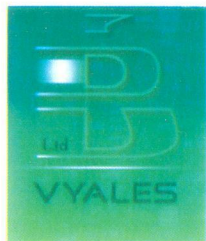


**РЕСПУБЛИКАНСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**“СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ЛЕЧЕНИИ РАН
И РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ”**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

**19-20 марта 2010 г.
г. Гомель, Республика Беларусь**



GEDEON RICHTER LTD.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ РАН И РАНЕВОЙ ИНФЕКЦИИ



Сборник научных статей
Республиканской научно-практической конференции
Гомельского государственного медицинского университета
(Гомель, 19–20 марта 2010 года)

Гомель
ГГМУ
2010

Сборник содержит результаты анализа актуальных проблем медицины в Республике Беларусь по следующим разделам: радиационная медицина, радиобиология, кардиология, кардиохирургия, хирургические болезни, гериатрия, инфекционные болезни, травматология и ортопедия, оториноларингология, офтальмология, неврологические болезни, нейрохирургия, медицинская реабилитация, внутренние болезни, педиатрия, акушерство и гинекология, общественное здоровье, здравоохранение, гигиена, анестезиология, реаниматология, интенсивная терапия и др. Представлены рецензированные статьи, посвященные последним достижениям медицинской науки.

Редакционная коллегия: А. Н. Лызиков — доктор медицинских наук, профессор, ректор; В. П. Ситников — доктор медицинских наук, профессор, проректор по научной работе; В. И. Николаев — кандидат медицинских наук, доцент; Ц. И. Пикирня — кандидат медицинских наук, доцент; О. Н. Почепень — кандидат медицинских наук, доцент; Л. Н. Рубанов, Е. А. Цветков

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Гарелик П. В., Дубровицк О. И., Хильмончик И. В., Филипович А. В.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Сахарный диабет (СД) значительно утяжеляет течение раневого процесса, а гнойная инфекция у больных СД протекает бурно, нередко приобретает септический характер. Тяжесть процесса обусловлена быстрым развитием гнойного поражения с захватом обширных зон окружающих тканей. В ранах преобладают некротические процессы. СД удлиняет фазы раневого процесса. На течение раневого процесса в первой фазе оказывают влияние нарушение реологических свойств крови, во второй фазе отмечается торможение формирования соединительной ткани, и уменьшается количество капилляров. Существенно влияет нарушение регионарного артериального кровотока нижних конечностей, полинейропатия, нефропатия, сердечная и легочная недостаточность. Таким образом, особенности раневого процесса и развития раневой инфекции у больных СД диктуют необходимость применения современных подходов к лечению, с учетом особенностей, включающих: острое течение в воспалительной фазе, склонность к генерализации инфекции, а в фазе регенерации — наличие множества некрозов, затяжное вялое течение, поэтому с момента поступления в стационар больному следует проводить интенсивное лечение, направленное как на компенсацию обменных нарушений, так и на ликвидацию гнойного процесса. Известно, что полноценная хирургическая обработка гнойных очагов исключает из фазового течения раневого процесса заживления стадию отторжения некротических тканей, что способствует быстрому началу созревания грануляций и, соответственно, их ранней организации. В гнойное хирургическое отделение клиники общей хирургии на базе УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно» с 2003 по 2009 гг. госпитализировано 1292 больных с синдромом диабетической стопы. Из госпитализированных больных мужчин было 703 (54,4 %), женщин — 589 (45,6 %) в возрасте от 16 до 78 лет. Сахарным диабетом первого типа страдали 107 (8,3 %) больных, второго типа — 1185 (91,7 %). Более 10 лет диабетом болели 85,5 % больных. Консервативные методы лечения применены у 772 (59,8 %) больных, оперативные и консервативные методы — у 520 (40,2 %) больных. В день госпитализации проводилось микробиологическое исследование из гнойно-некротических ран, рентгенография стоп, доплероскопия, реовазография нижних конечностей и по показаниям консультация ангиохирурга. Всем больным назначалось консервативное лечение, которое включало: компенсацию сахарного диабета, комбинированную антибактериальную терапию, включающую препараты активные в отношении аэробных и анаэробных микроорганизмов, купирование симптомов критической ишемии нижних конечностей, лечение сопутствующей патологии.

