

*Е.Е. Ачкасов<sup>1</sup>, Э.Н. Безуглов<sup>1</sup>, А.А. Ульянов<sup>1</sup>, В.К. Ан<sup>1</sup>, С.В. Штейнердт<sup>2</sup>*

**ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЦИТАРНЫХ  
ФАКТОРОВ РОСТА В ПРОКТОЛОГИИ**

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития РФ; <sup>1</sup>Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития РФ, [shirurg@mail.ru](mailto:shirurg@mail.ru)*

Согласно данным литературы одним из наиболее распространённых проктологических заболеваний является эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ), выявляемый у 3-6% населения, заболеваемость составляет 26 случаев на 100 000 человек. ЭКХ – врожденное заболевание, обусловленное дефектом развития каудального конца эмбриона, в результате которого под кожей межъягодичной складки остается ход, выстланный эпителием. Значительно чаще ЭКХ наблюдается у лиц молодого трудоспособного возраста, а после 40 лет встречается реже.

В работе поставили цель разработать методику лечения ЭКХ улучшающую результаты лечения и основанную на эффекте аутоплазмы обогащенной тромбоцитарными факторами роста стимулировать репаративные процессы в ране.

Обследованы 248 больных ЭКХ в 2009-2011 гг.. Средний возраст – 24,3±9,2 лет. Мужчин – 73,3%, женщин – 26,7%. Все 100% больных были с абсцессом ЭКХ, пациентов с местно-распространёнными гнойно-некротическими флегмонами в исследования не включали. Пациенты были разделены на 2 группы: «А» (136 пациентов) – оперативное лечение, «Б» (112 пациентов) – оперативное лечение с применением аутоплазмы обогащенной тромбоцитарными факторами роста, различий по половому, возрастному признакам не было, различий по размерам абсцессов не наблюдалось. В обеих группах выполняли идентичное одноэтапное хирургическое лечение с экономным иссечением ЭКХ и открытым ведением раны в послеоперационном периоде. В группе «Б» помимо операции на 4-е и 8-е сутки после выполненной оперативного вмешательства, производили инъекции обогащенной тромбоцитарными факторами роста аутоплазмы в стенки и дно раны, и накладывали на дно раны пленку, содержащую тромбоцитарные факторы роста. Операцию производили под внутривенным наркозом 151 (61%) как правило, у пациентов с диаметром абсцесса более 4 см. У остальных 97 (39%) пациентов с небольшими абсцессами до 4 см операции проводили под местной анестезией.

В 1-е сутки отмечено кровотечение из послеоперационной раны у 1 (0.4%) пациентов группы «А» и у 2 (0.8%) группы «Б», которое остановлено у всех больных прошиванием сосудов. У 5 пациентов: 4 (1,6%) «А» и 1 (0.4%) «Б» пациентов на 3-4 сутки после операции выявлены и вскрыты под местной анестезией ранее нераспознанные гнойные затёки. Общая частота послеоперационных осложнений – 3.2% (8). В обеих группах сроки стационарного лечения были одинаковы, у подавляющего числа больных 83,3% составили 4 дня. Остальные 17,7% пациентов провели в стационаре от 5 до 6 дней. Сроки полного заживления раны составили  $25,7 \pm 3$  дней в «А» группе,  $40,1 \pm 5$  дня в «Б» группе.

В 193 (77,8%) наблюдениях прослежены отдалённые результаты лечения в сроки 6-12 месяцев. Неудовлетворительные результаты у 3 (1,5%): 1 (0,5%) и 2 (1,0%) из групп «А» и «Б» соответственно, во всех случаях возник рецидив заболевания, связанный с неудалённым первичным отверстием ЭКХ или нераспознанным и невскрытым затёком во время операции.

Таким образом установили, что одноэтапное хирургическое лечение ЭКХ с открытым ведением раны является эффективным способом лечения, сопровождающимся минимальной частотой послеоперационных осложнений и редкими рецидивами заболевания, позволяющим сократить сроки стационарного лечения без ограничения социально-трудовой активности пациента в послеоперационном периоде. Применение аутоплазмы обогащенной тромбоцитарными факторами роста позволяет сократить на 30% срок до полного заживления раны, что позволяет рекомендовать этот метод к применению в проктологии.

*Е.Е. Ачкасов<sup>1</sup>, Ж.Г. Набиева<sup>1</sup>, В.И. Посудневский<sup>1</sup>, А.Г. Абдуллаев<sup>1</sup>,  
Ю.А. Гараев<sup>1</sup>, П.В. Мельников<sup>1</sup>, С.В.Штейнердт<sup>2</sup>*

#### **НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**

*<sup>1</sup>Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития РФ; <sup>2</sup>Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития РФ, [shirurg@mail.ru](mailto:shirurg@mail.ru)*

В настоящее время развитие проблемы лечения острого панкреатита (ОП) в нашей стране и за рубежом характеризуется переходом на позиции дифференцированного применения, как консервативных, так и оперативных методов лечения, в зависимости от формы заболевания. Эти два метода не исключают друг друга, а взаимно дополняют. Основной целью базисной