

У пациентов контрольной группы для местного лечения ран использовались в качестве антисептиков 3 % раствор перекиси водорода, 0,02 % раствор фурацилина и 0,05 % раствор хлоргексидина. Данные манипуляции проводили в первую фазу раневого процесса. При переходе раны в следующую фазу — применяли препараты с учетом стадии раневого процесса. При этом туалет ран проводился в контрольной группе традиционными антисептиками (0,02 % раствор фурацилина и 0,05 % раствор хлоргексидина), а в основной группе — раствором АН. Общее лечение в обеих группах было идентично.

Посев раневого отделяемого проводили в момент поступления больного до применения антисептиков, на первые и третьи сутки от начала лечения. Для дальнейшего анализа отбирались больные с первоначально положительными результатами посевов. При поступлении преимущественными возбудителями хирургической инфекции являлись представители рода *Staphylococcus* 61,02 % (36 человек) — у больных контрольной группы и 68,37 % (67 человек) — у пациентов основной группы.

При анализе микробиологического состава возбудителей, дающих положительный рост на питательных средах, было выявлено, что на первые сутки в контрольной группе больных положительный рост микроорганизмов был получен — в 12 (20,34 %) случаях, в основной группе — в 15 (15,31 %). На третьи сутки лечения больных в основной группе рост микроорганизмов был в 3 (3,06 %) случаях. В то же время при использовании традиционных антисептиков — в 5 (8,47 %) случаев.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РАН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИ АКТИВИРОВАННОГО РАСТВОРА**

*Берещенко В. В., Лызиков А. Н.*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

Лечение ран является одной из актуальных проблем современной хирургии. В настоящее время применение антибиотиков рассматривается как средство профилактики раневых осложнений. Лечение гнойно-воспалительных ран при помощи общей антибиотикотерапии малоэффективно, так как патоморфологические изменения тканей в окружности раны не позволяют добиться в раневой поверхности необходимых терапевтических концентраций антибиотика.

Представлен опыт лечения 157 пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей. Возрастной диапазон колебался от 15 до 85 лет, из них мужчин — 86 (54,77 %), женщин — 71 (45,23 %). Средний возраст составил  $42,12 \pm 1,52$  лет. Пациенты были разбиты на две группы, которые были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести основной патологии, наличию сопутствующих заболеваний.

У пациентов основной группы в качестве антисептика был использован раствор анолит нейтральный (АН), полученный на отечественной установке второго поколения «Аквamed» ЧНПУП «Акваприбор» (патент РБ № 1112). Раствор АН обладает окислительно-восстановительным потенциалом 890–900 мВ, при рН 6,2–7,2 и концентрацией окислителей — 200–400 мг/дм<sup>3</sup>, концентрацией активного хлора — 0,02–0,04 % и относится к электрохимически активированным растворам. После хирургической обработки поверхность ран обрабатывали раствором АН. Следующим этапом являлось нанесение на раневую поверхность мази на полиэтиленоксидной основе («Левомеколь») с последующим покрытием раны марлевой салфеткой, пропитанной раствором АН. Перевязку

верхних слоев раны выполняли вечером (если больной поступал в первой половине дня) с повторным орошением салфетки раствором АН, на следующие сутки перевязку выполняли в полном объеме (патент РБ № 12137). У пациентов контрольной группы для местного лечения ран применялись традиционные антисептики (3 % раствор перекиси водорода, 0,02 % раствор фурацилина и 0,05 % раствор хлоргексидина), с последующим нанесением на раневую поверхность мази на полиэтиленоксидной основе и асептической марлевой повязки. Данные манипуляции проводили в первую фазу раневого процесса. При переходе раны в следующую фазу — применяли индифферентные препараты с учетом стадии раневого процесса. При этом туалет ран проводился в контрольной группе традиционными антисептиками (0,02 % раствор фурацилина и 0,05 % раствор хлоргексидина), а в основной группе — раствором АН. Общее лечение в обеих группах было идентично.

Нозологические формы заболеваний пациентов контрольной группы (59) были представлены следующим образом: абсцессы и флегмоны — 38, фурункулы и карбункулы — 11, инфицированные и гнойные раны — 7, пандактилит — 3. Основную группу составили 98 больных, получавших в качестве антисептика раствор АН. По нозологии распределение в этой группе было следующим: абсцессы и флегмоны — 54, фурункулы и карбункулы — 19, инфицированные и гнойные раны — 22, пандактилит — 3.

Клинически средние сроки очищения ран от гнойно-некротических масс в контрольной группе пациентов составили  $3,2 \pm 0,22$  сутки, в опытной  $1,8 \pm 0,45$  ( $p = 0,047$ ). Сроки появления грануляций в контрольной группе —  $4,7 \pm 0,21$  суток, в опытной —  $2,8 \pm 0,17$  ( $p = 0,043$ ). Начало краевой эпителизации в контроле —  $6,6 \pm 0,23$  суток, в группе сравнения —  $4,8 \pm 0,21$  ( $p = 0,041$ ).

Таким образом, клиническая оценка течения раневого процесса свидетельствует, что использование в лечении гнойно-воспалительных ран раствора АН сокращает сроки очищения ран от гнойно-некротических масс, ускоряет процессы образования грануляционной ткани и краевой эпителизации ран.

## **ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАН**

*Лызиков А. Н., Берещенко В. В., Надыров Э. А.*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

Заживления ран является сложным динамическим процессом, при котором одна стадия постепенно сменяет другую. С позиций общей патологии раневой процесс является частным случаем воспаления, проявляющийся сочетанием общих и местных деструктивно-воспалительных реакций. Но это лишь одна из фаз раневого процесса, которая достаточно хорошо изучена. Применение большинства медицинских препаратов направлены на регуляцию именно этой стадии. Что же касается регенерации и ремоделирования тканей, которые рассматриваются как процессы репаративной регенерации, то процессы, происходящие в ране на этих стадиях только на современном этапе развития молекулярной и клеточной биологии начинают открывать свои тайны. Фундаментальные исследования в этих областях медицинской науки и биологии дали толчок в развитии регенеративной медицины.

За рубежом активно внедряются различные виды готовых тканевых клеточных материалов для лечения ран: AlloDerm, Apligraf, Dermagraft, Testindex. Но из-за высокой стоимости они ещё не нашли широкого применения. Нами считается перспективным изучение получения и использования в лечении ран фибробластов как одного из