

преимущество имеет прекращение бактериовыделения, а также заживление полости распада.

Успешным лечение признано у 45 пациентов первой группы, что составляет 90% и 53-х (62,4%) из второй. Различие достоверно, ($p < 0,05$). Летальность от туберкулеза за период пребывания в стационаре была довольно высокой во 2-й группе – 18,8% и низкой (2%) – в первой, ($p_{1-2} < 0,05$).

Выводы. Полученные предварительные результаты свидетельствуют, что характер и течение МЛУ-туберкулеза, а также непосредственные результаты химиотерапии зависели не столько от самого наличия МЛУ МБТ, сколько от ее сочетания с отягочающими факторами. Действительно, в 1-й группе эффективность весьма высокая – 90% при низкой летальности (2,0%). В то же время в многочисленных публикациях на эту тему, данный факт обычно не принимается во внимание, также как и необходимость корректирующих мероприятий по отношению к этим факторам.

Полученные данные следует считать предварительными и требующими дальнейших исследований. Более точными и адекватными следует считать отдаленные результаты. Работа в этом направлении проводится в настоящее время.

ЛИТЕРАТУРА

1. Е.М. Скрягина, Г.Л. Гуревич / Клиническое руководство по диагностике и лечению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм // Минск, 2017. – 140 с.

2. Ю.А. Шейфер, И.С. Гельберг / Современная методика применения искусственного пневмоторакса в лечении деструктивных форм МЛУ/ШЛУ туберкулеза легких // «Проблемы диагностики и лечения рифампицин-устойчивого туберкулеза на современном этапе»: Материалы международной научно-практической конференции «Новые подходы к диагностике и лечению туберкулеза», г. Минск, 11-12 декабря 2017 г. / ред коллегия: Г.Л. Гуревич (председатель) [и др.] – Минск: Белсэнс, 2017. – С. 193-195.

БИОТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТАТОЧНЫХ ОЖГОВЫХ РАН У ДЕТЕЙ

Глуткин А.В., Ковальчук В.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Одной из актуальных проблем в структуре детского травматизма в странах СНГ одной из наиболее значимых проблем в связи с тяжестью медицинских и социальных

последствий являются ожоги у детей. Важную проблему в комбустиологии составляет лечение мелких остаточных ран после проведенного лечения ожогов IIIА-IIIБ степени, в том числе ран на участках лизиса и между прижившими пересаженными аутолоскутами кожи, а также донорских участков. По данным Алексеева А.А. и др. (2010), сроки лечения остаточных ожоговых ран у взрослых пострадавших от ожогов занимали 7,5-80,8% (в среднем, $35,5 \pm 2\%$) от всего времени лечения после травмы или 15,3-88% (в среднем, 46,9%) от койко-дня, проведенного в ожоговом центре. Из-за дефицита собственных тканей, также зачастую не удаётся предотвратить негативные эстетические и функциональные отклонения, особенно в косметически значимых областях тела и суставов, что может приводить к нарушению социальной и психологической адаптации, следовательно, снижению качества жизни ребенка.

Правильная эпителизация ожоговых поверхностей требует наличия коллагенового слоя, выполняющего роль матрицы для роста и организации собственной ткани, который при глубоких ожогах отсутствует или сильно повреждён, что в последующем приводит к образованию обширных патологических рубцов. Коллаген I типа является базовым для заживления большинства ран, имеет относительно низкую антигенность, не вызывает чрезмерных воспалительных реакций, поддерживает рост различных типов клеток, в частности фибробластов, эндотелиальных клеток. Биологические покрытия на основе коллагена должны эффективно контролировать раневую экссудат, быть устойчивыми к действию протеиназ, могут защитить эндогенные и экзогенные факторы роста от деградации, служат биопластическим материалом и матрицей для формирования собственной ткани. Одним из таких материалов, отвечающим приведенным выше требованиям, является биологическое покрытие на основе нативного коллагена I типа «Коллост», (Россия). Это стерильный биопластический материал с полностью сохраненной нативной структурой коллагена, полученный из кожи крупного рогатого скота.

В связи с вышеизложенным целью данной работы являлось изучение эффективности использования биопластического материала «Коллост» у пациентов с остаточными ранами (ожог 2-3 степени по МКБ 10).

