

Выводы. Варианты проведения ЦДК позволяют в любые сроки беременности выявлять все степени нарушения фетоплацентарного кровотока:

I степень нарушения-позволяет проводить терапевтический вариант коррекции.

II степень- ставится вопрос о предродовой госпитализации матери.

III степень-зачастую в этом случае говорят о досрочном разрешении.

Литература:

1. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития в ранние сроки беременности / М.В. Медведев [и др.] ; под общ. ред. М.В. Медведева. – Москва: РА-ВУЗДПГ, Реальное время, 2000.
2. Доплерография в акушерстве / Под редакцией М.В. Медведева, А. Курьяка, Е.В. Юдиной. – 1-е изд. – М.: РАВУЗДПГ, Реальное время, 1999, 160с.
3. Ромеро, Р. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода / Р. Ромеро, Д. Пилу, Ф. Дженти; под ред. Р.Ромеро. – Москва: Медицина, 1994. – 440с.
4. Медведев, М.В. Врожденные пороки развития: пренатальная диагностика и тактика / М.В.Медведев, Е.В. Юдина, Б.М. Петриковский; под ред. Б.М. Петриковский. – Москва: РАВУЗДПГ, Реальное время, 1999.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ЛОКАЛЬНАЯ ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Маслакова Н.Д.¹, Новицкий А.А.², Жотковская Т.С.², Флеров А.О.², Макарич В.В.², Мельченко Н.А.¹

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

²ГУ «1134 Военный клинический медицинский центр Вооруженных сил Республики Беларусь»

Актуальность. Хронические и острые гнойно-некротические раны являются одной из самых распространённых нозологий в хирургии. Бактериальная контаминированность раны поддерживает воспаление и значительно замедляет течение репаративно-регенераторных процессов. В настоящее время самыми перспективными методами борьбы с гнойно-воспалительными процессами являются физические, в частности, антимикробная фотодинамическая терапия [1,2,3].

Цель. Изучить влияние антимикробной фотодинамической терапии 1% спиртовым раствором хлорофиллипта в сочетании с комбинированным магнитосветолазерным излучением инфракрасной области спектра на скорость заживления гнойных ран.

Методы исследования. В период с 2013 по 2014 гг. на базе ГУ «1134 ВКМЦ ВС РБ» пролечено 42 пациента (38 мужчин, 4 женщины) в возрасте от 18 до 54 лет (средний возраст 34,5 года) с гнойными ранами мягких тканей посттравматического генеза, после вскрытия абсцессов и флегмон площадью от 10 до 100 см² (средняя площадь раны 40 см²). Вначале всем пациентам была выполнена хирургическая обработка ран, включающая в себя: иссечение по возможности всех некротизированных и нежизнеспособных тканей в ране в пределах здоровых

тканей, выполняемое под адекватным обезболиванием; обеспечение гемостаза; обработка раны раствором антисептика (хлоргексидин).

После хирургической обработки гнойной раны, в зависимости от последующей проводимой терапии были выделены две группы пациентов, сопоставимые по возрасту и полу. 1-ая (контрольная) группа – 28 пациентов, 2-ая (опытная) группа – 14 пациентов. Пациенты, страдающие тяжелыми сопутствующими заболеваниями (в том числе, сахарным диабетом) были исключены из опыта.

Пациенты 1-й группы получали традиционное лечение. 2-й группе пациентов проводилось лечение с местной аппликацией 1% спиртового раствора хлорофиллипта в сочетании с комбинированной магнитосветолоазерной терапией (установка «Люзар-МП»). До начала лечения проверили чувствительность пациентов к хлорофиллипту.

После проверки на гиперчувствительность к препарату пациентам данной группы на раневую поверхность накладывали марлевую повязку с 1% спиртовым раствором хлорофиллипта, разведенного в отношении 1:5 в 0,9% растворе натрия хлорида (согласно аннотации для местного способа применения при лечении ран и трофических язв).

Экспозиция фотосенсибилизатора на раневой поверхности составляла 40-60 минут. После снятия повязки воздействовали на раневую поверхность комбинированным магнитосветолоазерным излучением аппарата «Люзар-МП».

