

участок несколько измененной подкожно жировой клетчатки, возможно, с остатками капсулы данного образования. На завершающих этапах произведен гемостаз, наложены швы на рану и асептическая повязка.

После операции извлеченное образование было направлено на патогистологическое исследование. Результат: фиброзная ткань с очаговым хроническим воспалением и наличием гельминта – нематода рода *Dirofilaria*. По данным патогистологического исследования пациентке выставлен диагноз «дирофиляриоз подкожно-жировой клетчатки правой височной области» (В74.8). Послеоперационный период протекал без осложнений, на 7 сутки после операции были сняты швы, рана зажила первичным натяжением. При дополнительном обследовании пациентки других участков паразита в организме обнаружено не было.

Выводы. Таким образом, несмотря на то, что территория Республики Беларусь не является эндемичной по дирофиляриозу, встречаются отдельные клинические случаи данного заболевания. Поэтому является необходимым проведение лабораторно-инструментальной диагностики пациентам с кистозными патологическими очагами мягких тканей и выполнение их удаления с последующим гистологическим исследованием.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дирофиляриоз / Л. Б. Сейдулаева [и др.] // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2015. – № 2. – С. 72–74.
2. Дирофиляриоз: два клинических случая / В. И. Прохоренков [и др.] // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – № 14 (5). – С. 32–37.
3. Возлюбленный, Д. Е. Диагностика и лечение дирофиляриоза мягких тканей нижних конечностей / Д. Е. Возлюбленный, Е. И. Возлюбленный, Н. Ю. Неласов // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2016. – № 4. – С. 81–85.

ФАКТОРЫ ИСХОДА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ПРИ СОВРЕМЕННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Кирячков Ю.Ю., Рей Е.О.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Ежегодная заболеваемость острым панкреатитом (ОП) составляет 30–45 человек на 100 000 жителей [1]. Для разработки эффективных схем лечения чрезвычайно важно сопоставление различных клинико-эпидемиологических факторов, определяющих тяжесть и прогрессирование заболевания [2].

Цель. Определить влияние клинико-эпидемиологических, лабораторно-диагностических и лечебных факторов на исходы панкреонекроза.

Методы исследования. В анализ включены медицинские карты пациентов с органной недостаточностью с длительностью нахождения в отделении интенсивной терапии в течение ≥ 2 дней. [3]. Выборку ретроспективного

когортного исследования составили 25 пациентов (мужчины – 15, женщины – 10, средний возраст – 46,3+/-3,47), находящихся в отделении интенсивной терапии с диагнозом «панкреонекроз, тяжелое течение». Изучено влияние на исходы лечения клинико-эпидемиологических, лабораторно-диагностических, этиотропных, антибактериальных паттернов у выживших и умерших от панкреонекроза пациентов в отделении интенсивной терапии. Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием программы MedCalc Software, версия 18.10.2.

Результаты и их обсуждение. Возраст, наличие или отсутствие ОПП/ХБП (острого повреждения почек/хронической болезни почек), ИБС, симптомов сепсиса и септического шока являются прогностическими факторами благоприятного или неблагоприятного исхода интенсивной терапии панкреонекроза. Снижение количества тромбоцитов, общего белка, сывороточного альбумина, увеличение уровня креатинина, мочевины, С-реактивного белка – прогностические неблагоприятные факторы исхода данного заболевания. Снижение амилазы от исходного уровня ассоциируется с благоприятным прогнозом исхода заболевания. Рост АЧТВ и МНО у пациентов в процессе интенсивной терапии ассоциированы с неблагоприятным прогнозом. Применение 20 видов парентеральных и 5 видов энтеральных антибиотиков не ассоциируется с выживаемостью при интенсивной терапии панкреонекроза. Достоверно более частое использование симпатомиметиков, инвазивной ИВЛ, процедур гемофильтрации не приводит к благоприятному исходу панкреонекроза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Huber, W. Therapie der akuten nekrotisierenden Pankreatitis [Treatment of acute necrotizing pancreatitis] / W. Huber, H. Algül // Internist (Berl). – 2019. – Vol. 60, iss. 3. – P. 226–234.
2. Mederos, M. A. Acute Pancreatitis / M. A. Mederos // JAMA. – 2021. – Vol. 325, iss. 4. – P. 382–390.
3. Sarr, M. G. 2012 revision of the Atlanta classification of acute pancreatitis / M. G. Sarr // Polish Archives of Internal Medicine. – 2013. – Vol. 123, iss. 3 – P. 118–124.

ДИВЕРТИКУЛЯРНАЯ БОЛЕЗНЬ ТОЛСТОЙ КИШКИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Климович И.И.¹, Борисюк Т.А.¹, Юркевич С.В.²

¹Гродненский государственный медицинский университет,

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно

Актуальность. Дивертикулярная болезнь (ДБ) толстой кишки является одним из наиболее распространенных заболеваний ЖКТ. В последние 30–40 лет происходит омоложение болезни. Так, в настоящее время у лиц младше 40