

- ство Фолиант», 2002. – 542 с.: ил.
2. Воробьев Г.И. Основы колопроктологии. Учебное пособие. – Ростов-на-Дону, «Медицина». – 170 с.
 3. Воробьева Л.И. Организация онкогинекологической помощи в Украине // Рак в Україні: епідеміологічні та організаційні аспекти проблеми. - К., 1997 р. С. 91- 92.
 4. Ганцев Ш.Х. Онкология. – М.: Медицинское информационное агенство, 2004. – 516 с.
 5. Гранов А.М., Петровичев Н.Н. Первичный рак печени. – М.: Медицина, 1974. – 283 с.
 6. Хирш Х.А., Кезер О., Икле Ф.А. Оперативная гинекология: Атлас: Пер. с англ. / Под ред. В.И. Кулакова, И.В. Федорова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 656 с.

Резюме

ПРЕИМУЩЕСТВА ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ
ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ
ОБШИРНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ
ОПУХОЛЕЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

*Марченко О.И., Рыбин А.И.,
Максимовский В.Е.*

Проведен сравнительный анализ эффективности различных диагностических методик в диагностике обширных злокачественных опухолей брюшной полости. Установлено, что лапароскопия

обладает высокой степенью информативности и целым рядом преимуществ, в частности: низкой инвазивностью, более легким течением восстановительного периода, сокращением сроков пребывания в стационаре по сравнению с эксплоративной лапаротомией в среднем на 41%.

Ключевые слова: злокачественная опухоль, брюшная полость, лапароскопия, лапаротомия.

Summary

ADVANTAGES OF DIAGNOSTIC
LAPAROSCOPY IN DETERMINATION OF
VAST MALIGNANT TUMORS OF
ABDOMINAL CAVITY

*Marchenko O.I., Rybin A.I.,
Maximovsky V.E.*

The comparative analysis of different diagnostic techniques for determination of vast malignant tumors of abdominal cavity had been done. Laparoscopy has several advantages over other methods, such as: low invasiveness, easier postoperative rehabilitation, shorter period of stay in the in-patient department.

Key words: malignant tumor, abdominal cavity, laparoscopy, laparotomy.

*Впервые поступила в редакцию 25.05.2011 г.
Рекомендована к печати на заседании
редакционной коллегии после рецензирования*

УДК 616.5-06: [616.98:578.828.6]-092-07-085

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ В ЛЕЧЕНИИ ДЛИТЕЛЬНО НЕЗАЖИВАЮЩИХ РАН У БОЛЬНЫХ СПИДОМ

Шухтин В.В., Цыганчук Е.В.

*Украинский НИИ медицины транспорта, Одесса
КУ Одесский Областной медицинский Центр*

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, длительно незаживающая рана, факторы роста, обогащенная тромбоцитами плазма.

Актуальность темы

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) — важная мировая медицинская, социальная и политичес-

кая проблема XX-XXI веков. ВИЧ-инфекция распространена географически повсеместно, характеризуется прогрессирующим течением с прогрессирующим сни-

жением иммунитета с развитием тяжелых форм оппортунистических заболеваний. Среднюю продолжительность жизни ВИЧ-инфицированного человека ВОЗ оценивает в 12 лет, однако прогноз связан с путями заражения, социальным статусом больного, его возрастом, расовыми особенностями, а также доступностью медицинской помощи [1, 2, 3].

Наличие в числе патологий, связанных со СПИДом, лимфаденопатий, синдрома истощения, а также нарушений формирования клеточных опосредованных реакций воспаления, угнетения системы естественной резистентности и иммунологической реактивности с развитием аутосенсбилизации, вызывает у больных развитие длительно незаживающие раны, сопровождающихся высоким микробным загрязнением раны, что усугубляет течение основного заболевания, ухудшает качество жизни пациента, ограничивает возможность хирургического восстановления дефекта кожных покровов и может стать источником генерализации раневой инфекции, приводящим к смерти [5, 9].

Одним из новых методов лечения является применение обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТП) в лечении длительно незаживающих ран.

Установлено, что ОТП содержит в 3-5 раз больше факторов роста по сравнению с цельной кровью [6]. Обогащенная тромбоцитами плазма потенциально улучшает репаративные способности за счет различных факторов роста и цитокинов, секретируемых \pm -гранулами тромбоцитов. Основные цитокины, обнаруженные в тромбоцитах включают трансформирующий фактор роста I (TGF-I), тромбоцитарный фактор роста (PDGF), инсулиноподобный фактор роста (IGF-I, IGF-II), фактор роста фибробластов (FGF), эпидермальный фактор роста, фактор роста эндотелия сосудов (VEGF) и фактор роста эндотелиальных клеток. Эти цитокины играют важную роль в процессах клеточной пролиферации, хемотаксиса, дифференциации и ангиогене-

за. Особую актуальность представляет использование ОТП для лечения длительно незаживающих ран у больных СПИДом.

