
(стрептококков) к антибиотикам выше, чем у грамположительных стафилококков, а также наличие обнаруженной в ходе исследования мультирезистентной флоры, обосновывает необходимость индивидуализированного подхода к назначению антибиотикотерапии. Частота обозначенной патологии СОП составила 2,6% пациентов среди всех пролеченных за данный период в офтальмологическом отделении. Среднее время от появления симптомов до медицинской консультации составляло от 3 до 6 месяцев, при этом пациенты обычно обращались за медицинской помощью только при возникновении осложнений, включая синдром сухого глаза, конъюнктивит, флегмону слезного мешка. Особенно важно учитывать, что пациенты, имеющие в анамнезе частые курсы антибактериальной терапии, демонстрировали высокий уровень устойчивости к традиционным антибиотикам (амоксциллин, эритромицин, гентамицин). Это указывает на значимость выполнения бактериологического посева перед началом терапии для выбора наименее резистентных антибиотиков.

Выводы:

1. Проведение бактериологического исследования микрофлоры содержимого СОП является неотъемлемой частью диагностики и выбора терапии у пациентов с заболеваниями слезных путей.
2. Определение чувствительности к антибиотикам позволяет значительно повысить эффективность лечения, снизить риск развития осложнений и избежать назначения неэффективных препаратов, что также вносит вклад в борьбу с антибиотикорезистентностью.
3. В связи с выявлением мультирезистентной флоры, рекомендуется расширение использования современных методов диагностики и пересмотр протоколов эмпирического назначения антибиотиков.

Гаин М.Ю., Шахрай С.В., Гаин Ю.М.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

ОДНОЭТАПНЫЙ ЛАЗЕРНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕДИРУЮЩЕЙ ПИЛОНИДАЛЬНОЙ КИСТЫ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

Введение. Простым и распространенным методом лечения абсцедирующей пилонидальной кисты (ПК) является вскрытие и дренирование абсцесса, однако он не всегда обеспечивает полное излечение и часто требуется второй этап лечения – радикальная операция по иссечению ПК. Данные относительно вероятности повторного абсцесса в различных исследованиях весьма противоречивы. Одни исследователи сообщают о 60–80% рецидива. Другая точка зрения состоит в том, что после адекватного вскрытия абсцесса радикальная операция показана не всегда, так как более чем у 60% пациентов после такого лечения вовсе отсутствуют признаки заболевания

(ремиссия). Одна часть специалистов предлагает в период острого воспаления ПК в стадии гнойного абсцесса ограничиваться простым его вскрытием, без затрагивания кисты и дополнительного кюретажа. Другая – рассекать и саму кисту тоже, дополняя эту процедуру выскабливанием ее стенок различными хирургическими инструментами, например ложкой Фолькмана, щеткой, электрокоагулятором и др. Таким образом, противоречивость данных об отдаленных результатах первичной операции обусловлена ее характером и объемом. Простое вскрытие абсцесса без воздействия на саму кисту, без ликвидации всех первичных свищевых отверстий, не позволяет справиться с заболеванием раз и навсегда, может приводить к рецидиву абсцесса.

Цель. Изучить послеоперационные результаты чрезрассековой лазерной коагуляции абсцедирующей ПК и провести их сравнительную оценку с результатами метода хирургического лечения без коагуляции полости абсцесса.

Материалы и методы. В последние 5 лет в отделении хирургии учреждения здравоохранения «11-я городская клиническая больница» г. Минска 2270 пациентов проходили стационарное лечение по поводу абсцедирующих ПК. Критерии включения в исследование было: острое воспаление ПК в стадии гнойного абсцесса; расположение абсцесса в типичном месте – по срединной линии или с отклонением от нее не более, чем на 4 см (отсутствие латеральных гнойных затеков на ягодицу и/или вторичных боковых свищей). Критерии исключения: наличие тяжелых общесоматических заболеваний, которые могли бы препятствовать заживлению послеоперационных ран. Всем пациентам под местной инфильтрационной анестезией было выполнено вскрытие и дренирование абсцесса с использованием разреза, соответствующего размеру гнойной полости. После извлечения гноя, некротического детрита или волос, при их наличии, выполнялась полная санация полости абсцесса 3% раствором перекиси водорода. Далее полость дренировалась марлевой турундой, с гипертоническим раствором на 7-10 часов до следующей перевязки. В ходе проспективного исследования методом простой рандомизации было сформировано 2 группы сравнения.

