

ции наблюдалось 5 больных. На линии послеоперационного шва отмечался тонкий, до 3–4 мм шириной, нормотрофический рубец.

У больных контрольной группы в ближайшем послеоперационном периоде осложнения наблюдались в 5 (55,5 %) случаях. В 3 (60 %) случаях отмечалось расхождение швов, в 2 (40 %) случаях наблюдался частичный некроз лоскута, что потребовало выполнения дополнительных хирургических вмешательств. В отдаленном периоде в 3 (33,3 %) случаях отмечался рост гипертрофических рубцов по линии шва.

Выводы

1. Для предупреждения сокращения лоскута из растянутых мягких тканей в ближайший и отдаленный послеоперационные периоды целесообразно использовать различные методы их фиксации.

2. Фиксация растянутых лоскутов осуществляется с использованием полипропиленовой сетки и специального раскроя лоскутов и рубцовых тканей.

3. Внедрение разработанных методов фиксации лоскутов позволяет добиться хорошего функционально-косметического результата в ближайшем и отдаленном периоде.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННЫХ РАН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКИ АКТИВИРОВАННОГО РАСТВОРА

Берещенко В. В., Лызиков А. Н., Шебушев Н. Г.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Одной из основных причин снижения эффективности антибиотикотерапии инфицированных ран является накопление антибиотикорезистентных штаммов в микробной популяции. Опасность представляют появление штаммов микроорганизмов, обуславливающих затяжное рецидивирующее течение инфекции с очень низким уровнем иммунитета со стороны макроорганизма. Многие исследователи на разных этапах развития науки пытаются получить эффективные антибактериальные средства для подавления инфекции в ране.

Материалом для исследования послужил раствор анолит нейтральный (АН), полученный на отечественной установке «Аквамед» (патент РБ №1112). Раствор АН обладает окислительно-восстановительным потенциалом 890–900 мВ, при рН 6,2–7,2 и концентрацией активного хлора 0,02–0,04 %. Пациенты были распределены на две группы, которые были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести основной патологии, наличию сопутствующих заболеваний. В основной группе было 98 пациентов, получавших в качестве антисептика раствор АН. Мужчин было 61 (62,25 %), женщин — 37 (37,75 %), средний возраст пациентов составил $40,89 \pm 1,82$ года. По нозологическим формам заболеваний распределение в этой группе было следующим: абсцессы и флегмоны — 54, фурункулы и карбункулы — 19, инфицированные и гнойные раны — 22, пандактилит — 3.

Контрольную группу составили 59 пациентов, при местном лечении которых использовали традиционные антисептики. Мужчин было 25 (42,37 %), женщин — 34 (57,63 %), средний возраст составил $43,48 \pm 2,63$ года. По нозологии заболевания были представлены следующим образом: абсцессы и флегмоны — 38, фурункулы и карбункулы — 11, инфицированные и гнойные раны — 7, пандактилит — 3.

У пациентов основной группы в качестве антисептика использовали раствор АН. После хирургической обработки поверхность раны обрабатывали раствором АН с последующим нанесением на раневую поверхность мази на полиэтиленоксидной основе («Левомеколь») и прикрытием раны марлевой салфеткой, пропитанной раствором АН (патент РБ №12137).

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/дм³, 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