

*В. В. Маиэль*

**РОЖЫСТАЕ ЗАПАЛЕННЕ І ТРОМБАЭМБАЛІЯ ЛЕГАЧНАЙ  
АРТЭРЫІ: НЕДААЦЭНЕНАЯ РЫЗЫКА**

**Навуковы кіраўнік асіст. С. А. Клімук**

*Кафэдра агульнай хірургіі,*

*Беларускі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт, г. Мінск*

**Рэзюмэ.** У артыкуле прыведзены дадзеныя рэтраспектыўнага даследвання, выкананага з мэтай аналізу сувязі рожыстага запалення і ТЭЛА. Была вызначана неабходнасць уключэння прафілактыкі ТЭЛА ў стандартныя пратаколы лекавання рожыстага запалення.

**Ключавыя словы:** ТЭЛА, рожыстае запаленне, дыягнастычныя шкалы.

**Resume.** The article presents a retrospective analysis of the experience in erysipelas and pulmonary embolism. The necessity of prevention of pulmonary embolism in standard treatment protocols of erysipelas was determined.

**Keywords:** pulmonary embolism, erysipelas, diagnostic scales.

**Актуальность.** У апошнія годы адзначаецца павышэнне захваральнасці на рожыстае а запаленне (РЗ), з частым развіццём рэцыдываў (да 16-50%) і ўзнікненнем цяжкіх ускладненняў. Найбольш грозным ускладненнем хірургічных захворванняў, у тым ліку РЗ, з'яўляецца ТЭЛА. Частата ўзнікнення яе складае 0,4% сярод усіх шпіталізаваных пацыентаў, летальнасць да 7-11%. Прафілактыка ТЭЛА не ўваходзіць у беларускія пратаколы вядзення рожыстага запалення, але з улікам магчымасці пашкоджвання судзінаў, а таксама ўскладненняў, звязаных з венозным крыватокам пры РЗ, ёсць падставы для дадатковага вывучэння гэтай сувязі.

**Мэта:** Вызначэнне сувязі РЗ з ТЭЛА і вызначэнне неабходнасці прафілактыкі ТЭЛА ў пацыентаў з рожыстым запаленнем.

**Задачы:**

1. Выканаць ацэнку пацыентаў з РЗ паводле рызыкі ТЭЛА з выкарыстаннем сучасных дыягнастычных шкал.
2. Ацаніць частату ТЭЛА сярод пацыентаў з РЗ.
3. Вызначыць неабходнасць змены тактыкі лекавання РЗ з пункту гледжання прафілактыкі ТЭЛА.

**Матэрыял і метады.** Рэтраспектыўнае даследванне карт 124 пацыентаў з РЗ аддзялення гнойна-септычнай хірургіі УЗ “5 ГКБ” г.Мінска за 2013г. Статыстычная апрацоўка дадзеных з дапамогай пакета праграм Statistica 10.0 з ужываннем метадаў для непараметрычных дадзеных.

**Вынікі і іх абмеркаванне.** Для вызначэння рызыкі ТЭЛА ужывалі 2 сістэмы, рэкамендаваныя Еўрапейскай Кардыялагічнай Грамадой: Канадская і Жэнеўская. Абедзве сістэмы ўлічваюць дадзеныя фізікальнага агляду і анамнезу, даюць магчымасць хутка і адносна надзейна вызначыць рызыку ТЭЛА. Паводле гэтых сістэм, пацыенты былі размеркаваны па падгрупам (табліцы 1, 2).

**Табліца 1.** Размеркаванне пацыентаў паводле Жэнеўскай сістэмы (N=125)

Група	Колькасць, n (%)	Узрост, г (Ме, ІКД)	Пол
-------	------------------	---------------------	-----

			М	Ж
Нізкая рызыка	36 (29%)	53 (42,5; 58)	12 (33,3%)	24 (66,6%)
Сярэдняя рызыка	72 (58%)	63,5 (53;73)	39 (54,2%)	33 (45,8%)
Высокая рызыка	16 (13%)	73 (64;82)	8 (50%)	8 (50%)

Ме – медыяна; ІКД – інтэрквартальны дыяпазон.

**Табліца 2.** Размеркаванне пацыентаў паводле Канадскай сістэмы (N=125)

Група	Колькасць, n (%)	Узрост, г (Ме, ІКД)	Пол	
			М	Ж
Нізкая рызыка	86 (69,3%)	56,5 (50;67)	39 (45,3%)	47 (54,7%)
Высокая рызыка	38 (30,7%)	67 (56;78)	20 (52,6%)	18 (47,4%)

Ме – медыяна; ІКД – інтэрквартальны дыяпазон.

Згодна з Жэнеўскай сістэмай, 58% (72) пацыентаў мелі сярэдні рыск развіцця ТЭЛА, а 13% (16) - высокі. Згодна з Канадскай, 30,7% (38) пацыентаў мелі высокую рызыку. Гэтыя дадзеныя ўжо кажуць пра неабходнасць прыняцця пэўных мер у адносінах да лекавання пацыентаў груп рызыкі. У абодвух выпадках групы не мелі статыстычна значнай розніцы па полу, але ў наяўнасці розніца па ўзросту.

Для высвятлення паказчыкаў, на якія можна арыентавацца пры вызначэнні рызыкі ў стацыянары, і якія могуць сведчыць пра сувязь РЗ і ТЭЛА, былі праведзеныя парныя параўнанні паміж групамі, падзеленымі ў рамках адной сістэмы. Выбіраліся параметры, якія паводле дадзеных літаратуры маглі характэрызаваць стан сістэмы каагуляцыі, а таксама прынцыпава адрознівалі пацыентаў адносна цяжэння захворвання. Паколькі групы мелі значную розніцу ў колькасці пацыентаў, у абедзвюх сістэмах давялося прыбегнуць да метаду паркопій. Вынікі парных параўнанняў прыведзены ў табліцах 3 і 4.

