

норфлоксацину, левофлоксацину в 3 %. Изоляты *Klebsiella pneumoniae* характеризовались устойчивостью к ампициллину — 90,6 %, к амоксициллину/клавуланату — 68,8 %, к нитрофурантоину — 6,2 %, к пиперациллину/тазобактаму — 3,1 %.

Чувствительность *Staphylococcus aureus* к ванкомицину составила 92,3 %, к гентамицину — 84,6 %, к клиндамицину, эритромицину, левофлоксацину — 61,5 %, к цефокситину — 53,9 %, к оксациллину, ципрофлоксацину — 38,5 %, к пенициллину, линкомицину, офлоксацину — 7,7 %. Изоляты *Staphylococcus aureus* характеризовались устойчивостью к пенициллину в 92,3 %, к клиндамицину и эритромицину в 7,7 %.

Выводы

Основными микроорганизмами при острой хирургической патологии перианальной и межягодичной области являются *Escherichia coli* (51,5 %), *Klebsiella pneumoniae* (13,3 %) и *Staphylococcus aureus* (5,4 %). Анализ антибиотикочувствительности показал, что *Escherichia coli* наиболее чувствительна к таким препаратам как: ампициллин (87,1 %), гентамицин (86,3 %), цефтазидим (84,7 %), ципрофлоксацин (82,3 %). *Klebsiella pneumoniae* наиболее чувствительна к гентамицину, цефотаксиму, ципрофлоксацину (84,4 %). *Staphylococcus aureus* наиболее чувствителен к ванкомицину (92,3 %) и гентамицину (84,6 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. Циммерман, Я. С. Эубиоз и дисбиоз желудочно-кишечного тракта: мифы и реалии / Я. С. Циммерман // Клиническая медицина. — 2013. — № 1. — С. 4–11.
2. Тимербудатов, М. В. Количественная оценка антибиотикочувствительности при лечении больных с гнойной инфекцией / М. В. Тимербудатов, Е. А. Грушевская, А. Р. Гафарова // Медицинский вестник Башкортостана. — 2018. — № 3. — С. 105–108.
3. Гулов, М. К. Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения сложных форм эпителиального копчикового хода / М. К. Гулов, Т. Н. Зубайдов, Ю. Х. Иброхимов // Вестник Авиценны. — 2016. — № 4. — С. 5–15.
4. Федянин, С. Д. Определение минимальной подавляющей концентрации диоксида для ведущих возбудителей хирургических инфекций / С. Д. Федянин, В. Е. Шилин // Вестник Витебского государственного медицинского университета. — 2015. — № 5. — С. 73–77.

УДК 616.381-002-086-036-06

МАНГЕЙМСКИЙ ИНДЕКС ПЕРИТОНИТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ЛЕТАЛЬНОСТИ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИТОНИТОМ В ПЕРВЫЕ 24 ЧАСА ПОСЛЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Бибкин А. А., Потрубейко В. Л., Синякевич А. С.

Научный руководитель: ассистент Е. В. Болтенкова

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема прогнозирования и течения исходов перитонита остаётся в центре внимания экстренной абдоминальной хирургии.

По мнению большинства исследователей наиболее эффективен разработанный специально для прогноза исхода перитонита Мангеймский индекс перитонита (МИП), который просто и достаточно полно описывает и делает сравнимым состояние пациента и степень поражения брюшины. Индекс позволяет оценить степень тяжести состояния пациента и, после математической обработки может быть определен дальнейший прогноз [1].

Цель

Сравнить прогностическую значимость МИП с фактической летальностью. Изучить прогностическую значимость МИП при развитии послеоперационных осложнений.

Материал и методы исследования

Был проведен обзор 30 истории болезни за период с 2019 по 2021 гг. на базе Государственного учреждения здравоохранения «Гомельская клиническая больница скорой медицинской помощи» из хирургических отделений № 1, № 2, № 3. В исследовании приняли участие истории 30 пациентов. Результаты исследований обработаны при помощи пакета прикладных программ «MS Excel 2007» и «MedCalc».

Результаты исследования и их обсуждения

В зависимости от послеоперационных местных осложнений и исхода все пациенты разделены на 3 группы: 1-я — 10 пациентов со средним возрастом 49,8 (32; 68) лет, у которых послеоперационный период протекал без местных послеоперационных осложнений; 2-я — 10 пациентов со средним возрастом 53,38 (40; 63) лет с местными послеоперационными осложнениями; 3-я — 10 пациентов со средним возрастом 71,4 (55; 86) лет с местными и общими послеоперационными осложнениями.

Среди пациентов 1-й группы местные послеоперационные осложнения не наблюдались. У пациентов 2-й группы из местных осложнений возникло нагноение послеоперационной раны (33,3 %). Местными осложнениями в 3-й группе явились: нагноение раны (100 %), эвентрация (33,3 %), несостоятельность анастомоза (20 %).