Цель исследования

Изучение эффективности использования ОТП в комплексном лечении длительно незаживающих ран у больных СПИДом.

Методы исследования

Исследования проводилось у 22 пациентов в возрасте от 27 до 53 лет с ВИЧ-инфекцией в стадии вторичных заболеваний (6 женщин и 16 мужчин), находившихся на лечении в Одесском Областном Центре по профилактике и борьбе со СПИДом [1, 2]. В группу исследования включены только лица с сопутствующей хронической лимфо-венозной недостаточностью (ХЛВН), обусловленной вено-венозным рефлюксом, с наличием длительно незаживающих ран площадью 2-8 см² на одной из голеней (с преимущественной локализацией по передне-медиальной поверхности), что соответствует 6 стадии клинической классификации ХЛВН по системе CEAP [8, 10]. Среди них 10 пациентов страдали варикозной болезнью, 12 - постфлебитическим синдромом в стадии реканализации (женщин и мужчин 2 и 8, и 4 и 8 соответственно) с длительно "язвенного" анамнеза более 3 лет.

В зависимости от уровня CD4 Т-лимфоцитов пациенты были разделены на 2 подгруппы: I - 200-500 кл/мл (10 пациентов); II - >500 кл/мл (12 пациентов).

Для оценки исходного состояния Т-системы иммунитета у группы больных определяли общее число лимфоцитов и количество Т-хелперов (CD4 Т-лимфоцитов) методом проточной лазерной флюоцитометрии (ПЛЦ), тестом FASTCount с использованием моноклональных антител до и после лечения (где коэффициент корреляции составляет до 5 %), на приборе фирмы "BEKTON DIKKNENSON" (США).

Объективизация раневого процесса осуществлялась у всех пациентов методом раневых отпечатков по Покровской – Штейнбергу в начале лечения, на 5-е, 9-е и 15-е сутки лечения. [7]

Приготовление ОТП осуществлялось *ex tempore* двухэтапным центрифугированием цитратной венозной крови [6].

В комплексное лечение пациентов обеих подгрупп входила инфузионная терапия (венотоники, антикоагулянты, антибиотики); ВААРТ по схеме [5, 9, 11]; компрессионная терапия (эластический компрессионный трикотаж класса 3) [8, 10]. Смена повязок производилась ежедневно: после санации раны декасаном на нее наносилась ОТП, после чего рану закрывали окклюзионной повязкой с антибактериальной защитой.

Необходимое хирургическое лечение (аутодермопластика свободным расщепленным кожным лоскутом толщиной 0,32 мм) осуществлялось в ожоговом отделении Одесского областного медицинского центра.

Результаты исследований

При исследовании раневых отпечатков до лечения цитологическая картина соответствовала некротическому либо дегенеративно-воспалительному типу с выраженной воспалительной реакцией и явными признаками незавершенного фагоцитоза во всех случаях.

На 5-е сутки лечения с помощью ОТП цитологическая картина у всех больных соответствовала регенераторному типу I фазы: количество полиморфоядерных лейкоцитов 10-15 в поле зрения, часть лейкоцитов находилась в стадии зернистого распада и выявлены фрагменты ядер, количество одноядерных клеток 3-5 в поле зрения, клетки небольших размеров, округлой или овальной формы, цитоплазма хорошо окрашивается, контуры клеток четкие, встречаются единичные гигантские многоядерные и тучные клетки, промежуточное белковое вещество поверхностных слоев цитоплазмы имеет мелкозернистый вид.

На 9-е сутки после лечения с помощью ОТП цитологическая картина у 11 больных (50%) соответствовала регенеративному типу III фазы (отсутствуют воспалительные явления, дифференцировка клеточных элементов соединительной ткани достигает наиболее выраженной степени. Полиморфоядерных лейкоцитов очень мало или же совсем нет; мало ядерных фрагментов и ядерной зернистости. Клеточные элементы представлены дифференцированными клетками соединительной ткани (профибробласты, фибробласты). У 11 больных (50%) цитологическая картина соответствовала регенеративному типу II фазы (число полиморфоядерных лейкоцитов 6-8 в поле зрения, продукты клеточного распада в виде фрагментов ядер лейкоцитов продолжают обнаруживаться с большим постоянством. Одноядерные клетки встречаются одиночно и группами по 5-6 и более, часть из них по морфологическим признакам приближается к фибробластам, другая часть к макрофагам; обнаруживаются нежноволокнистые структуры промежуточного вещества.

