

ЛИТЕРАТУРА

1. Evaluation of De Ritis ratio in liver-associated diseases / K. S. Parmar [et al.] // International Journal of Medical Science and Public Health. – 2016. – Vol. 5, №. 9. – Art. 1783. – DOI: 10.5455/ijmsph.2016.24122015322.
2. Кулебина, Е. А. Прогресс неинвазивной диагностики фиброза печени: обзор современных лабораторных методик / Е. А. Кулебина, А. Н. Сурков // Медицинский совет. – 2020. – № 11. – С. 224-232.
3. Кизюкевич, Л. С. Реактивные изменения в почках при экспериментальном холестазах: монография / Л. С. Кизюкевич. – Гродно, 2005. 239 с.
4. Кизюкевич, Л. С. Показатели цитолиза печеночных клеток в динамике экспериментального обтурационного разноуровневого холестаза / Л. С. Кизюкевич, О. Е. Кузнецов // Актуальные проблемы медицины: материалы ежегодной итоговой научно-практической конференции (26-27 января 2017 г.) [Электронный ресурс] / отв. ред. В. А. Снежицкий. – Гродно: ГрГМУ, 2017. – С. 387-390.
5. Кишкун, А. А. Лабораторная диагностика неотложных состояний / А. А. Кишкун. – М.: Лабора, 2012. – 816 с.

СПОСОБ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Дубровская К. И.¹, Гецолд О. И.², Ославский А. И.², Пригодич А. В.²

¹Молодеченская ЦРБ, Молодечно, Беларусь

²Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Лечение трофических язв различной этиологии – зачастую очень сложная проблема. По данным мировой литературы данное заболевание имеет тенденцию к росту в связи со старением населения в развитых странах.

Цель. Улучшение результатов комплексного лечения пациентов с трофическими язвами нижних конечностей путем применения этиочувствительной аутоплазмы, обогащённой тромбоцитами с повышенным содержанием антибактериального препарата в сочетании с раневой сорбцией углеволокнистыми сорбентами

Методы исследования. Поставленная нами цель решалась путем инъекций аутоплазмы обогащённой тромбоцитами, по периферии трофической язвы в несколько точек с последующей аппликацией раны асептической повязкой. До забора крови пациенту назначали перорально антибактериальный препарат, к которому чувствительна микрофлора трофической язвы, и в момент максимального накопления препарата в крови производили ее забор, получали тромбоцитарную аутологичную плазму, после чего выполняли процедуру плазмолифтинга в количестве 3 – 5 процедур с интервалом 10 дней, а в качестве асептической повязки использовали повязку из углеволокнистых сорбентов.

Результаты и их обсуждение. С помощью данного способа успешно пролечено 15 пациентов (основная группа). Для сравнения (контрольная группа) выбраны 15 пациентов, которых лечили по методике Р.Р. Ахмерова параульцерозными инъекциями ТАП.

Удалось достигнуть полной эпителизации ран у 95% пациентов в основной группе и у 80% в контрольной. В основной группе средний срок эпителизации на 42% меньше, чем в контрольной группе. Рецидива болевого синдрома не было.

Сравнительные результаты лечения представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты лечения в группах сравнения

Показатель	Контроль (n=15)	Основная группа (n=15)
Среднее количество ТАП на одного пациента	7,3±2,1	4,1±0,2
Полная эпителизация ран в срок до 90 суток, пациентов	10	14
Средний срок эпителизации, дни	47±3,4	28±3,2
Средняя длительность госпитализации, дни	19,9±7,7	15,7±3,4
Количество перевязок с применением углеволокнистых сорбентов	–	9

Предлагаемый способ обладает рядом преимуществ по сравнению с прототипом: применение ТАП, насыщенной антибактериальным препаратом, к которому чувствительна микрофлора трофической язвы, в комплексном лечении хронических ран и трофических язв позволяет добиться более эффективной элиминации микроорганизмов, что в совокупности со стимуляцией регенеративных процессов, что значительно снижает сроки заживления ран. Использование аппликационной раневой сорбции с помощью современных углеволокнистых сорбентов позволило добиться необходимых условий для заживления раневой поверхности, а именно: эффективного удаления экссудата при сохранении влажной среды и адекватного газообмена.

Выводы. Таким образом, при использовании данного способа происходит воздействие на несколько звеньев патогенеза трофических язв, что значительно улучшает результаты их комплексного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Способ консервативного лечения трофических язв мягких тканей : пат. RU 2593582 / И. В. Канксиди, Ю. С. Кузнецов, Д. В. Туркин, Г. К. Карипиди. – Оpubл. 10.08.2016. – 6. с.

2. Сайт Д.М.Н. Рената Рашитовича Ахмерова [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://doctor-akhmerov.ru>. – Дата доступа: 05.04.2022.

3 Ахмеров, Р. Р. Регенеративная медицина на основе аутологичной плазмы. Технология Plasmolifting™/ Р. Р. Ахмеров. – М., 2014. – С. 121-130.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Дубровщик О. И.¹, Довнар И. С.², Хильмончик И. В.³, Жинко Н. В.⁴

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Городская клиническая больница № 4 г. Гродно

Актуальность. Развитие осложненных форм синдрома диабетической стопы (СДС) сложный многофакторный процесс. Установлена роль иммунологических факторов в нарушении репаративных процессов в язвах и ранах стоп при СДС, что связано с нарушением течения стадий раневого процесса [1]. Обусловленное персистенцией язвенных дефектов и их неспособности к нормальному заживлению. Актуальность данной проблемы диктует необходимость поиска возможных методов улучшения хирургического лечения гнойно-некротических осложнений (ГНО) при СДС.

Цель. Изучить характер гнойно-некротических процессов при СДС, оценить принятую в клинике тактику хирургического лечения для улучшения результатов.

Методы исследования. В клиническое нерандомизированное исследование включено 327 (26,8%) пациентов с гнойно-некротическими процессами на голенях и стопах. Женщин – 203 (62,0%), мужчин – 124 (38,0%), средний возраст – 67,5±9,3лет.

Всем пациентам проводились клиничко-лабораторные исследования, пальпаторная оценка пульсации артерий, рентгенография стоп, УЗИ сосудов нижних конечностей. Комплексная консервативная терапия проводилась у всех пациентов после госпитализации. Антибактериальная терапия по результатам бактериологических исследований, полимикробный характер роста микрофлоры имел место у 220 (67,3%).

Результаты и их обсуждение. Экстренные операции выполнены у 141 (43,2%) пациентов, у 186 (56,9%) в объёме ампутации, некрэктомии, вскрытие и дренирование клетчаточных пространств стопы и нижней трети голени, остеонекрэктомии. Ампутации на уровне бедра при гангрене стопы выполнены у 23 (7,0%), на уровне верхней трети голени у 16 (4,9%), дистальных отделов стопы у 13 (4,0%), у 3 (0,9%) на уровне Лисфранка, у 10 (3,0%) по Шарпу. Срочные операции выполнены у 82 (25,1%) пациентов с язвами, некрозами, сухой гангреной пальцев и гнойными затеками. Отсроченные операции у 180 (31,7%) пациентов, у 206 (63,0%) ампутации пальцев, метатарзальные резекции, остеонекрэктомии. Из всех пациентов с ГНО у 130 (39,7%) проводились