

2. Eddouks, M.; Bidi, A.; El Bouhali, B.; Hajji, L.; Zeggwagh, N. A. Antidiabetic plants improving insulin sensitivity. J. Pharm. Pharm. 2014. Vol. 66. P. 1197–1214.

УДК 616-001.514

**ПРОГНОЗ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЗОНЕ
ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕТАЛЛООСТЕОСИНТЕЗЕ У ПАЦИЕНТОВ С
ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ**

Ванькович П. Э.

*Институт повышения квалификации и переподготовки кадров
здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский
университет»*

e-mail: vankovichpavel@mail.ru

***Summary.** This article presents the results of treatment of 80 patients with closed fractures of the shin bones. A study was conducted aimed at studying the dynamics of hematological parameters in order to determine the severity of inflammation and predict purulent-inflammatory complications in the early postoperative period.*

В настоящее время развитие инфекционных осложнений в раннем послеоперационном периоде после металлоостеосинтеза костей голени составляет 2–14 %, достигая 55,8 % при открытых переломах костей голени [1]. Глубокая инфекция области хирургического вмешательства верифицируется в среднем у 1,1–5,0 % наблюдений, при этом частота ее достигает 22,9 % у пациентов со сложными открытыми переломами большеберцовой кости [2].

В последние годы достоверно доказана информативность лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), показателя тяжести интоксикации (ПТИ), гематологического показателя интоксикации (ГПИ) у пациентов с воспалительными и гнойными заболеваниями легких, органов брюшной полости для определения тяжести течения и их прогноза развития [3].

В литературе также есть сведения, касающиеся прогноза инфекционных осложнений при хирургическом лечении переломов длинных костей конечностей. Вместе с тем, единой точки зрения у авторов по видам и значимости прогностических критериев нет, а данные о возможностях такого прогноза противоречивы. Приведенные данные свидетельствуют об актуальности данной проблемы и необходимости проведения научных разработок в этом.

Проведен анализ лечения 80 пациентов с закрытыми сегментарными и многооскольчатыми переломами большеберцовой кости. Пациенты были разделены на 3 группы исследования. В 1 группу было включено 50 лиц с нормальным течением послеоперационного периода, из них 40 мужчины и 10 женщин, средний возраст составил $40,15 \pm 10,01$ лет. 2 группа включала в

себя 15 практически здоровых чел., из них 10 мужчин и 5 женщин, средний возраст $38,17 \pm 10,02$ лет. Группу сравнения составили 15 чел., из них 5 женщин и 10 мужчин, средний возраст $37,74 \pm 10,64$ лет, у которых послеоперационный период осложнился нагноением послеоперационной раны. Всем пациентам выполняли расчет показателей лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), гематологический показатель интоксикации (ГПИ) и показатель тяжести интоксикации (ПТИ) по известным формулам до хирургического вмешательства, на 2–3 и 10–12 сутки со дня операции. Оценку интенсивности болевого синдрома у пациентов проводили при помощи 10-балльной визуальной аналоговой шкалы (ВАШ).

Величина ЛИИ в основной группе и группе сравнения в первые двое суток с момента травмы увеличилась в 1,6 и 2,3 раза соответственно по сравнению с контрольной группой ($p = 0,020$ и $p = 0,016$ соответственно). Аналогичный характер изменений наблюдается по ГПИ (в 2,4 и 2,8 раза; $p = 0,016$ и $p = 0,001$) и ПТИ (в 1,7 и 1,9 раза; $p = 0,001$ и $p = 0,001$).

Однако как на 2–3 сутки, так и на 10–12 сутки после хирургического лечения между пациентами основной группы и группы сравнения наблюдалась значимая разница по уровню ЛИИ в 1,68 раза ($p = 0,031$) и 1,89 раза ($p = 0,034$), что отражает благополучное течение послеоперационного периода у пациентов основной группы и свидетельствует о высокой диагностической значимости ЛИИ для выбора сроков хирургического вмешательства.