На 15 сутки исследования у 13 больных (59%) наступила спонтанная эпителизация ран. У остальных 9 пациентов цитологическая картина раневых отпечатков соответствовала регенеративному типу III фазы.

Следует отметить, что эти 9 больных (41%) потребовали хирургического лечения, причем аутодермопластика оказалась эффективной, приживление аутолоскутов было полным. Кроме того, важным является тот факт, что семеро из оперированных пациентов принадлежали I подгруппе (70% в подгруппе) и двое (16,7% в подгруппе) изначально были отнесены ко II подгруппе (с содержанием CD4 Т-лимфоцитов >500кл/мл).

Выводы

Таким образом, результаты проведенного исследования показали эффективность использования обогащенной тромбоцитами плазмы в комплексном

лечении больных СПИДом с наличием длительно незаживающих ран:

1. Местное применение ОТП обеспечило оптимизацию течения раневого процесса, что в 59% случаев привело к спонтанной эпителизации ран, а у остальных пациентов создало условия приживления аутодермотрансплататов;
2. У лиц с более высоким содержанием CD4 Т-лимфоцитов (>500кл/мл) обнаружена тенденция к спонтанной эпителизации ран (83,3 %) по сравнению с пациентами I подгруппы, где оперативное лечение потребовалось в 70 % случаев.

Литература

1. Бочкова Л.В., Немцов А.В. Развитие эпидемии ВИЛ-инфекции /СНІДу в Одеській області. // Инфекционный контроль . – 2007. - №4. – с. 3-10.
2. Гойдик Н.С., Гойдик В.С., Шухтін В.В., Гоженко А.І. Огляд епідеміологічної ситуації з ВИЛ-інфекції/СНІДу в Одеській області // Морський вісник. – 2009. - № 3. – С. 27-30.
3. Дмитриев В., Шейбак В.В. Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции (СПИДа) // Военномедицинский журнал. - 1997. - № 6. - С. 22-26.
4. Инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека / под ред. В. В. Покровского, Н.С. Потеева. – М.: Медицинская книга, 2006. – 73 с.
5. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В. и соавт. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции //М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001.-96 стр.
6. Стволовые клетки в современной медицине: настоящее и будущее / М. А. Пальцев [и др.] // Молекулярная медицина. 2006. № 2. С. 5–9.
7. Теория и практика местного лечения гнойных ран /проблемы лекарственной терапии// Под ред. Б.М.Даценко. – К.:Здоров'я, 1995.-383с.
8. Флебология. Руководство для врачей. Под ред. В.С.Савельева. М.:

Медицина, 2001.

9. Шухтін В.В., Гойдык В.С. Заболевания кожи и слизистых оболочек при СПИДе в Одесском регионе // Морской вестник.- 2010.- № 3.- С. 51-55.
10. Eklof B, Rutherford RB, Bergan JJ et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: Consensus statement. J Vasc Surg 2004; 40: 1248–52.
11. Havlir D., Levitan D., Bassett R. Et al. Prevalence and predictive value of intermittent viraemia in patients with viral suppression //Antiviral Ther., 2000.- V.5.-P.89-90.

Резюме

ВИКОРИСТАННЯ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМИ В ЛІКУВАННІ ТРИВАЛО НЕЗАЖИВАЮЧИХ РАН У ХВОРИХ СНІДОМ

Шухтін В.В., Циганчук Е.В.

Результати проведеного дослідження показали ефективність використання збагаченої тромбоцитами плазми в комплексному лікуванні хворих СНІДОМ з наявністю тривало незаживаючих ран.

Ключові слова: ВИЛ-інфекція, тривало незаживаюча рана, чинники зростання, збагачена тромбоцитами плазма.

Summary

USE OF THE ENRICHED THROMBOCYTES PLASMA IN TREATMENT OF PROTRACTEDLY UNHEALINGS WOUNDS AT AIDS PATIENTS

Shukhtin V.V., Tsyganchuk E.V.

The results of the conducted research rotined efficiency of the use of the enriched thrombocytes plasma in the holiatry of AIDS patients with the presence of protractedly unhealings wounds.

Keywords: HIV -infection, protractedly unhealing wound, factors of growth, plasma enriched thrombocytes.

Вперше поступила в редакцію 20.04.2011 г. Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования