

стационарное лечение в 2021 году получили 15% пациентов, в 2022 – 18%, в 2023 – 21,1%, 2024 – 19,5%, 2025 – 11,3%.

**Выводы.** Таким образом, хотя отмечается тенденция к снижению заболеваемости микроспорией в 2025 году, дети 3-6 лет и 7-14 по-прежнему остаются в группе повышенного риска заражения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Микроспория: особенности современного клинического течения, диагностики и терапии / Н. С. А. Абдаллах, А. В. Чепрасова, Е. И. Касихина [и др.] // Медицинский совет. – 2025. – Т. 19, № 14. – С. 86-92. – doi: 10.21518/ms2025-341.
2. Tinea capitis by *Microsporum canis* in an elderly female with extensive dermatophyte infection / Z. Yang, W. Chen, Z. Wan [et al] // *Mycopathologia*. – 2021. – Vol. 186, № 2. – P. 299-305. – doi: 10.1007/s11046-020-00519-9.
3. Солонько, О. И. Эпидемический процесс микроспории в Республике Беларусь / О. И. Солонько, М. И. Лапатик, М. И. Бандацкая // *Фундаментальная наука в современной медицине 2018* : сб. материалов сателитной дистанционной науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых, Минск, 02 февраля 2018 года. – Минск, 2018. – С. 219-223.

## ИНТЕРЛЕЙКИН-6 ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА КИШЕЧНИКЕ

**Обухович А. Р.<sup>1</sup>, Василевский В. П.<sup>1</sup>, Якимович Д. Ф.<sup>2</sup>,  
Ждонец С. В.<sup>2</sup>, Ершова М. В.<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Гродненская университетская клиника

**Актуальность.** Цитокины – это группа белков и пептидов, играющих ключевую роль в иммунном ответе организма [1]. Одним из них является интерлейкин-6 (ИЛ-6), относящийся к провоспалительным цитокинам. Он участвует в поддержании барьерной функции кишечника, стимулирует пролиферацию эпителиальных клеток и препятствует их апоптозу [2]. В последнее время растет заинтересованность данным цитокином как возможным маркером различных воспалительных заболеваний организма, в том числе и кишечника [3].

**Цель** – оценить изменения концентрации ИЛ-6 в раннем послеоперационном периоде у пациентов после выполненных реконструктивно-восстановительных операций на кишечнике.

**Методы исследования.** Проанализированы лабораторные показатели (количество лейкоцитов крови (WBC), С-реактивный белок (СРБ) и ИЛ-6) у 6 пациентов, госпитализированных в отделение гнойной хирургии учреждения здравоохранения «Гродненская университетская клиника» с целью выполнения реконструктивно-восстановительного оперативного вмешательства на кишечнике. Вышеуказанные параметры оценивались за день до и на 1, 2, 3, 4, 5, 6 и 7 сутки после операции. Нозологически пациенты распределились следующим образом: 2 пациента с дивертикулярной болезнью толстой кишки, 2 пациента со злокачественными новообразованиями толстой кишки, 1 пациент с панкреонекрозом и множественными его осложнениями в анамнезе, 1 пациент с травматическим повреждением толстой кишки. Выполнено закрытие сигмостомы 3 пациентам (2 лапароскопическим доступом, 1 – лапаротомическим), закрытие илеостомы – 2 пациентам, лапароскопическая резекция сигмовидной кишки – 1 пациенту.

Данные представлены в виде медианы, 1-го и 3-го квартилей.

