

уступает классическим открытым операциям по количеству интраоперационных, ранних и поздних послеоперационных осложнений. Малоинвазивные техники удаления липом с использованием современного оборудования достоверно превосходят классические операции по косметическому эффекту. Лазерная липодеструкция не уступает по комфорту для пациента во время оперативного вмешательства классическим хирургическим методам, достоверно комфортнее для пациентов в раннем послеоперационном периоде. Удаление липом с использованием лазерной техники характеризуется меньшей интенсивностью болей в раннем послеоперационном периоде. Кроме того, применение малоинвазивных лазерных технологий в лечении доброкачественных новообразований подкожной жировой клетчатки достоверно сокращают временную нетрудоспособность в сравнении с открытыми вмешательствами.

ЛЕЧЕНИЕ ГИГРОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА ЧРЕСКОЖНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ДЕСТРУКЦИИ

Кудрицкий Д. В., Шахрай С. В., Гаин Ю. М.

Учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
г. Минск, Республика Беларусь
Учреждение здравоохранения «5-я городская клиническая больница»
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Гигрома – наиболее распространенное доброкачественное новообразование верхней конечности и составляет от 7 до 15% всех мягкотканых новообразований опорно-двигательной системы. Кроме отеков, которые являются наиболее частым клиническим проявлением гигром, пациентов обычно беспокоит значительный косметический дефект. В настоящее время существует широкий спектр вмешательств, направленных на лечение гигром: пункция, пункционная аспирация, введение в полость гигром стероидных гормонов, гиалуронидазы, а также хирургическое иссечение. Несмотря на это, около 40% гигром носят рецидивирующее течение.

Цель: повысить эффективность лечения гигром с применением малоинвазивных хирургических методов лазерной деструкции.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 20 пациентов (средний возраст составил $37,24 \pm 12,87$ года) с установленным диагнозом гигромы различных локализаций. Хирургическое лечение выполнялось следующим образом: под ультразвуковым контролем выполнялась местная анестезия раствором Кляйна. В полость гигромы, также под УЗ-контролем, вводился двухпросветный инструмент, в одном канале которого располагался кварцевый световод, соединенный с лазерной хирургической системой, другой канал предназначался для аспирации содержимого полости гигромы. После аспирации выполнялась деструкция стенки гигромы лазерным излучением с длиной волны 0,97 мкм и мощностью 8 Вт в течение 5-6 секунд. После чего на область вмешательства накладывалась давящая повязка. Контрольные осмотры осуществлялись на 1, 7-е сутки и через 6 месяцев после лечения.

Результаты и обсуждение. В ходе исследования зарегистрирован 1 случай рецидива. После повторного оперативного вмешательства предложенным способом получен удовлетворительный результат. По мнению авторов, причиной рецидива стало применение неоптимальных параметров лазерного излучения (низкая мощность и малая длительность экспозиции). Зарегистрирован один случай осложнения – формирование гематомы в полости гигромы. Данная гематома была пунктирована тонкой иглой и аспирирована, достигнут положительный результат. По мнению авторов, причиной осложнения было применение растворов местных анальгетиков, не содержащих вазоконстрикторы. В случаях, где для анестезии применялся раствор Кляйна, формирования гематом не наблюдалось.

Выводы. Предложенный метод – безопасный, эффективный и минимально инвазивный. Лазерное излучение с оптимально подобранными параметрами (длиной волны, мощностью и длительностью экспозиции) обеспечивает надежный гемостаз и коагуляцию лимфатических сосудов, что снижает риск

послеоперационных осложнений. Кроме того, лазерное излучение и высокая температура в области хирургического вмешательства снижает риск инфекционных осложнений.

ОСТРЫЙ ЛАКТАЦИОННЫЙ МАСТИТ, ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Попков О. В., Гинюк В. А., Кошевский П. П., Бовтюк Н. Я.,
Алексеев Д. С.*

УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск,
*УО «Витебский государственный медицинский университет», г. Витебск.
Республика Беларусь

Введение. Лактационный мастит – воспаление молочной железы в послеродовом периоде на фоне лактации. Обычно заболевание возникает в первые 2-3 недели после родов. Значительно чаще маститом болеют первородящие женщины. На протяжении длительного времени заболеваемость маститом сохраняется высокой и не имеет заметной тенденции к снижению.

Цель: оценить результаты лечения пациенток с острым гнойным лактационным маститом.

Материал и методы. Выполнено ретроспективное исследование медицинских карт пациенток, находившихся на стационарном лечении в отделении послеродовых осложнений (ОПО) УЗ «3 ГКБ им. Е.В. Клумова» с диагнозом острый мастит за период с 1 января 2014 г. по 31 декабря 2016 г.

За этот период в ОПО находились на лечении 476 пациенток с диагнозом «лактационный мастит». Из них с серозно-инфильтративным маститом были 272 пациентки, с гнойным – 204. Большая часть пациенток (356), поступивших в ОПО с диагнозом лактационный мастит, были первородящими. Возраст пациенток – от 17 до 51 года. Сроки поступления в стационар после родов составили в среднем 30-32 дня.

Результаты и обсуждение. При бактериологическом исследовании грудного молока у 233 пациенток высеян *Staphylococcus aureus*, у 12 – *Enterococcus*, у 21 пациентки посев