В 1-й группе умер 1 (10 %) пациент, во 2-й группе — 2 (20 %) пациента, в 3-й группе — 5 (50 %) пациентов. Эти цифры характеризуют фактическую летальность. Среднее значение МИП в 1-й группе составило 17,4 (1,77 %) баллов, во 2-й — 28,5 (1,84 %) баллов, в 3-й группе — 38,7 (4,57 %) баллов.

На рисунке 1 описана корреляционная зависимость между фактической летальностью и баллом МИП.

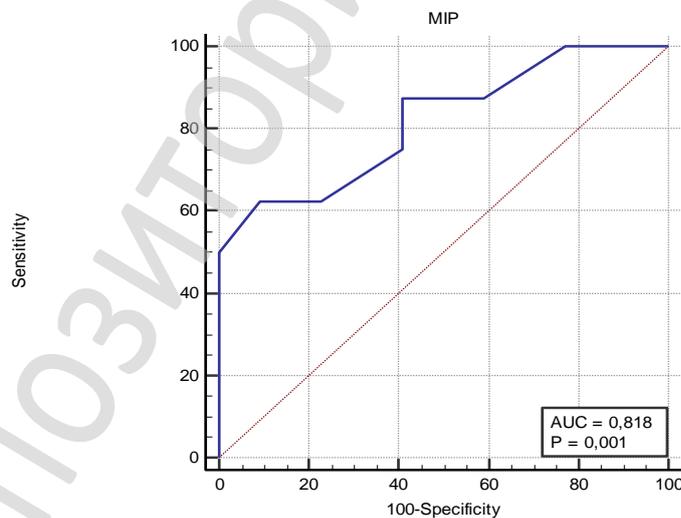


Рисунок 1 — Корреляционная зависимость между фактической летальностью и баллом МИП

Согласно графику: доверительный интервал составил $p = 0,001$, $AUC = 0,818$. Специфичность 90,91 %, чувствительность 62,5 %.

Выводы

Подсчет МПИ в 1-е сутки послеоперационного периода позволяет оценить прогноз и характер послеоперационного течения перитонита. Подтверждена диагностическая ценность МПИ в прогнозировании развития местных послеоперационных осложнений при перитоните: чем выше МИП, тем больше веро-

ятность послеоперационных местных осложнений. Чем выше значение МИП, тем больше вероятность неблагоприятного исхода. Главным достоинством МИП является простота вычисления, которая позволяет применять его в стационарах различного уровня для прогноза исхода и течения перитонита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лебедев, Н. В. Перитонит: учеб. пособие / Н. В. Лебедев, А. Е. Климов, А. А. Бархударов. — М.: Издательский дом БИНОМ, 2017. — 56 с.

УДК616.37-002.1-07-08

**НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ
С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**

Бибкин А. А., Потрубейко В. А., Синякевич А. С.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент Б. Б. Осипов

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

По определению экспертов Международного симпозиума по острому панкреатиту (1992) и IX Всероссийского съезда хирургов (2000), острый панкреатит является острым асептическим воспалением поджелудочной железы, основу которого составляют процессы аутоферментативного некробиоза, некроза и эндогенного инфицирования с вовлечением в процесс окружающих ее тканей забрюшинного пространства, брюшной полости и комплекса органых систем внебрюшинной локализации. Острый панкреатит — одно из самых распространенных и тяжелых заболеваний, которое является актуальной проблемой экстренной абдоминальной хирургии. Несмотря на совершенствование различных методов консервативного и хирургического лечения этого тяжелого заболевания, по данным мировой статистики летальность остается на достаточно высоком уровне: общая 7–15 %, при деструктивных формах — 40–70 % [1]. Острый панкреатит занимает 3-е место по частоте среди неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости [2]. Эта тенденция обусловлена более частой встречаемостью желчнокаменной болезни и алкоголизма как основных причин острого панкреатита [3].

Цель

Провести анализ нозологической структуры и способов лечения пациентов с острым панкреатитом.

Материал и методы исследования

Исследование архивных данных выполнялось на базе Государственного учреждения здравоохранения «Гомельская областная клиническая больница». Проведен ретроспективный анализ 162 стационарных карт пациентов с диагнозом ОП за 2018–2019 гг. из них мужчин — 103, женщин — 59. Все пациенты были разделены по возрасту на 4 группы согласно классификации ВОЗ: молодой (18–44 года), средний (45–59 лет), пожилой (60–74 лет), старческий (75–90 лет). Результаты исследований обработаны при помощи пакета прикладных программ «MS Excel 2007».

Результаты исследования и их обсуждение

Половозрастная структура пациентов с острым панкреатитом представлена на рисунке 1.