**Результаты и их обсуждение.** В проанализированной группе пациентов ранние послеоперационные осложнения не наблюдались. Дооперационные показатели WBC составили 7,02 (5,61; 8,50)  $\times 10^9$ /л (референсные значения 4,0 – 9,1  $\times 10^9$ /л), СРБ – 16,05 (2,68; 38,03) нг/л (референсные значения 0-6 нг/мл), ИЛ-6 – 13,18 (8,47; 47,20) нг/мл (референсные значения 0-7 пг/мл). В первые сутки после оперативного вмешательства показатели WBC увеличивались на 64 (42; 70)%, СРБ – на 425 (146; 692)%, ИЛ-6 – на 338 (144; 1304)%. Однако к 4-м суткам значения воспалительных маркеров снижались в сравнении к первым послеоперационным: WBC – на 23 (14; 37)%, ИЛ-6 – на 71 (61; 82)%. Несмотря на то, что количество лейкоцитов оставалось по-прежнему выше дооперационных, концентрация ИЛ-6 к 4-му дню снизилась по сравнению с дооперационными значениями. Заметно то, что значения СРБ продолжали увеличиваться к 4-м суткам – на 66% выше показателей в первый послеоперационный день. К 7-му дню после операции концентрация СРБ в плазме по-прежнему превышала на 67 (29; 106)% дооперационные значения.

Таким образом, ИЛ-6 также, как и другие воспалительные показатели увеличивается в первые сутки после реконструктивно-восстановительных вмешательств на кишечнике в ответ на операционную травму. Однако его значения быстрее достигают нормы, что является признаком отсутствия ранних послеоперационных осложнений.

**Выводы.** ИЛ-6 может быть использован в качестве маркера ранних послеоперационных осложнений у пациентов после выполнения реконструктивно-восстановительных операций на кишечнике.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Интерлейкин-6: патофизиология, диагностическое значение / А. А. Ильин, К. И. Дебердеева, К. А. Волков [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2025. – № 4. – С. 85. – doi: 10.17513/spno.34160

2. Изменения состава микробиоты кишечника, ассоциированные с дефицитом IL-6 / Е. О. Губернаторова, А. И. Полинова, Т. Р. Юракова [и др.] // Медицинская иммунология. – 2023. – Т. 25, № 3. – С. 595-600. – doi: 10.15789/1563-0625-CIT-2797

3. Интерлейкин-6 как ранний маркер несостоятельности кишечного анастомоза у пациентов, перенесших резекцию толстого кишечника по поводу рака / М. А. Черных, Р. В. Павлов, А. Д. Новикова [и др.] // Вопросы онкологии. – 2022. – Т. 68, № S3. – С. 37-39.

## ВЛИЯНИЕ АКТИВНОГО ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ИНФРАИНГВИНАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ, СОЧЕТАЮЩИМСЯ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕННЫХ РЕВАСКУЛЯРИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

**Обухович А. Р.<sup>1</sup>, Иоскевич Н. Н.<sup>1</sup>, Ждонец С. В.<sup>2</sup>, Дайнович В. А.<sup>2</sup>,  
Антухевич Е. И.<sup>2</sup>, Гавина Н. Л.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Гродненская университетская клиника

**Актуальность.** На протяжении многих лет неинфекционные заболевания лидируют среди причин смертности в мире. Значительная их доля приходится на сахарный диабет (СД). В Республике Беларусь на 1 января 2024 года на диспансерном учете находилось 379 510 пациентов с сахарным диабетом (СД), основную группу которых составляет СД 2 типа – 94%. Крайне неблагоприятная ситуация складывается при сочетании СД с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей (ОААНК). Свойственная СД диабетическая полинейропатия приводит к тому, что пациенты с атеросклеротической ишемией нижних конечностей на фоне данного заболевания обращаются за медицинской помощью нередко лишь в стадии ее хронической критической ишемии (ХКИНК) [1, с. 228]. Единственным эффективным методом лечения в такой ситуации является реваскуляризация ишемизированной конечности [2]. Применяемые открытые хирургические и рентгенэндоваскулярные (РЭВ) варианты оперативного лечения эффективно восстанавливают артериальный кровоток в нижних конечностях. Однако наличие СД приводит к частым реокклюзиям в месте операции, по сравнению с пациентами без нарушения углеводного обмена.

На основании выполненных нами ранее исследований, предложена схема послеоперационного наблюдения за пациентами с атеросклеротическим