

**Ключевые слова:** киста, чрескожная пункция, лапароскопия, резекция кисты.

**Summary.** *The article defines the concepts of kidney cysts, their distribution, classification and diagnostic methods. The types of surgical treatment, advantages and disadvantages of this or that method of treatment are indicated. Our personal experience of endoscopic treatment of kidney cysts is provided.*

**Key words:** *cyst, percutaneous puncture, laparoscopy, resection of cysts.*

УДК 616-001.45=161.1

## **ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАН С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ**

**И.Н. Гончаренко, И.Н. Самарский, К.Р. Мурадян, Ф. Дхауади,  
С.В. Тертишный**

*Военно-медицинский клинический центр Южного Региона*

**Резюме.** *На базе ВМКЦ ЮР за период с октября 2014 г. у 60 раненых была применена методика комплексного лечения огнестрельных ран с использованием ОТП. Дважды в неделю осуществлялась перевязка с ОТП, полученной из крови пациента. Применение ОТП привело уменьшению болевого синдрома, появление участков активной грануляции, увеличению скорости краевой эпителизации. Раны зажили у 100% пациентов в среднем за 45 дней. У 5% пациентов применение ОТП не оказало заметного влияния на течение раневого процесса. Осложнений от применения ОТП не наблюдалось.*

**Ключевые слова:** *факторы роста, огнестрельные раны, обогащенная тромбоцитами плазма.*

**Вступление.** В современных боевых конфликтах значительную часть санитарных потерях составляют минно-взрывные травмы. Возросла доля неогнестрельных травм. 50% представлено легкими ранениями, 30% среднетяжелыми, 18% тяжелыми и 2% крайне тяжелыми. Преобладают ранения конечностей. Осколочные ранения соотносятся с пулевыми как 4:1. Сочетанные, комбинированные ранения встречаются в 25% случаях. Ускорение заживления ран позволяет сократить сроки утраты бое- и трудоспособности. [1].

Среди современных средств, позволяющих стимулировать репаративные фазы раневого процесса, перспективным является использование обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТП) [2].

Применение данного метода в лечении огнестрельной раны в литературе не встречается.

**Цель исследования.** Исследование проводилось с целью изучения эффекта от применения ОТП в комплексном лечении огнестрельных ран.

**Материалы и методы.** На базе ВМКЦ ЮР за период с октября 2014 г. По декабрь 2015г. у 60 раненых была применена методика комплексного лечения огнестрельных ран с использованием ОТП. Все пациенты были мужчинами, в возрасте 24-45 лет. 79,4% имели осколочные ранения, 20,6% - пулевые.

При подборе группы для лечения сыворотки были введены исключающие критерии, составленные на основании противопоказаний к применению ОТП:

- уровень гемоглобина < 105 г/л;
- количество тромбоцитов < 100 Г/л;
- количество общего белка < 50 г/л;
- гемостазиопатии (тромбоцитопатии, коагулопатии);
- системные заболевания соединительной ткани;
- раны с активной инфекцией (в т.ч. наличие остеомиелита, гнойного бурсита, артрита и т.п.).

Приготовления геля ОТП выполнялось в условиях перевязочной. Производился забор 40 мл цельной крови из локтевой вены пациента (использовались иглы калибра не менее 22 G во избежание спонтанной активации тромбоцитов). Кровь помещалась в пробирку с антикоагулянтом (цитрат натрия) в соотношении 9:1, тщательно перемешивалась [3]. После первого цикла центрифугирования с ускорением 1000 x g в течении 10 минут образовывались 3 слоя. Для вторичного центрифугирования (1500 x g в течении 15 минут) отбирались верхний и средний слои, содержащих «бедную» тромбоцитами плазмы и лейкоциты с тромбоцитами соответственно. Шприцом извлекали нижнюю треть плазмы, содержащую наибольшую концентрацию тромбоцитов, после чего для активации тромбоцитов 0,1 мл 10% раствора хлористого кальция. В итоге получали 4-7 мл активированного геля ОТП.

Полученный гель применялся аппликационно на раневую поверхность с использованием окклюзионной повязки. На следующие сутки выполнялась обычная перевязка с использованием местных антибактериальных препаратов.

Обязательным условием для успешного применения ОТП является отсутствие активного воспаления в ответ на гнойную инфекцию либо наличие

некроза. Соответственно, ОТП дополнял лечение огнестрельных ран в фазе грануляций после ПХО, ВХО, ликвидации гнойного очага.

Для фиксации результатов использовалась фотосъемка, измерение глубины, площади раны, оценка раневого отделяемого, состояния дна, стенок раны, контролировались показатели гемограммы. Большую помощь в применении данной методики оказывает генеральный директор Украинского института пластической хирургии и эстетической медицины «Виртус» Цепколенко В.А.

**Результаты и их обсуждение.** Первые качественные изменения после применения ОТП были заметны уже со 2-3-х суток. Субъективно пациенты отмечали уменьшение болевого синдрома. Отмечалось уменьшение количества экссудата, появление участков активной грануляции. Спустя неделю фиксировалось достоверное увеличение скорости краевой эпителизации, нарастания грануляций, исчезала подрывность краев ран. Раны зажили у всех пациентов. Средний срок заживления от начала лечения составил 45 дней. Пятерым пациентам (8,3%) в дальнейшем была выполнена свободная аутодермопластика, приживление лоскутов было полным. У трех пациентов (5%) применение ОТП не оказало заметного влияния на течение раневого процесса. Осложнений от применения ОТП не наблюдалось, показатели гемограммы сохранялись на прежнем уровне.