Использовалось излучение инфракрасного диапазона электромагнитного спектра с длиной волны 670 нм, выходная мощность 0,1-2 Вт, индукция магнитного поля 50-60 мТл. Дно раны с расстояния 1-2 см от поверхности облучали расфокусированным лучом (диаметр пятна облучения \approx 0,5-0,8 см, с плотностью мощности 1 Вт/см²) сканирующими круговыми перемещениями световода в течение 15-20 минут в зависимости от размеров раневого дефекта. Плотность энергии составляла 30 Дж/см². После сеанса вновь накладывали повязку с 1% спиртовым раствором хлорофиллипта. На следующие сутки за 40-60 минут до сеанса облучения повязка дополнительно смачивалась спиртовым раствором хлорофиллипта и снималась непосредственно перед облучением раны. Сеансы облучения и перевязки с хлорофиллиптом проводились в ежедневном режиме. У тестируемой группы пациентов хлорофиллипт использовался как в качестве фотосенсибилизатора, так и антисептика.

Результаты и их обсуждение. Для оценки течения раневого процесса использовались планиметрические методы, качественный и количественный бактериологический контроль; оценивались клинические признаки. У 2-й группы наблюдалось ускорение некролитической фазы раневого процесса, уменьшение количества фибриновых наложений, появление первых грануляций и краевой эпителизации в 3-3,5 раза быстрее; отсутствовала лимфоррея. Скорость заживления раны оценивали по тесту Л.Н. Поповой на 3-и сутки. Процент уменьшения площади раны за сутки для 1-й группы составил 4-5% (в среднем 4,3%), для

2-й группы – 6-7% (в среднем 6,4%). Время очищения раны, рост активной грануляции, время подготовки раны к наложению вторичных швов 1-й группы 12,5±1,8 суток, 2-ой группы 4,5±2,5 суток. Из раневого экссудата выделены *S.aureus*, *S.epidermidis*, *E.colli*, *P.aeruginosa*. После 2-3 сеансов ФДТ отмечено значительное уменьшение общей микробной обсемененности раны (при оценке по Д.М. Штейнбергу). Динамическое исследование препаратов-отпечатков раневой поверхности свидетельствует о значительном уменьшении лейкоцитарной реакции, флора скудная, единичные кокки в различных местах препарата. Срок пребывания больных в стационаре сократился в 1,5-2 раза с 12,5±1,3 койко-дня у 1-ой группы до 8,5±1,6 койко-дня у 2-ой группы.

Выводы. ФДТ 1% спиртовым раствором хлорофиллипта в сочетании с комбинированным магнитосветолазерным излучением инфракрасной области спектра обладает выраженным антибактериальным эффектом, увеличивает скорость заживления раны в 1,5 раза, сокращает среднюю продолжительность госпитализации в 1,5-2 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаев, Ю. К. Раневая инфекция в хирургии: Учебное пособие / Ю. К. Абаев. - Мн.: Беларусь, 2003. – 293 с.
2. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей / В. С. Савельев и др. // Российские национальные рекомендации. - М., 2009. – 90с.
3. Буйлин, В.А., Брехов, Е.И., Брыков В.И. Низкоинтенсивные лазеры в хирургии: реальность и перспективы / В. А. Буйлин, Е. И. Брехов, В. И. Брыков // Анналы хирургии. – 2003. - №2. – С.8-10.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

**Маслакова Н.Д.¹, Новицкий А.А.², Жотковская Т.С.², Флеров А.О.²,
Макарчик В.В.², Климович Е.В.¹**

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

²ГУ «1134 Военный клинический медицинский центр Вооруженных сил Республики Беларусь»

Актуальность. Операции по поводу паховой грыжи составляют 10-12% объема работы общехирургических стационаров. Рецидивы после хирургического лечения выявляются у 15-35% пациентов и зависят как от общих причин (возраст, характер трудовой деятельности, наличие сопутствующих заболеваний), так и от способа укрепления пахового канала [1]. Диагностика грыжи паховой области при мануальном осмотре не представляет особых трудностей. Сложнее уточнить тактику оперативного вмешательства в дооперационном периоде, необходимость применения аллотрансплантата. Доказано, что причиной в этиопатогенезе грыж и их рецидивов являются нарушения в структуре соединительной ткани, её дистрофия, колагенопатии и нарушения биомеханики брюшной стенки [2, 5]. В дальнейшем развиваются структурные нарушения – замещение мышечных волокон соединительной и жировой тканью, уменьшение размеров миоцитов, редукция кровотока, прогрессирование атрофических изменений [3]. На современном этапе в хирургическом лечении паховых грыж сформировалось два основных