Пациентам группы А (40 человек) на 2-е сутки после первой операции в условиях перевязочного кабинета или малой операционной выполнялось дополнительное вмешательство под местной инфильтрационной анестезией – чрезрассековая лазерная коагуляция полости абсцесса и ПК (инструкция по применению №106-1120 «Метод хирургического лечения абсцедирующей пилонидальной кисты»). Критерием готовности послеоперационной раны и выбора такого срока повторного вмешательства было снижение воспалительного процесса и избыточной кровоточивости из раны, что позволило выполнять ее тщательную ревизию и хирургическую обработку. Основные этапы чрезрассековой лазерной коагуляции: 1) ревизия раны; 2) дополнительный разрез кожи, соединяющий все первичные свищевые отверстия (при необходимости); 3) кюретаж полости абсцесса (хирургической цитощеткой, ложкой Фолькмана, марлевой турундой, удаление участков выстилки кисты, кожных воронок в зоне первичного свища, остатков гнойного детрита, волос (при их наличии)); 4) лазерная коагуляция полости абсцесса и ПК на всем протяжении в непрерывном режиме эмиссии лазерного излучения с длиной волны 1560 нм и мощностью 10–15 Вт. Воздействие

производится секторально, с отступлением до 2 мм от каждой точки воздействия. При экспозиции 5–7 секунд величина поглощенной энергии не превышала 400 Дж. Использовались одноразовые оптические наконечники длиной 7,5 и 15 см для инструмента «Mediola Colibri» (ЗАО «Фотэк», Республика Беларусь). 40 пациентам группы В (контроль) также выполнялась санация абсцесса, но без лазерной операции на 2-е сутки. Группы были однородны по полу, возрасту, тяжести заболевания. В сроки через 1 месяц, 1 год было выполнено ультразвуковое исследование.

Результаты. Средние сроки заживления ран оказались сопоставимы ($p=0,8234$, $z=-0,2667$ Mann-Whitney U-test). У 3 (7,5%) пациентов в группе В через месяц выявлен вторичный свищ, что позднее потребовало выполнения 2 этапа оперативного лечения – иссечения ПК через 1,5 месяца после первичной операции. Применение лазерной коагуляции пилонидальной кисты достоверно не ухудшало состояние пациентов. Отсутствовали статистически значимые различия при сравнении групп по стационарному койко-дню ($p=0,1872$, $z=1,4197$), длительности нетрудоспособности ($p=0,2038$, $z=1,2451$ Mann-Whitney U-test). Выявлены преимущества группы А по частоте ремиссии заболевания через месяц и 1 год после начала лечения (Chi-square, $p=0,0009$, $p=0,001$). При ультразвуковом исследовании через 1 год наличие инфильтрации без жидкостных структур и воспаления в основной группе было выявлено в 5% наблюдений, в контрольной – в 22,5%, что свидетельствует о более радикальном характере лазерного вмешательства, выполненного на 2 сутки после первичной санации абсцесса.

Выводы. Метод лазерной коагуляции полости абсцесса ПК обладает преимуществом по сравнению с традиционным методом санации абсцесса по частоте ремиссии заболевания в контрольные сроки до 1 года. Существует необходимость дальнейших исследований, изучения отдаленных результатов и дискуссии по вопросу совершенствования хирургической тактики.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Комитет по здравоохранению Мингорисполкома
Учреждение здравоохранения «10-я городская клиническая больница»
Белорусский государственный медицинский университет

**ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ
ПОДХОД – СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ
В ОКАЗАНИИ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ**

**Материалы научно-практической конференции,
посвященной 40-летию
УЗ «10-я городская клиническая больница»**

(Минск, 22 мая 2025 года)

Минск
«Профессиональные издания»
2025