

## **Выводы**

1. Выполненные нами исследования показали, что минимальная подавляющая концентрация наночастиц серебра в изопропанолe по отношению к клиническим штаммам *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus haemolyticus* составляет 7,81 мкг/см<sup>3</sup>.

2. Механизм антибактериального действия наночастиц серебра реализуется иными путями в сравнении с механизмом действия антибиотиков.

3. Наночастицы серебра являются альтернативой традиционно применяемым антибактериальным препаратам у хирургических пациентов особенно в случае полиантибиотикорезистентных штаммов.

**Финансирование.** Работа выполнена при финансовой поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (проект М20Р–086) и Российского фонда фундаментальных исследований (проект 20–53–00030 Бел-а).

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Проскуров, В. А.* Коварный стафилококк / В. А. Проскуров. — М.: Знание, 1980. — 64 с.
2. Атлас по медицинской микробиологии, вирусологии и иммунологии: учебное пособие для студентов медицинских вузов / А. А. Воробьев [и др.]; под ред. А. А. Воробьева, А. С. Быкова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 236 с.
3. *Акуленко, О. В.* Микробиологический спектр современной раневой инфекции / О. В. Акуленко, Р. И. Довнар // Современные достижения молодых ученых в медицине: сборник материалов V Республиканской научно-практической конференции с международным участием, 23 ноября 2018 г. — Гродно: ГрГМУ, 2018. — С. 21–24.

УДК 617.586.2-002.44-055.2-08:616.137.83/87-004.6

## **ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ПРАВОЙ ПЯТКИ У ПАЦИЕНТКИ С ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Дорошко Е. Ю., Лызиков А. А., Маканин А. Я.*

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

## **Введение**

Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей являются актуальной проблемой, которая отмечается у 2–15 % населения и характеризуются ростом заболеваемости в результате общего увеличения численности населения, глобального старения, увеличения заболеваемости сахарным диабетом [1]. Патогенез трофических язв при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей представляет собой стадийный процесс, который всегда включает в себя: иницирующие факторы образования, деструкция ткани и отторжение участка некроза на фоне замедления репарации [2].

Заживление трофических язв при хронической артериальной недостаточности нижних конечностей характеризуется длительным течением восстановительных процессов и нередко сопровождается рецидивами [3]. Значительные нарушения регионарного кровоснабжения тканей и хроническое инфицирование патологического очага снижают эффективность раздельного применения разнообразных методик консервативного и хирургического лечения трофических язв ишемического происхождения. Рациональным путем лечения пациентов с ишемическими язвами конечностей может служить комбинирование современных хирургических методик, предусматривающих одновременную санацию изъязвленного участка со стимуляцией периферического кровообращения и репарации тканей [4].

## **Цель**

Демонстрация случая лечения трофической язвы правой пятки у пациентки с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей.

### ***Материал и методы исследования***

Исследование проводилось на базе областного центра по лечению синдрома диабетической стопы в УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3». Методы исследования практические: наблюдение, описание, эксперимент.

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Нами наблюдалась пациентка М., 1957 года рождения (63 года), поступившая 04.09.20 г. по направлению из поликлиники по месту жительства в УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3» с диагнозом: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей; хроническая артериальная недостаточность IIb стадии справа, Па стадии слева; трофическая язва правой пятки и некроз кожного лоскута правой пятки.

Из анамнеза известно, что четыре месяца назад пациентка получала консервативное и хирургическое лечение. Была произведена некрэктомия правой пятки с последующей аутодермопластикой свободным кожным лоскутом. Однако проводимое лечение не привело к улучшению периферического кровообращения и заживлению послеоперационной раны правой пятки.

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на постоянные боли в правой пятке и в области трофической язвы правой пятки. Локально отмечалось, что правая стопа была теплая на ощупь, лодыжечно-плечевой индекс справа составлял 0,7. На правой пятке имелся некроз кожи размерами  $8 \times 5 \times 2$  см., который являлся дном трофической язвы. При первичном осмотре пациентки пинцетом произведено отделение некротизированного кожного лоскута.

По данным УЗИ артерий нижних конечностей: справа сохранен коллатеральный кровоток артерий тыла стопы, берцовых артерий, подколенной артерии; имеются окклюзия поверхностной бедренной артерии, магистральный кровоток по глубокой бедренной артерии, общей бедренной артерии, наружной подвздошной и общей подвздошной артериям. Слева в артериях нижних конечностей сохранен магистральный кровоток.

На протяжении 5 дней пациентка получала курс инфузионной терапии вазоактивными препаратами (Актовегин), антибактериальные препараты (Цефтриаксон), антикоагулянты (Аспирин), анальгетики (Кеторол), а на трофическую язву правой пятки накладывали мажевые повязки с мазью «Меколь» для очищения и заживления изъязвленной поверхности. Однако эти мероприятия были неэффективными и было принято решение о необходимости хирургической санации. Посев из раны роста микрофлоры не дал.