Положительное влияние ОТП на заживление ран связано прежде всего с физиологией тромбоцитов [4]. Участие тромбоцитов в раневом процессе не ограничивается гемостазом. Активируясь в воспалительной фазе, тромбоциты производят дегрануляцию пресинтезированных веществ. В течении часа более 95 % содержимого гранул попадает в окружающие ткани. В раневом процессе наибольшее значение имеют секреторные белки альфа-гранул, представленные целым рядом факторов роста, цитокинов, хемокинов.

Большинство факторов являются хемоаттрактантами и митогенами. Связываясь с фибробластами, эндотелиоцитами, они обеспечивают очищение раны, фиброплазию, неоангиогенез [5].

Содержание факторов роста в ОТП в 5-10 раз превышает их концентрацию в нативной плазме. что наглядно прослеживается на примере одного из факторов роста (ТРФ).

На сегодняшний день накоплена доказательная база, подтверждающая эффективность методики для лечения как острых, так и хронических (диабетических, венозных) ран [6]. Согласно данным разных авторов, применение ОТП увеличивает процент заживших ран и сокращает сроки заживления примерно в 1,3 раза. Сам же препарат не обладает специфическими побочными эффектами.

## **Выводы**

Полученные данные свидетельствуют о эффективности и безопасности ОТП. ОТП может быть успешно применен в комплексном лечении огнестрельных ран в фазу грануляции для стимуляции и ускорения репаративных процессов, в т.ч. в качестве подготовки ран для дальнейшего пластического закрытия ран.

## **Литература**

1. Заруцький Я. Л. Вказівки з воєнно – польової хірургії. / Я. Л. Заруцький, О. О. Шудрак. – Київ: СПД Чалчинська Н.В., 2014. – 396 с.
2. The use of autologous platelet gel to treat difficult-to-heal wounds: a pilot study / Mazzucco L, Medici D, Serra M та ін.] // Transfusion. – 2004. – №44. – С. 1013–1018
3. Principles and Methods of Preparation of Platelet-Rich Plasma: A Review and Author's Perspective / Dhurat R, Sukesh M. // Cutan Aesthet Surg. – 2014. – №7. – С. 189-197
4. Role of platelet-derived growth factors in physiology and medicine / Andrae J, Gallini R, Betsholtz C. // Genes Dev. – 2008. – №22. – С. 1276-1312
5. Platelet-rich plasma: a review of biology and applications in plastic surgery. / Eppley BL, Pietrzak WS, Blanton M. // Plast Reconstr Surg. – 2006. – №118. – С. 147-159
6. A prospective, randomized, controlled trial of autologous platelet-rich plasma gel for the treatment of diabetic foot ulcers / Driver VR, Hanft J, Fylling CP, Beriou JM. // Ostomy Wound Manage. – 2006. – №52. – С. 68-70

**Резюме.** На базі ВМКЦ ПР за період з жовтня 2014 р. у 60 хворих була застосована методика комплексного лікування вогнепальних ран з використанням ЗТП. Двічі на тиждень виконувалась перев'язка зі ЗТП, отриманої з крові пацієнта. Застосування ЗТП призвело до зменшення больового синдрому, появи ділянок активної грануляції, збільшення швидкості крайової епітелізації. Рани загоїлись у 100% пацієнтів. У 5% пацієнтів ЗТП не вплинула на перебіг ранового процесу.

**Ключові слова:** фактори росту, вогнепальні поранення, збагачена тромбоцитами плазма, грануляції, регенерація.

**Summary.** Sixty wounded casualties have been treated using platelet-rich plasma since October 2014 in Military Clinical Medical Center of the South region. Autologous PRP was applied twice a week. The results showed wound pain resolution, activation of wound bed granulation and marginal epithelization. 100% of wounds healed within 45 days on average. In 5% of

*cases the use of PRP did not influence wound process significantly. No complications were observed.*

**Key words:** *growth factors, ballistic wounds, platelet-rich plasma, granulation, epithelization.*

УДК 617-001.4-036.11-085.246.9

## **ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ДЕТОКСИКАЦІЇ У ВАЖКОПОРАНЕНИХ**

**С.І.Горобчук., Ю.Є.Скуратівський., В.С. Фесенко**

*Військово-медичний клінічний центр Західного регіону*

**Резюме.** *В статті розглянуто загальні принципи детоксикації у важкопоранених.*

**Ключові слова:** *детоксикація, важкопоранені.*

Загальні принципи детоксикації ґрунтуються на купуванні основних ланок патогенезу СЕІ. Провідне значення належить еферентних (спрямованим на виведення) методам корекції. Принципи активної детоксикації ґрунтуються на стимуляції і /або моделюванні фізіологічних процесів детоксикації. В основі біологічної детоксикації лежать три основних механізми (К. Я. Гуревич, А. Л. Костюченко, 1994):

Першим з них є біологічна трансформація токсичних субстанцій в печінці. Провідне значення в її реалізації має моноаміноксидазная система печінки, а в основі її функціонування лежать процеси окислення і дії БАВ-ферментів. Цей механізм моделюється такими операціями, як оксигенація крові, фотомодифікація крові, перфузія через ксенооргани, зрізи органів і клітинні суспензії.

Другим біологічним механізмом детоксикації є розведення і зв'язування токсичних субстанцій. *In vivo* це реалізується процесами аутогемоділюція і функціонування імунної системи, що розпізнає і зв'язує за допомогою сорбційних механізмів чужорідні речовини. Цей механізм моделюється комплексом сорбційних методик: гемо-і плазмосорбції, лімфо-, лікворосорбцію та ін.

Третім важливим механізмом детоксикації служить елімінація (видалення) токсичних субстанцій. Він забезпечується функціонуванням нирок, печінки, легенів, травного тракту, шкіри. Цей механізм моделюється при проведенні плазма-і цитофереза, гемодіалізу, гемо-та ультрафільтрації, обмінного переливання крові та ін.