

6. Lichtenstein I.L. Shulman A.G. Amid P.K. The cause, prevention, and treatment of recurrent groin hernia. Surg. N. Am.1993; 73: 529-544.
7. Neugebauer, E Quality of life assessment in surgery: results of the Meran Consensus Development Conference / E Neugebauer, H. Trakle, S. Wood-Pauphinee et al.//Theor.Surg.-1991. – Vol. 6. – P. 123-127.
8. Schumpelick V., Treuntner K.H., Arit G. Inguinal hernia repair in adults. Lancet 1994; 344: 375-379.
9. Sheyer M., Zimmermann G. Laparoscopische Hernian – chirurgie Technic bisherige Ergebnisse. Acta Chir. Aust. 1994; 6: 404-409.

ПРИМЕНЕНИЕ УГЛЕВОЛОКНИСТЫХ СОРБЕНТОВ И ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН

Смотрин С.М., Ославский А.И., Клименко Н.Ф.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «ГКБСМП»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Цель исследования. Оценить эффективность углеволоконистых сорбентов и высокоэнергетического лазерного излучения в комплексном лечении гнойных ран.

Материал и методы. Исследования проведены на 27 больных. Контрольную группу составили 15 больных, из них с абсцессом ягодичной области было 5 больных; абсцессом передней брюшной стенки – 5 больных; диабетической флегмоной стопы – 3 больных; инфицированные посттравматические раны голени были у 2 больных. У 12 пациентов применен метод комплексного хирургического лечения гнойных ран, сочетающего применение высокоэнергетического лазерного излучения с медицинскими углеволоконистыми сорбентами. При этом с диабетической флегмоной стопы было 4 больных; абсцессом ягодичной области – 3 больных; абсцессом передней брюшной стенки – 3 больных; инфицированные посттравматические раны голени – 2.

Способ применяли следующим образом. После вскрытия гнойника и создания единой полости производили бактериальный посев из раны с целью определения возбудителя гнойной инфекции и чувствительности микроорганизмов к антибиотикам, удаляли все некротические ткани. Рану обильно промывали раствором перекиси водорода и антисептиками, рыхло дренировали марлевыми тампонами с растворами антисептиков. На следующий день после тщательной санации производили лазерную хирургическую обработку гнойной раны с помощью лазерного аппарата «Пульсар» ТУ РБ 100230590.087-2000 изм «1». Высокоэнергетическое ла-

зерное излучение доставляли в рабочую зону гибким моноволоконным оптическим световодом с диаметром светопроводящей жилы 0,6 мм, длиной 2,5 м и оптическим разъемом SMA 905 в импульсном режиме (плотность мощности 25 Вт/см^2 , длина волны 1064 нм) методом сканирования до испарения некротических тканей. Некротическую пленку, которая образуется на стенках гнойной полости вследствие лазерной фотокоагуляции, осторожно удаляли влажными тампонами. В результате раневая поверхность становилась ярко-красного цвета. Затем в рану вводили сорбционно-дренажное устройство для гнойных ран и полостей, выполненное из углеволоконистого сорбента (патент РБ на полезную модель №7187)

В дальнейшем ежедневно производили перевязки с удалением сорбционно-дренажных устройств из ран, санацией последних растворами антисептиков и повторной установкой сорбционно-дренажных устройств в течение 3-7-ми суток. После полного очищения раны и отсутствия гнойного отделяемого производилось наложение вторичных швов или пластическое закрытие раны расщепленным кожным лоскутом.

Результаты. В послеоперационном периоде в опытной группе отмечено уменьшение болевого, местного и общего воспалительных синдромов. Раны быстрее очищались и рубцевались.

Средняя длительность госпитализации в опытной и контрольной группах составила соответственно при: диабетической флегмоне стопы $25,50 \pm 6,00$, и $28,87 \pm 6,77$; абсцессе ягодичной области $4,00 \pm 1,33$ и $5,11 \pm 1,59$; абсцессе передней брюшной стенки $12,67 \pm 0,89$ и $14,28 \pm 2,03$; инфицированных посттравматических ранах голени $10,50 \pm 0,71$ и $12,7 \pm 1,12$ койко-дней.

Заключение. Таким образом, применение высокоэнергетического лазерного излучения и сорбционно-дренажных устройств из углеволоконистого сорбента в лечении гнойных ран является перспективным методом и может широко использоваться в гнойной хирургии.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ПАНКРЕАТИТА, ПАРАПАНКРЕАТИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ФДТ

Ушкевич А.Л., Жандаров К.Н., Прокопчик Н.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь.

Согласно общемировой статистике в последние годы происходит неуклонный рост заболеваемости острым панкреатитом в структуре хирургической патологии органов брюшной полости. Деструктивные формы острого панкреатита, развивающиеся у 20 - 35% пациентов, обусловли-