатозу печени первостепенное значение принадлежит алкоголю, далее следует ожирение, сахарный диабет [3].

Желчнокаменная болезнь занимает ведущее место среди заболеваний органов пищеварения по распространенности и осложнениям. Существующие анатомо-функциональные связи обуславливают частое вовлечение печени в патологический процесс при ЖКБ. Установлено, что важную роль в литогенезе играют нарушения функции гепатоцитов, изменения энтерогепатической циркуляции компонентов желчи. В свою очередь прогрессирование дистрофических, фибротических, цирротических процессов в печени связано с длительностью холелитиаза [4].

В виду того, что среди пациентов пожилого и старческого возраста наблюдается неуклонный рост числа больных ХЗП, а перечисленные сопутствующие заболевания оказывают влияние на метаболические и функциональные показатели печени, по моему мнению, необходимо оценить значение возраста, ЖКБ, кистозных и полипозных образований, а также жирового гепатоза в развитии стадий фиброза.

Цель

Определить стадии фиброза печени у пациентов с хроническими заболеваниями печени различного возраста и сопутствующих заболеваний гепатобилиарной системы (ЖКБ, кистозные и полипозные образования печени).

Материалы и методы исследования

Были проанализированы данные фиброэластометрии 412 пациентов с различными хроническими заболеваниями печени. Всю необходимую информацию систематизировали в приложении Microsoft Excel. Сбор материала и его оценка проведены на базе УЗ «Гомельская областная инфекционная клиническая больница». Для оценки полученных результатов был проведен статистический анализ с использованием персонального компьютера в стандартных приложениях Microsoft, пакет OpenOffice.org. Использовались критерий хи-квадрат Пирсона и метод логарифмического линейного анализа (ЛЛА), который позволяет проверить статистическую значимость факторов и их совместных эффектов, присутствующих в таблице сопряженности [5].

Результаты исследования и их обсуждение

При проведении статистического анализа среди пациентов были выделены группы по параметру «Возраст», чтобы оценить частоту стадий фиброза F1–F4 у людей различного возраста (таблица 1). Выявлена значимая связь между стадией фиброза и возрастной группой ($\chi^2 = 34,261$; уровень значимости $p < 0,01$), чем старше возраст, тем чаще встречаются продвинутое стадии фиброза, кроме пациентов до 20 лет (таблица 1).

Таблица 1 — Частота развития стадий фиброза печени среди разных возрастных групп

Стадия фиброза	Возраст			
	до 20 лет (5)	21–40 лет (80)	41–60 лет (255)	старше 61 года (72)
F1	2 (40 %)	35 (43,75 %)	89 (34,9 %)	17 (23,61 %)
F2	0	27 (33,75 %)	64 (15,29 %)	14 (19,44 %)
F3	0	12 (15 %)	46 (18,04 %)	10 (13,88 %)
F4	3 (60 %)	6 (7,5 %)	56 (21,96 %)	31 (43,06 %)
Всего (в скобках, какие стадии фиброза преобладают)	5 (F4)	80 (F1)	255 (F1)	72 (F4)

Стадии фиброза F4 чаще регистрировались в возрасте старше 61 года, и до 20 лет, стадии фиброза F3 — в группе «41–60 лет», стадии фиброза F2 — в группе 21–40 лет, а F1 — в группе 21–40 лет.

Самым распространенным (12,14 %) сопутствующим заболеваний гепатобилиарной системы (СЗГБС) у пациентов с хроническими заболеваниями печени оказалась желчнокаменная болезнь (ЖКБ), среди них преобладала стадия фиброза F4 (40 %). Кистозные и полипозные образования печени регистрировались у 6,07 % пациентов, у них чаще (36 %) встречалась стадия фиброза F2. Жировой гепатоз наблюдался у 5,34 % пациентов, у которых чаще (у 68,18 %) наблюдалась стадия фиброза F1.

Связь между наличием кистозных и полипозных образований печени и стадиями фиброза F1–F4 отсутствовала ($\chi^2 = 1,724$; уровень значимости $p = 0,632$, $p > 0,05$, таблица 2). При развитии ЖКБ чаще встречались продвинутое стадии фиброза (F4) ($\chi^2 = 9,962$; уровень значимости $p = 0,019$, $p < 0,05$, таблица 3). Влияние жирового гепатоза также оказалось значимым ($\chi^2 = 17,561$; уровень значимости $p = 0,001$, $p < 0,01$, таблица 4), при наличии этой патологии печени реже регистрировались продвинутое стадии фиброза.

Таблица 2 — Кистозные и полипозные образования у пациентов с различными стадиями фиброза печени

Стадия фиброза	Сопутствующие заболевания	
	нет кистозных и полипозные образования печени	кистозные и полипозные образования печени (6,07 %)
F1	133 (34,37 %)	8 (32 %)
F2	96 (24,8 %)	9 (36 %)
F3	68 (17,57 %)	3 (12 %)
F4	90 (23,25 %)	5 (20 %)
Всего	387	25 (F2)
Критерий ЛЛА	$P = 0,632$, $p > 0,05$	

Таблица 3 — ЖКБ у пациентов с различными стадиями фиброза печени

Стадия фиброза	Сопутствующие заболевания	
	нет текущего заболевания	ЖКБ (12,14 %)
F1	130 (35,91 %)	11 (22 %)
F2	93 (25,69 %)	12 (24 %)
F3	64 (17,68 %)	7 (14 %)
F4	75 (20,72 %)	20 (40 %)
Всего	362	50 (F4)
Критерий ЛЛА	$p = 0,019$, $p < 0,05$	

Таблица 4 — Жировой гепатоз у пациентов с различными стадиями фиброза печени

Стадия фиброза	Сопутствующие заболевания	
	нет текущего заболевания	жировой гепатоз (5,34 %)
F1	126 (32,31 %)	15 (68,18 %)
F2	98 (25,13 %)	7 (31,81 %)
F3	71 (18,21 %)	0
F4	95 (24,36 %)	0
Всего	390	22 (F1)
Критерий ЛЛИА	P = 0,001, p < 0,01	

Выводы

Выявлена значимая связь между стадией фиброза и возрастной группой, чем старше возраст, тем чаще встречаются продвинутые стадии фиброза. Связь между наличием кистозных и полипозных образований печени и стадиями фиброза F1–F4 отсутствовала. При развитии ЖКБ чаще встречались продвинутые стадии фиброза (F4). Влияние жирового гепатоза также оказалось значимым, при наличии этой патологии печени реже регистрировались продвинутые стадии фиброза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Малиновский, Н. Н. Доброкачественные опухоли желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков / Н. Н. Малиновский, В. П. Башилов, М. Ю. Бобровский // Хирургия. – 1986. – № 2. – С. 132–137.
2. Внутривенные кистозные новообразования: Дифференциальная лучевая диагностика и принципы хирургического лечения : монография / РАН РФ, Изд-ство «Крафт+» ; науч. ред. Г. Г. Кармазановский [и др.]. – Москва, 2020. – 160 с., ил.
3. Youness, H. A. Automatic Classification of Fatty Liver Disease Based on Supervised Learning and Genetic Algorithm / H. A. Youness, H. M. Abdelaal, A. M. Hassan // Applied Sciences. – 2022. – Vol. 12, № 1. – P. 521.
4. Желчнокаменная болезнь. Пути решения проблемы: материалы Международной выставки «Сиб-здравоохранение-2006», Иркутск, 10-13 окт. 2006 г. // Иркутский гос. ун-т ; под ред. А. Н. Калягина. – Иркутск, 2006. – 47 с.
5. Толстова, Ю. Н. Анализ таблиц сопряженности: использование отношения преобладания и логлинейных моделей / Ю. Н. Толстова, А. В. Рыжова // Социология: Методология, Методы, Математические методы. – 2003. – № 16. – С. 150–164.

УДК 616.24-002-053.3

А. В. Высоцкая

Научный руководитель: ассистент О. А. Зайцева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

Введение

Врожденная пневмония — острое инфекционное заболевание, поражающее респираторные отделы легких, как правило, выявляемое в течение первых 72 часов жизни [1].

В практике врачей-неонатологов врожденная пневмония у новорожденных все еще остается достаточно актуальной проблемой. С каждым годом увеличивается количество заболевших детей, а численность летальных исходов все еще сохраняется на высоком уровне. Именно ранняя диагностика, а также своевременная антибактериальная терапия, смогут улучшить прогноз и снизить летальность при данном заболевании [2].