

достоверно выше были определены в группе 1: ОХ (6,9[5,4;7,1] против 5,1 [4,4;6,0], (p=0,002); ЛПНП 4,1 [3,9;4,3] против 3,3 [2,9;4,1] (p=0,029); ЛПВП 0,69 [0,61;0,82] против 0,81[0,70;0,90], (p=0,041); ТГ4,9 [3,2;5,1] против 2,4 [2,0;2,5], (p=0,019). Индекс ТрГ наибольший получен в группе 1 – 4,78 против 4,3 в группе 2 (p=0,002). При проведении корреляционного анализа определено наличие положительной корреляционной зависимости в группе 1 между значениями ЭГ и индексом ТрГ (r=0,69), индексом НОМА–IR (r=0,76), ТКИМ (r=0,54), НВА1с (r=0,66), ЛПНП (r=0,87).

Выводы. Наличие МАЖБП у пациентов с СД 2 типа характеризуется более высокими значениями НВА1с, индекса НОМА–IR, индекса ТрГ, показателей липидного профиля, ТКИМ. В данной группе также выявлена положительная взаимосвязь между ЭГ и индексом ТрГ, ТКИМ, НВА1с, индексом НОМА–IR, ЛПНП. Корреляционная зависимость между ЭГ и индексом ТрГ, ТКИМ свидетельствует о наличии атеросклероза в указанной группе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов, И.И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / И.И. Дедов, М.В. Шестаков, А.Ю. Майоров. – 11-й выпуск. – М.; 2023. – С. 64.

ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ: ЛЕЧЕНИЕ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*Дубровщик О.И.¹, Марочинский М.А.¹, Плющаница А.В.²,
Хильмончик И.В.²*

*Гродненский государственный медицинский университет¹,
Городская клиническая больница №4 г. Гродно²*

Актуальность. В структуре хирургических отделений осложненные формы (ОФ) рожистого воспаления (РВ) составляют 7–14% [1]. Увеличивалось число рецидивирующих форм РВ до 40–50% приводящих к формированию ЛВН у 16–50% пациентов. Около 19% случаев РВ осложняются гнойно–некротическими процессами протекающими по типу некротического фасциита или распространенного целлюлита.

Поиск улучшения результатов лечения пациентов с ОФ РВ остается актуальным.

Цель. Оценить результаты лечения ОФ РВ и повысить эффективность на госпитальном этапе.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 60 пациентов с РВ госпитализированных в клинику общей хирургии с 2020 по 2024 гг., по экстренным показаниям – 56 (93,3%), планово – 4 (6,7%).

Изучение истории болезни у 54 (90%) пациентов с осложненными формами РВ нижних конечностей (НК), не включены в группу 6 пациентов с локализацией рожки на верхних конечностях, туловище, голове. Мужчин – 22 (40,7%), женщин 32 (59,3%), средний возраст – $68,3 \pm 3,4$ года. С момента заболевания 1–3 суток госпитализировано – 48 (88,9%) пациентов, через 5–6 суток – 6 (11,1%). Эритематозно–буллезная форма РВНК была у 25 (46,3%) пациентов, флегмонозная у 14 (25,9%), гнойно–некротическая с гнойным лимфаденитом и лимфангитом у 15 (27,8%).

Сопутствующие заболевания выявлены у 98,9% пациентов.

Бактериологический посев из раневых поверхностей дал положительный результат у 68,6% пациентов.

Результаты и их обсуждение. Комплексное консервативное лечение независимо от формы РВ включало: антибактериальную, дезинтоксикационную, антиагрегантную, десенсибилизирующую и иммунокорригирующую терапию, физические (ФДТ, УФО, НЧУЗ, ВЛОК, ГБО, ЛТ).

Основными в лечении осложненных форм РВНК являются оперативные методы. У 36 (66,7%) пациентов выполнены хирургические операции: вскрытие флегмон голени и стопы у 9 (16,7%), у 20 (37,0%) – некрэтомии выполняемые и повторно в связи с прогрессированием некроза кожи, подкожной клетчатки. У 7 (12,9%) пациентов на фоне эритематозно–буллезной формы вскрыты абсцессы на голени. У 71,8% пациентов потребовалось проведение вторичной хирургической обработки в связи с распространенным дермоцеллюлитом и/или фасциитом. Очаги гнойной инфекции на голени и стопах ликвидированы полностью у 25%, однако раны не закрылись у 43,7%, частичная эпителизация отмечена у 31,2% случаев.

Умер 1 пациент в связи с легочно–сердечной недостаточностью.

Выводы. Наш многолетний опыт лечения пациентов с ОФ РВНК позволяет заключить – госпитализация и своевременно проведено в полном объеме согласно принятой системы лечения в клинике, оперативное лечение, способствуют улучшению результатов лечения создают благоприятные условия для течения раневого процесса, сокращаются сроки лечения в стационаре с 16,3 до 13,8 дней, уменьшилось количество негативных результатов на госпитальном этапе на 3,8% случаев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Цеймах, Е.А. Применение криоплазменно–антиферментной терапии и декомпрессии мягких тканей в комплексном лечении больных тяжелыми формами рожистого воспаления / Е.А.Цеймах, В.Ю.Зинченко, О.Ю.Лавриненко // Журнал инфектологии – 2024. – Т.16, №3. – С.183–184.