Методы исследования. На лечении в детской областной клинической больнице г. Гродно (Беларусь) за период 2016-2017гг. находилось 5 пациентов, в возрасте от 3 до 16 лет, с общей площадью ожоговой поверхности от 25% до 55% (I, II, IIIA, IIIB степени), остаточные раны от общей площади тела составляли от 0,1% до 1,5%. Ожог кожи был получен вследствие действия горячей жидкости у двух пациентов, у 3-х детей – пламенем. Все пациенты при поступлении были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии, где проводилось комплексное местное и общее лечение. У трех пациентов по пластическому закрытию глубоких ожоговых ран было проведено от 1 до 4 операций, двум пациентом оперативное лечение не понадобилось. После проведенных операций общая площадь остаточных ожоговых ран составляла 0,1% до 1,5% площади тела, при этом раны у двух человек были множественные (от 0,5 см в диаметре до 4 см). После очистки остаточных ожоговых ран от некротических масс производили обработку всей ожоговой поверхности порошком «Коллост» или укладывали мембрану Коллост толщиной 0,3-1,5 мм. После этих манипуляций поверхность закрывали перевязочным материалом с использованием 1% крема сульфадиазина серебра или 2% крема сульфатиазола серебра, или гидроколлоидным раневым покрытием с ионами серебра. Обработанную поверхность с наложенным препаратом не беспокоили 3-4 дня, через данный период проводили смену повязок. Клиническую эффективность оценивали по оценке динамики раневого процесса (фотографический инструмент оценки ран RWAT), частоте перевязок, срокам эпителизации ран, а также после эпителизации проводили оценку эффективности и безопасности проводимой терапии.

Результаты и их обсуждения. Перед использованием биопластического материала раны оценивались по шкале RWAT около 12 баллов, после лечения (уже после первой перевязки количество баллов сокращалось вдвое). Эпителизация остаточных ран составляла от 8 до 20 дней, в зависимости от количества и диаметра раневых дефектов. Частота перевязок до полной эпителизации: от 2 (3 детей) до 5 (2 детей) раз. Все пациенты при использовании данного препарата не отмечали какой-либо дискомфорт, зуд. На наш взгляд переносимость и эффективность Коллоста отличная. Через 1,5 месяца после выписки, при контрольном осмотре не отмечалось выраженной рубцовой ткани, зажившие места имели розовую окраску.

Таким образом, использование биопластического материала «Коллост», при лечении детей с остаточными длительно существующими ожоговыми ранами позволила улучшить результаты лечения таких пациентов, сократить сроки их нахождения в стационаре и быстрее начать реабилитационные мероприятия. Данный препарат обладает безопасностью при использовании и не имел аллергических реакций, позволяет сократить сроки эпителизации раны, а также избежать формирования грубой рубцовой ткани.

УРОВНИ ЖИРОРАСТВОРИМЫХ ВИТАМИНОВ (РЕТИНОЛА И ТОКОФЕРОЛА) В ПЛАЗМЕ КРОВИ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ОСТРОМ НАРУШЕНИИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Говор М.В., Глазев А.А.

Гродненский государственный университет имени Янки Купалы

Заболевания сердечно-сосудистой системы представляют собой наиболее острую проблему современной медицины, поскольку занимают ведущее место (наряду с онкологическими заболеваниями и диабетом) по общему вкладу в показатели смертности населения в большинстве экономически развитых странах мира.

Актуальность изучения данной проблемы обусловлена существенным расширением географии распространения и значительным «омоложением» различных кардиоваскулярных патологий человека.

Наиболее распространенным сердечно-сосудистым заболеванием человека является острое нарушение мозгового кровообращения, возникающее на фоне атеросклероза.

Выделяют 4 группы основных патогенетических факторов, участвующих в формировании острой недостаточности мозгового кровообращения:

- 1) морфологические изменения сосудов, снабжающих кровью головной мозг (окклюзирующие поражения, аномалии развития и т.д.);
- 2) расстройства общей и церебральной гемодинамики, которые способствуют снижению кровотока до критического уровня с формированием сосудисто-мозговой недостаточности;
- 3) изменение физико-химических свойств крови, в частности, её свёртываемости, агрегации форменных элементов, вязкости и других