PRP-ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ РАН ПРОМЕЖНОСТИ

Бордаков П. В., Гаин Ю. М., Шахрай С. В., Бордаков В. Н.,
Гаин М. Ю.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»
ГУ «Республиканский научно-практический
центр трансфизиологии и медицинских биотехнологий»,
г. Минск, Республика Беларусь

Цель работы: разработать и внедрить в клиническую практику метод лечения хронических ран промежности с местным применением аутологичных тромбоконцентратов.

Материал и методы. Проведено проспективное двуцентровое рандомизированное динамическое исследование с оценкой результатов лечения 217 пациентов с хроническими ранами мягких тканей промежности разной этиологии (после хирургического лечения острого и хронического парапроктита, операций на анальной и перианальной областях, после хирургического лечения инфекционных заболеваний мягких тканей промежности, ранами посттравматического генеза и др.).

В сравнительном аспекте проанализированы результаты лечения 105 пациентов с хроническими ранами промежности, в лечении которых использовали разработанный метод, включающий наряду с комплексной терапией (коррекцией гомеостаза, системной антибактериальной терапией, лечением фоновой патологии) внутривенное капельное введение антипротеазного отечественного препарата «Овомин» (РУПП «Белмедпрепараты», раствор для инъекций 12 000 АТЕ/мл, код АТХ: В02АВ) по 60 000 АТЕ в 100 мл 0,9% раствора (на курс 5 ежедневных введений) и местное применение аутологичных тромбоконцентратов (ТК). Методом гравитационного цитофереза непосредственно перед использованием изготавливали две формы ТК: 10% обогащённую тромбоцитами плазмы (ОТП) – для инъекционного введения в рану и обогащённый тромбоцитами гель (ОТГ) – для аппликационной вульнеротерапии. Кратность местного лечения варьировала от 1 до 3 процедур с интервалом в

7 суток (в зависимости от динамики заживления раны). Все пациенты были включены в исследование в соответствии с планом научных исследований официальной темы научных исследований (№ госрегистрации 20160540 от 01.04.2016 г.) в связи с наличием длительно незаживающих (более 4 недель) ран промежности. При проведении лечения были учтены рекомендации академической комиссии по биоэтике, пациентами было подписано информированное согласие на лечение. Контрольную группу составили 112 пациентов, которым на фоне базового лечения проводили местную терапию антисептиками и мазями на полиэтиленоксидной основе. Пациентов в группы сравнения зачисляли путём случайной выборки, все они были сопоставимы по возрасту, полу, этиологии и тяжести основного процесса, клиническим и лабораторным показателям. В динамике измеряли площадь раневой поверхности с использованием компьютерной программы «Scion Image» (NIH, USA), оценивали скорость уменьшения раневой поверхности по методу О.А. Навакатиняна в модификации К.М. Фенчина (1979). На момент начала лечения площадь ран в основной и контрольной группах не имела достоверных различий, она составила 12,8 (6,2÷15,4) см² и 13,2 (6,9÷16,1) см², соответственно (p>0,05, U-тест Манна-Уитни).

Результаты. Применение разработанного комплексного метода с местным использованием аутологичных тромбоконцентратов позволило в срок до 21 суток добиться 100% заживления ран у пациентов основной группы (в группе Б к этому сроку отмечено заживление ран только у 59, или 52,7% пациентов). При этом отмечались более раннее (в среднем на 7,92±1,99 суток) развитие грануляционной ткани и более выраженная краевая эпителизация ран. Уже к 10-м суткам лечения в основной группе пациентов наблюдалось статистически значимое сокращение раны на 34,9% (31,94÷39,34), при этом в группе контроля к этому сроку наблюдения сокращение размеров ран наблюдалось лишь на 8,62% (7,54÷8,93) (p<0,00004, U-тест Манна-Уитни). Через 3 недели после проведенного лечения в группе А по 7 из 8 доменов шкалы SF-36 отмечено достоверное увеличение показателей

качества жизни по сравнению с группой контроля ($p < 0,05$, U-тест Манна-Уитни). Столь значимые различия по этим показателям были обусловлены тем, что у пациентов основной группы во всех случаях отмечено заживление раневого дефекта со значимым улучшением мобильности, исчезновением болевого синдрома, восстановлением трудоспособности.

Выводы. Использование разработанной технологии, включающей системное применение отечественного антипротеазного препарата «Овомин» и местное применение аутологичных тромбоконтратов, способствует значимому ускорению заживления хронических ран промежности разной этиологии.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Бухтаревич С. П.¹, Денисенко В. Л.¹, Гаин Ю. М.²

¹УЗ «Витебский областной специализированный клинический центр»

²ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Вопрос лечения ворсинчатых опухолей толстой кишки остаётся дискуссионным. Небольшие ворсинчатые опухоли можно легко удалить с помощью эндоскопической петли. Опухоли больших размеров, закрывающие просвет кишки, могут стать причиной нарушения транзита содержимого по кишке. По мере превращения железистых полипов в ворсинчатые процент малигнизации доброкачественных полипов в рак возрастает. Высокий риск малигнизации ворсинчатых опухолей, развивающийся при этом выраженный кишечный дискомфорт требуют радикального лечения. Резекция кишки – радикальное вмешательство, но довольно травматична и не всегда оправдана из-за риска развития осложнений. Малоинвазивные эндоскопические методики при лечении ворсинчатых новообразований желательны, но имеют высокий процент рецидива заболевания. В лечении заболевания у 42 пациентов