

уже на 3–4 день (т. е. на 1–2 суток раньше, чем в контрольной группе), купировался воспалительный процесс, скорее исчезали пульсирующие боли в ране, на 2–3 сутки нормализовалась температура тела. Отмечалось сокращение средних сроков лечения, не было случаев ампутаций пальцев по поводу деструктивных форм панарициев. Зависимость средних сроков лечения больных с разными формами ГВЗК при лечении антибиотиками методом региональной перфузии и классическим способом внутривенного введения отображена в таблице 1.

Таблица 1 — Зависимость средних сроков лечения больных с разными формами ГВЗК при лечении антибиотиками методом региональной перфузии и классическим способом внутривенного введения

Форма ГВЗК	Группы больных			
	1-я группа — метод регионарной перфузии		2-я группа — метод внутримышечного введения АБ	
	число больных	средняя продолжительность лечения	число больных	средняя продолжительность лечения
Костный панариций	12	6,7	9	10,3
Суставной панариций	3	7,1	2	11,2
Пандактилит	3	13,8	2	18,2

### Выводы

Исходя из исследования сделан вывод, что традиционное лечение увеличивает количество койко-дней на 3–5 в зависимости от формы ГВЗК. Последующее амбулаторное лечение также на 6–7 дней длительнее при классическом способе лечения. Применение метода регионарной перфузии приводит к быстрому регрессу клиники заболевания, купированию воспалительного процесса.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Оценка различных методов лечения костного панариция // МЗРБ. — 1990. — № 5. — С. 47–49.
2. Выбор метода лечения абсцессов и флегмон кисти // 20-й съезд хирургов Беларуси: Тез. докл. — Минск, 1991.
3. Лечение осложненных форм панариция // 20-ый съезд хирургов Беларуси: Тез. докл. — Минск, 1991.
4. Клинический протокол диагностики и лечения больных с болезнями кисти и подкожной клетчатки // Приложение 3 к приказу МЗРБ от 25.02.2008 года № 142.
5. Приказ МЗРФ от 15.11.2012 года № 922н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю хирургия».
6. *Войно-Ясенецкий, В. Ф.* (Святитель Лука). Очерки гнойной хирургии / В. Ф. Войно-Ясенецкий. — 6-е изд. — Симферополь: Издание Симферопольской и Крымской епархии, 2016.
7. «Клинический протокол диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний кисти» МЗРК от 12.12.2014 № 9.

УДК 616.37-002.1-02

## ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Губко А. Ю., Потрубейко В. Л., Харкевич С. М.*

Научный руководитель: старший преподаватель *Д. М. Адамович*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### Введение

Острый панкреатит — заболевание поджелудочной железы (ПЖ), возникающее в результате аутолиза тканей ПЖ, проявляющееся отеком или геморрагическим некрозом ПЖ. Острый панкреатит (ОП) занимает 3-е место по частоте среди неотложных хирургических

заболеваний органов брюшной полости. Наиболее существенными этиологическими факторами ОП являются следующие: желчекаменная болезнь и алиментарный фактор.

**Цель**

Провести анализ пациентов с диагнозом ОП, а также изучить этиологическую структуру ОП.

**Материал и методы исследования**

Исследование выполнялось на базе ГОКБ. Было изучено 163 стационарных карт пациентов с диагнозом ОП за 2018–2019 гг. Результаты исследований обработаны при помощи пакета прикладных программ «MS Excel 2007» и «Statistica».

**Результаты исследования и их обсуждения**

Проанализированы стационарные карты 163 пациентов в возрастном диапазоне от 20 до 89 лет с диагнозом ОП. Этиологическая структура пациентов с ОП представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Этиологическая структура пациентов с ОП

Этиологический фактор	Количество, чел	Мужчины	Женщины	Средний возраст, лет	ИМТ
Алиментарный	146 (89,57 %)	101 (61,17 %)	45 (30,83 %)	49,4 (20; 83)	28,45
Желчекаменная болезнь	17 (10,42 %)	3 (17,64 %)	14 (82,36 %)	67,8 (38; 89)	31,27

Из таблицы 1 видно, что количество пациентов с ОП алиментарной этиологии 146 (89,57 %) человек; билиарной этиологии — 17 (10,42 %) человек. 101 (61,17 %) пациент с ОП алиментарной этиологии — мужчины; 45 (30,83 %) пациентов — женщины. При ОП билиарной этиологии 14 (82,36 %) пациентов — женщины; 3 (17,64 %) пациента — мужчины. Средний возраст при ОП на фоне желчекаменной болезни — 67,8 лет; при ОП, вызванным алиментарным фактором, средний возраст — 49,4 лет. Также, средний возраст мужчин ОП алиментарной этиологии — 45,3 лет; женщин — 55,2 лет. Средний ИМТ у пациентов с алиментарным ОП — 28,45; с билиарным ОП — 31,27.

**Выводы**

В ходе проведенного исследования было выявлено, что ОП алиментарной этиологии в 1,98 раза чаще приходится на мужчин (61,17 %), чем женщин (30,83 %). Однако в структуре билиарного ОП 82,36 % приходится на женщин, что в 4,66 раза чаще. Средний возраст при алиментарном ОП (49,4 лет) и это на 18,4 лет меньше, чем при билиарном ОП (67,8 лет). Также, в структуре алиментарного ОП прослеживается, что возраст мужчин (45,3 лет) на 9,9 лет меньше, возраста женщин (55,2 лет). Средний ИМТ у ОП алиментарной этиологии (28,45) на 2,82 меньше, чем ИМТ ОП билиарной этиологии (31,27).

УДК 617.586-001.4:616.379-008.64]:616.8

**БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ ПЕЙЗАЖ РАН ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

*Евдокимов В. Г., Сильвистрович В. И., Френкель О. А.*

Научный руководитель: д.м.н., профессор *А. А. Лызигов*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

**Введение**

Синдром диабетической стопы (СДС) — это состояние, сопровождающееся инфекцией, язвами и (или) деструкцией глубоких тканей стопы на фоне диабетической нейропатии, микро- и макроангиопатии, остеоартропатии [1].