**Табліца 3.** Параўнанне па падгрупах, паводле Жэнеўскай сістэмы

Група	Узрост, г (Ме, ІКД)	Колькасць дэструктыўных форм (% , n)	МНС (Ме, ІКД)	Р	Праграмбінавы Індэкс (Ме, ІКД)	Р	Актыўнасць праграмбінавага комплексу (Ме, ІКД)	Р
<i>Параўнанне нізкая-высокая</i>								
Нізкая	43 (34,75; 56,75)	18,8 (3)	1,09 (1,04; 1,17)	0,02	12 (11,9; 12,625)	0,015	0,925 (0,87; 0,96)	0,013
Высокая	73 (64;82)	37,5 (6)	1,2 (1,12; 1,31)		13,1 (12,2; 14,4)		0,85 (0,76; 0,9)	
<i>Параўнанне сярэдняя-высокая</i>								

Сярэдняя	71 (64,75; 80)	25 (4)	1,06 (1,03; 1,17)	0,016	11,55 (11,33; 12,68)	0,01	0,95 (0,87; 0,97)	0,013
Высокая	73 (65; 81)	37,5 (6)	1,2 (1,12; 1,31)		13,1 (12,2; 14,4)		0,85 (0,76; 0,9)	

Ме – медыяна; ІКД – інтэрквартальны дыяпазон; МНС – міжнародныя нармалізаваныя суадносіны

Падчас парных параўнанняў па падгрупах, сфармаваных паводле Жэнеўскай сыстэмы параметраў з статыстычна значнай розніцай паміж групамі з нізкай і сярэдняй рызыкай не было выяўлена.

Паміж групай з высокай рызыкай і астатнімі ёсць значная розніца паводле паказчыкаў узросту, МНС, пратрамбінавага індэксу і актыўнасці пратрамбінавага комплексу. У групе з высокай рызыкай, апошнія тры паказчыкі, не выходзячы за граніцы нормы, пасунуты у бок гіпакаагуляцыі. Гэта цікавая тэндэнцыя, якая можа сведчыць пра неэфектыўнасць стандартнага каагулалагічнага даследвання у мэтах выяўлення гіперкаагуляцыі. Розніца па ўзросту суадносіцца з літаратурнымі дадзенымі, бо згодна з рэзультатамі шэрагу даследванняў 65% пацыентаў з ТЭЛА мелі ўзрост 60 гадоў і больш.

У выніку парных параўнанняў паміж групамі, сфармаванымі па Канадскай сыстэме – статыстычна значныя дадзеныя атрымаліся аднолькавымі з тымі, што былі выяўлены пры параўнаннях паводле Жэнеўскай сыстэмы.

**Таблица 4.** Параўнанне па падгрупах, паводле Канадскай сыстэмы

Група	Узрост, г (Ме, ІКД)	Колькасць дэструктыўных форм (% , n)	МНС (Ме, ІКД)	P	Праграм-бінавы Індэкс (Ме, ІКД)	P	Актыўнасць праграмавага комплексу (Ме, ІКД)	P
Нізкі	55 (43,5; 65)	21 (8)	1,08 (1,03; 1,17)	0,016	11,9 (11,4; 12,5)	0,034	0,925 (0,87; 0,97)	0,029
Высокі	67 (56,25; 77,75)	31,6 (12)	1,17 (1,07; 1,23)		12,9 (12,75; 14)		0,87 (0,83; 0,94)	

Ме – медыяна; ІКД – інтэрквартальны дыяпазон; МНС – міжнародныя нармалізаваныя суадносіны

### **Высновы:**

1 Згодна з сучаснымі шкаламі ацэнкі рызыкі ТЭЛА, да паловы пацыентаў з РЗ уваходзяць у групы сярэдняй і высокай рызыкі, прычым дакладна часцей гэта пацыенты сталага ўзросту

2 ТЭЛА з’являецца рэдкай, але магчымым ускладненнем РЗ, а высокая летальнасць выводзіць праблему на значны ўзровень

3 Ацэнка рызыкі ТЭЛА і разгляд кожнага пацыента з дыягназам РЗ з пункту гледжання патэнцыйнай небяспекі развіцця смяротна небяспечнага ускладнення прадугледжвае ўключенне ацэнкі рызыкі тромбаэмбалічных ускладненняў у пратаколы вядзення пацыентаў з РЗ

*V. V. Mashel*

### **ERYSIPELAS I PULMONARY EMBOLISM: RISK UNDERESTIMATED**

*Tutor Assistant S. A. Klimuk*

*Department of General Surgery,  
Belarusian State Medical University, Minsk*

### **Літаратура**

1. Карман А. Д. Абаснаванне комплекснага метада лекавання рожыстага запалення//Кандраценка Г. Г./ Аўтарэферат дысертацыі на суісканне навуковай ступені кандыдата медыцынскіх навук, Мінск, 2008 г.
2. Нацыянальнай рэкамендацыі. Дыягностыка і лекаванне вострай тромбаэмбаліі легачной артэрыі / М-ва аховы здароўя Рэсп. Беларусь, Рэспубліканскі навукова-практычны цэнтр “Кардыялогія”, Беларуска кардыялагічная грамада - С. 4-14.
3. Тромбаэмбалія легачной артэрыі / М-ва аховы здароўя Рэсп. Беларусь – Мінск: БелМАПА - С. 5-16