

### Значения BIS в группах пациентов

Группа	Этапы исследования						
	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й
1-я	89±3	49±12	41±10	41±8	44±8	42±9	44±9
2-я	88±2	56±13	56±13	53±12	57±9	56±8	62±14
P	0,387	0,056	0,004	0,006	0,001	0,001	0,001

поддержание  $0,31 \pm 0,05$  мг/кг/час) при выполнении кардиохирургических вмешательств с ИК повышает значения BIS на  $13 \pm 6$ .

Ославский А.И.<sup>1</sup>, Смотрин С.М.<sup>1</sup>, Меламед В.Д.<sup>1</sup>, Юркевич С.В.<sup>2</sup>, Клименко Н.Ф.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

<sup>2</sup>Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Гродно, Беларусь

## ПРИМЕНЕНИЕ СОРБЦИОННО-АКТИВНОЙ ДРЕНАЖНОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН

**Актуальность.** Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей занимают ведущее место в структуре первичной обращаемости за медицинской помощью, а их лечение, в связи с растущей антибиотикорезистентностью микроорганизмов, требует разработки новых и совершенствования существующих методов лечения. В последние годы важное место отводится вальнеросорбции.

**Цель.** Изучение эффективности применения разработанной сорбционно-активной дренажной системы (САДС).

**Методы исследования.** Разработанная нами САДС (патент Республики Беларусь на полезную модель от 22.07.2013 № 9616) была применена в клинике 2-й кафедры хирургических болезней. Все пациенты разделены на 2 группы. У пациентов-добровольцев, составивших опытную группу, применена для дренирования гнойных ран САДС. У 10 пациентов были абсцессы мягких тканей, у 8 – постъинъекционные ягодичные абсцессы. Гнойную полость, образовавшуюся после вскрытия абсцессов, дренировали САДС для гнойных ран и полостей,

выполненную в виде трубки из поливинилхлорида (ПВХ) с перфоративными отверстиями, которая покрыта тканым углеволокнистым сорбентом АУТ-М в 5–7 слоев и 1-м слоем оксицеллюлозы (СТП 002-2011, ТУ 2230-002-98592386-2010, производство УБГУ «Научно-исследовательский институт физико-химических проблем»). В дальнейшем, по мере очищения раны, производили наложение вторичных швов.

Контрольную группу составили 18 пациентов, сопоставимых с опытной группой по возрасту, полу, и нозологии. Лечение в контрольной группе проводили по традиционным методикам путем вскрытия абсцессов с последующим дренированием гнойных полостей влажно-высыхающими марлевыми тампонами с последующим переходом на мазевые композиции и закрытием ран вторичными швами.

**Результаты и их обсуждение.** Результаты лечения в обеих группах оценивали по скорости очищения ран от отделяемого и появлению грануляций, изменению индекса лейкоцитарной интоксикации (ЛИИ), нормализации температуры тела, длительности стационарного лечения. Нормализация температуры тела отмечалась на  $2,5 \pm 0,7$  суток в опытной группе и на  $4,8 \pm 1,0$  суток в контрольной группе ( $p < 0,05$ ).

В опытной группе быстрее снижался ЛИИ по сравнению с контрольной группой. Так, в опытной группе ЛИИ нормализовался к 4–5-му дню лечения, в то время как в контрольной группе наблюдали нормализацию ЛИИ к 7–8-му дню лечения. Средний срок очищения раны и начала появления грануляций составил в опытной группе  $4,1 \pm 1,5$  дня, в то время как в контрольной группе  $6,5 \pm 1,70$  ( $p \leq 0,05$ ) дня. Средняя длительность госпитализации в опытной и контрольной группах составила соответственно: при абсцессе ягодичной области  $2,10 \pm 1,31$  и  $5,12 \pm 1,69$  ( $p \leq 0,05$ ); при абсцессе мягких тканей  $3,77 \pm 0,69$  и  $5,28 \pm 2,03$  ( $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, отмечено сокращение сроков очищения раны, более раннее снижение ЛИИ и нормализации температуры тела при использовании САДС, что привело к значительному сокращению средней продолжительности стационарного лечения пациентов, и, следовательно, к уменьшению экономических затрат.

---