Анализ внутригрупповых различий в группе с осложненным течением показал, что ЛИИ в раннем послеоперационном периоде не отличался от начального уровня до операции и лишь на 10–12 сутки его значение значительно снизилось.

Установлена тесная прямая взаимосвязь между величиной ЛИИ и тяжестью течения послеоперационного периода по шкале ВАШ у пациентов с осложненным течением в группе сравнения ($r = 0,75$, $p = 0,001$). Следовательно, чем больше величина индексов интоксикации в день операции, тем выше вероятность развития инфекционного осложнения в послеоперационной ране.

Список использованной литературы.

1. Островский, В. К. Лейкоцитарный индекс интоксикации и некоторые показатели крови при оценке тяжести течения и определения прогноза воспалительных, гнойных и гнойно-деструктивных заболеваний различных локализаций / В. К. Островский, А. В. Машенко, Д. В. Янголенко, С. В. Макаров // Анестезиология и реаниматология. – 2005. – № 6. – С. 25–29.

2. Yokoyama K, Uchino M, Nakamura K. Risk factors for deep infection in secondary intramedullary nailing after external fixation for open tibial fractures. *Injury*. – 2006. – Vol. 37, № 6. P. 554–560.

3. Ванькович, П. Э. Использование гипербарической оксигенации в комплексном лечении пациентов с сегментарными и многооскольчатыми диафизарными переломами костей голени / П. Э. Ванькович, О. П. Кезля // БГМУ в авангарде медицинской науки и

УДК 617-089.844

**ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ
ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КОПЧИКОВЫХ ХОДОВ У ДЕТЕЙ**

Гнедова А. В., Глуткин А. В.

УЗ «Гродненский государственный медицинский университет»

e-mail: nastena.gnedova@gmail.com

Summary. *Pathology of the epithelial coccygeal passage is a common problem in adolescence. The results of treatment of 141 patients were analyzed; in addition, minimally invasive treatment methods were used in 11 cases.*

Эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ) – представляет эпителиальное погружение в виде узкого канала длиной 2–5 см, содержащее волосяные луковицы, сальные железы, заканчивающееся слепо в мягких тканях над верхушкой копчика и открывающееся на коже межъягодичной складки одним или несколькими точечными отверстиями строго по средней линии между ягодицами.

Впервые ЭКХ был описан в трудах Н. О. Мауо в 1833 г. Автор предположил, что причина заболевания кроется в неполном разделении листков мезодермы и эктодермы во время эмбриогенеза. Симптомы болезни впервые были описаны в 1847 г. А. W. Anderson в письме в редакцию «Бостонского медицинского хирургического журнала». В нем было доложено о наблюдении кисты с волосами в межъягодичной складке. Несколько лет спустя Т. М. Warren (1854) в своих трудах отразил подробное описание болезни и дал рекомендации по хирургическому лечению таких свищей. В 1880 г. R. M. Hodges выделил болезнь в отдельную нозологию и ввел термин *pilonidal sinus*, термин до сих пор используется в зарубежной литературе. В 1949 г. А. Н. Рыжих и М. И. Битман предложили термин «ЭКХ», который и по сей день используют русскоязычные исследователи.

Соотношение мужчин и женщин составляет от 3:1 до 4:1. Люди европеоидной расы более предрасположены к данному заболеванию.

Существует большое количество способов оперативного лечения ЭКХ. На сегодняшний день ведущим методом лечения остается широкое иссечение мягких тканей до крестцовой фасции с последующим закрытием раневого дефекта. Однако все чаще начинают использоваться малоинвазивные способы лечения ЭКХ.

Объектом исследования в период с 2018 по 2022 годы являлся 141 пациент с диагнозом ЭКХ, который находился на стационарном лечении в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница».

Среди пациентов с диагнозом ЭКХ мальчиков было 95 (67,4 %), девочек – 46 (32,6 %). Возрастная структура была следующей: 13–14 лет