Хирургическая тактика определяется не только выраженностью гнойно-некротических проявлений, но и формой диабетической стопы. Показанием к экстренным оперативным вмешательствам является влажная гангрена стопы, к срочным — флегмона стопы, глубокие абсцессы стопы, гнойно-некротические раны и плохо дренируемые затеки. Показания к плановым операциям ставим при хронических остеомиелитах костей стопы, вторичных некрозах в ране или при развитии трофических язв. Ампутации выполнены у 277 (53,2 %), при этом у 56 (20,2 %) — на уровне бедра, на уровне суставов стопы — у 220 (79,4 %) и в одном случае — на уровне голени. У 243 (46,7 %) больных выполнены некрэктомии, вскрытие флегмон, абсцессов, у 7 (1,3 %) из них диагностирован сепсис. После оперативных вмешательств умерло 7, летальность составила — 1,3 %. Сле-

дует отметить, что сложное анатомическое строение стопы в сочетании с гнойно-некротическим процессом без четких границ поражения не позволяет добиться радикальности хирургической обработки, при этом границами иссечения тканей являются только нежизнеспособные ткани, имbibированные гнойным экссудатом, утратившие анатомическую структуру.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВАП-ГЕЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАН

Польский А. А., Хильмончик И. В., Пакульевич Ю. Ф.

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

В последнее время концепция лечения инфицированных ран несколько изменилась. Акцент при выполнении saniрующих хирургических вмешательств сместился от неперенной радикальной операции на сторону более щадящих подходов к удалению лишь девитализированных тканей. Подобное вмешательство менее агрессивно и позволяет сохранить значительную часть тканей для последующего пластического закрытия раневого дефекта. Особенно это важно при выполнении хирургической обработки ран в зонах, где возможности пластики местными тканями весьма ограничены.

Такой подход к шадящей хирургической обработке гнойной раны стал возможен благодаря активному внедрению в практику современных достижений мировой науки, позволивших получить и использовать современные инновационные перевязочные средства.

Указанная методика лечения за рубежом используется уже более десяти лет.

Благодаря научно-производственному предприятию «Радмедтех», освоившему выпуск ВАП-геля, достижения мировой медицины стали наконец-то доступны и жителям Республики Беларусь.

Мы хотим поделиться своим небольшим опытом применения гидрогелевой интерактивной повязки ВАП-гель у больных с наличием трофических язв, пролежней и вялозаживающих ран в воспалительной и пролиферативной фазах течения раневого процесса.

В клинике общей хирургии УО «ГрГМУ» нами применен ВАП-гель в лечении 23 больных в возрасте от 25 до 63 лет, при этом 7 пациентов страдали трофическими язвами нижних конечностей, у 3 больных имели место пролежни и 13 пациентов лечились по поводу инфицированных ран различных локализаций. При этом у 10 больных раневый процесс находился в воспалительной фазе, а у 13 имела место пролиферативная фаза.

Методика применения гидрогелевой инновационной повязки ВАП-геля заключалась в следующем: после туалета раневой поверхности раствором антисептиков (перекись водорода 3 %, фурацилин), последняя осушалась и на нее накладывалась пластинка ВАП-геля, предварительно выкроенная в соответствии с размером раны. Пластинка закрывалась стерильной салфеткой и фиксировалась повязкой. Смена повязок производилась безболезненно при помутнении геля и потере прозрачности, что указывало на полное насыщение сорбционной поверхностью слоя геля. Это происходило на 4–6 сутки.

Использование гидрогелевой повязки ВАП-гель в целом оказалось эффективным у большинства больных, при этом происходило быстрое исчезновение детрита в первой фазе течения раневого процесса; рана на всех этапах лечения была влажной, не высыхала, фаза пролиферации в отдельных участках раны наступала уже на 3–5 сутки, повязки не обладали адгезивными свойствами. Выше перечисленные эффекты привели к заживлению ран практически у всех 14 пациентов к 10–16 суткам. В процессе применения повязки не вызывали раздражения краев и для ран, они не приклеивались к раневой поверхности. Прозрачная структура повязки позволяла контролировать состояние раны