В условиях операционной 09.09.20 г. выполнена некрэктомия подкожной клетчатки правой пяточной области до надкостницы правой пяточной кости. Дальнейшее лечение продолжилось консервативное: вазоактивные препараты (Пентоксифиллин, Актовегин), антибактериальные препараты (Цефтриаксон, Метронидазол), анальгетики (Кеторол), повязки с мазью «Меколь» на послеоперационную рану. Проводимое лечение на протяжении 10 дней оказалось малоэффективным. По краям раны появились островки грануляций, однако произошло прогрессирование некроза, подкожной клетчатки, надкостницы и правой пяточной кости.

18.09.20 г. пациентке произведен дебридмент правой пяточной области, некрэктомия подкожной клетчатки и выполнена резекция 1/3 пяточной кости с надкостницей. Дальнейшее лечение продолжилось консервативно: вазоактивные (Пентоксифиллин, Актовегин), антибактериальные препараты (Цефтриаксон, Метронидазол) и анальгетики (Кеторол). На послеоперационную рану с целью активного дренирования, усиления кровообращения и стимуляции роста грануляционной ткани посредством механизма раневой гипоксии с 19.09.20 г. применялась VAC-терапия с уровнем отрицательного давления в ране 110 мм рт. ст. Применялась зарегистрированная в Республике Беларусь

система вакуумной терапии ран WaterLily производства компании Eurosets (Италия). В качестве дренирующего материала в этой системе используется мягкая пенополиуретановая губка с размером пор 400–2000 мкм. Также обязательными компонентами системы являлись адгезивное пленочное покрытие, неспадающаяся дренажная трубка достаточной длины и источник вакуума, снабженный емкостью для сбора жидкости [5].

Проводимое лечение на протяжении 7 дней оказалось эффективным. В ране появились ярко розовые грануляции без патологического отделяемого. Размер раны уменьшился на 0,5–1 см. Принято решение о проведении аутодермопластики свободным кожным лоскутом трофической язвы правой пятки.

26.09.20 г. и 27.09.20 г. перевязки послеоперационной раны с мазью «Меколь», консервативная терапия вазоактивными (Актовегин) и антибактериальными препаратами (Цефтриаксон, Метронидазол).

28.09.20 г. выполнена хирургическая санация и произведена аутодермопластика свободным кожным лоскутом гранулирующей трофической язвы правой пятки.

### **Заключение**

Таким образом, комбинирование методик стимуляции периферического кровообращения и репарации тканей обеспечивает благоприятные условия для появления грануляций и проведения аутодермопластики с целью успешного заживления трофических язв при облитерирующих заболеваниях артерий нижних конечностей.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Консервативная терапия у больных хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. Современные представления / В. М. Кошкин [и др.] // Медицинский совет. — 2015. — № 8. — С. 6–9.
2. Попков, О. В. Трофические язвы нижних конечностей: учеб.-метод. пособие / О. В. Попков, С. А. Алексеев, В. А. Гинюк. — М.: БГМУ, 2018. — 22 с.
3. Васютков, В. Я. Трофические язвы стопы и голени / В. Я. Васютков, Н. В. Проценко. — М.: Медицина, 1993. — 160 с.
4. Ларионов, А. А. Лечение трофических язв у больного с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей / А. А. Ларионов, М. Ю. Речкин, О. А. Кравчук // Гений ортопедии. — 2004. — № 3. — С. 68–69.
5. Часнойть, А. Ч. Вакуумная терапия ран с использованием генератора «WaterLily»: учеб.-метод. пособие / А. А. Ларионов, М. Ю. Речкин, О. А. Кравчук. — М.: БелМАПО, 2014. — 59 с.

**УДК 616.147.3-002.44-003.9-08**

## **ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМАХ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ: ПРЕИМУЩЕСТВЕННОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ**

*Дубровицк О. И., Мармыш Г. Г., Красницкая А. С., Жук Д. А.*

**Учреждение образования**

**«Гродненский государственный медицинский университет»**

**Учреждение здравоохранения**

**«Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»**

**г. Гродно, Республика Беларусь**

### **Введение**

Проблема лечения пациентов с трофическими язвами (ТЯ) при декомпенсированной стадии хронической венозной недостаточности (ХВН) нижних конечностей до настоящего времени является одной из сложных социально-медицинских проблем и остается весьма актуальной, что связано со значительным количеством пациентов и явной тенденцией роста числа декомпенсированных форм заболевания [1]. По данным ВОЗ 20 % населения мира страдают хронический лимфовенозной недостаточностью нижних конечностей. В Беларуси различными формами варикозной болезни вен нижних конечностей страдают около 2,5–3 млн человек, в России — более 35млн. У 10–12 % пациентов осложнения варикозной болезни вызывают временную утрату трудоспособности, а