

пик заболеваемости приходится на 50–55 лет (23,9 %). Результаты указывают на то, что распределение по возрасту статистически значимо нормальное ($W = 0,98$; $p > 0,05$), показатель моды — 58 лет, медианы — 54 года, доверительные интервалы составили 50,2 и 56,2 лет, стандартное отклонение составило 12,6 лет. Среди пациентов с полипами при распределении по полу: мужской пол составил 99 (48,2 %) человек, женский пол 197 (51,8 %) человек. Средний возраст приходится на 52,3 года, пик заболеваемости составил 55–60 лет (24,9 %). Результаты указывают на то, что распределение по возрасту статистически значимо отлично от нормального ($W = 0,98$; $p < 0,05$), показатели моды — 58 лет, медианы — 53 года. Среди пациентов с анальными трещинами при распределении по полу: мужской пол составил 88 (53,7 %) человек, женский пол 76 (46,3 %) человек. Средний возраст составил 52,4 лет, пик заболеваемости приходится на 55–60 лет (25 %). Результаты указывают на то, что распределение по возрасту статистически значимо отлично от нормального ($W = 0,98$; $p < 0,05$), показатели моды — 59 лет, медианы — 53 года.

Среди пациентов с ЭКХ при распределении по полу: мужской пол составил 73 (70,2 %) человека, женский пол 31 (29,8 %) человек. Средний возраст составил 47,2 года, пик заболеваемости приходится на 30–35 лет (20,2 %). Результаты указывают на то, что распределение по возрасту статистически значимо нормальное ($W = 0,99$; $p > 0,05$), показатели моды — 47 лет, медианы — 53 года, доверительные интервалы составили 50,5 лет и 55,4 года, стандартное отклонение составило 12,5 лет.

Выводы

В общей структуре заболеваемости пациентов проктологического профиля преобладают такие заболевания как: геморрой — 409 (37,9 %) случаев, полипы — 197 (18,3 %) случаев и анальные трещины — 164 (15,2 %) случая. Процентное соотношение патологий в нашем исследовании не отличается от мировых показателей. Ректороманоскопия была применена у 771 пациенту, что составило 71,5 % от общего числа осмотренных. По данным нашего исследования типичный пациент с геморроем — женщина 53 года. Типичный пациент с колитом — женщина 53 лет. При полипах толстого кишечника типичный пациент — женщина 58 лет. Типичный пациент с анальными трещинами — мужчина 58 лет. При заболевании ЭКХ типичным пациентом будет — мужчина 33 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ривкин, В. Л. Проктологическая заболеваемость и нормативы специализированной службы / В. Л. Ривкин // *Consilium medicum*. — 2017. — № 8 (19). — С. 89–92.
2. Лысов, Н. А. Научно-педагогическая школа профессора А. М. Аминова (1904–1984) / Н. А. Лысов, Е. С. Каторкин // *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»*. — 2015. — № 3. — С. 13–25.

УДК 615.276:617.576-002.3-08

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИСТИ

Гришечкин В. Ю., Панко Н. А.

Научный руководитель: старший преподаватель Д. М. Адамович

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одной из актуальных проблем современной гнойной хирургии является комплексное лечение гнойно-воспалительных заболеваний кисти (ГВЗК), которые включают па-

нариции различных видов, абсцессы, флегмоны, карбункулы и фурункулы кисти [6]. Лечение этих заболеваний является значительной медицинской и социально-экономической проблемой. Это связано с устойчивостью микрофлоры к антибиотикам, что приводит к длительным срокам лечения, неудовлетворительным функциональным результатам, что ведет у 10 % больных к потере профпригодности. Классическими способами лечения являются: консервативный в фазе инфильтрации тканей и оперативный в фазе гнойно-некротического воспаления [2, 5, 6, 7].

Что касается операционного способа лечения в фазу гнойного воспаления, то все больше авторов говорят о рациональности радикальной обработки очага с иссечением некротических тканей и последующим наложением первичного или первично-отсроченного шва и дренирования раны [1, 2, 4].

В рамках консервативного лечения авторы многих исследований склоняются к методу регионарной перфузии антибиотиков в конечность внутривенным способом с использованием манжеты, вместо используемого до сих пор рутинного способа перорального или внутривенного введения [2, 3].

Цель

Провести сравнительный анализ и выбрать оптимальный способ снижения продолжительности лечения у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями кисти и случаев утраты профессиональной пригодности.

Материал и методы исследования

Исследовались 39 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями кисти в возрасте от 14 до 73 лет, поступивших и проходивших лечение в отделении гнойной хирургии УЗ «Борисовская ЦРБ». Так же был проведен клинический анализ лечения данных пациентов.

Статистическая обработка результатов выполнена с использованием табличного редактора «Microsoft Excel 2016» и «Statistica» 13.3.

Результаты исследования и их обсуждения

В основу работы положен клинический анализ исследования и лечения 39 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями кисти в возрасте от 14 до 73 лет, из них женщин — 18 (46,1 %), мужчин — 21 (53,8 %). Трудоспособного возраста — 17 (43,5 %), нетрудоспособного возраста — 22 (56 %).

В этиологическом плане причиной гнойно-воспалительных заболеваний кисти являлись: уколы в 47 %, поверхностные раны — 15 %, ушибы — 5 %, мозоли и потертости — 6 %, другие причины — 27 %.

Среди панарициев, лечившихся методом регионарной перфузии антибиотиков (всего 18) было: костных 12 (66,6 %); суставных 3 (16,6 %); пандактилитов 3 (16,6 %).

Локализация процесса: чаще на 1–2 пальцах. У 8 % имела место серозно-инфильтративная фаза воспаления, у 92 % — гнойная.

В контрольную группу было взято 13 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями кисти подобной формы и локализации, но которые лечились традиционными способами лечения, т. е. классический способ внутримышечного введения антибиотиков.

В экспериментальной группе было 26 больных, лечившихся методом регионарной перфузии. Технический метод регионарной перфузии заключался во внутривенном введении 0,6 г линкомицина на физрастворе или 80–160 мг гентамицина (при устойчивости к данным антибиотикам (АБ), назначались «Амклав», «Цефатоксим») в кубитальную вену после предварительно наложенной на плечо манжетки и экспозиции на 30 мин. Введение осуществлялось 1 раз в сутки в течении 7–10 дней. Больным систематически проводились перевязки ран с использованием антисептиков в зависимости от фазы раневого процесса, что отражалось в истории болезни. Этот метод показал, что

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