

до 45 лет, 140 (35%) больных старше 45 лет. Из них 284 (71%) женщин и 116 (29%) мужчин. Из них – 284 (33%) больных с папилломами, 112 (28%) с невусами, 84 (21%) с кератомами и прочие (дерматофибромы, кератопапилломы и др.) – 72 (18%). На лице опухоли локализовались у 92(23%) больных, на волосистой части головы у 28 (7%), на шее у 56 (14%), на спине у 104 (26%). На коже живота и грудной стенке – у 68 (17%), конечностей – у 32 (8%), в области промежности у 20 (5%) человек. Прооперировано 184 (46%) опухолей кожи с формой роста на ножке, 152 (38%) опухоли с поверхностной формой роста и 64 (16%) с узловой. По размеру исследовались опухоли до 0,5 см – 88 (22%); 0,6-1,0 см – 148 (37%); 1,1-1,5 см – 100 (25%) и более 1,5 см 64 (16%) опухоли. Диагноз у всех верифицирован до лечения цитологически, а после - гистологически. По способу лечения: иссечение опухоли выполнено 173 (43%) больным, электрокоагуляция 149 (37%) и криодеструкция 78 (20%) больным. Всем пациентам перед операцией взят посев с кожи на флору в области операции. У 100% больных выявлена сапрофитная микрофлора. В области естественных складок кожи бактериальный рост превышал эти показатели ~ на 40% по сравнению с другими анатомическими областями.

Результаты и обсуждение.

После иссечения опухолей сроки заживления ран 5-12 дней. Размеры опухоли, пол и возраст на заживление существенно не влияли. Раневые осложнения возникли у 21 (12%) больного. Диастаз краёв послеоперационной раны наблюдался у 8% больных, воспаление послеоперационной раны у 4%. Все больные с опухолями кожи на спине. Это объясняется толщиной кожи этой зоны и слабой васкуляризацией, а в области складок кожи - гипергидрозом и повышенной обсеменённостью кожи микрофлорой. Эти же больные дают основной процент раневых осложнений при криодеструкции и электрокоагуляции – 4 (13%) и 5 (11%) соответственно. Наиболее длительное заживление ран (до 15 дней) было при электрокоагуляции опухолей на широком основании, у 52 (80%) больных. Криодеструкция крупных опухолей (>1,0 см) требует несколько этапов воздействия и сроки заживления ран ~20 дней, - у 27 (72%) пациентов.

Выводы. Наиболее целесообразно выполнять иссечение крупных внутридермальных опухолей любой локализации ($d > 1,0$ см). Электрокоагуляция эффективна при опухолях на тонкой ножке (размером до 0,4 см). При широкой ножке опухоли улучшить косметический эффект можно наложением косметического шва. Криодеструкция оптимальна для лечения опухолей размером до 0,5 см и с поверхностной формой роста. В противном случае возрастает риск послеоперационных рецидивов, и удлиняются сроки заживления за счёт обширной зоны обморожения.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ

С ПИГМЕНТНЫМИ НЕВУСАМИ КОЖИ

Ю.В. Букина

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

E-mail автора: JuVfresh@ya.ru

Меланома кожи относится к разряду чрезвычайно злокачественных опухолей. С 2002 по 2007 гг. прирост абсолютного числа заболевших составил 17%. В связи с достаточно высокой заболеваемостью меланомой не теряет актуальности вопрос о предметной патологии кожи. В частности, о пигментных невусах, а также адекватной тактике при них. Определить риск перерождения пигментных невусов в меланому при визуальном осмотре сложно и, практически, невозможно. Достоверное перерождение невуса в меланому можно установить только при гистологическом исследовании. Гиподиагностика влечет за собой либо неадекватную тактику ведения пациентов со стороны врачей первого контакта, либо лечебное воздействие на опухоль в неадекватном объеме, которое может повлечь за собой диссеминацию процесса.

Цель исследования: уточнение клинических критериев, используемых в диагностике пигментных невусов и влияющих на выбор тактики.

Материалы и методы.

Материалом для исследования послужили истории болезни 168 пациентов, имеющих пигментные невусы кожи. Преобладали женщины – 64,3%. Больные обоих полов чаще имели патологию в возрасте старше 40 лет – 61,3%. Наиболее частой локализацией пигментных невусов было туловище – 41,1%. На коже головы и шеи они локализовались у 34,5%, на нижних конечностях – у 17,3%, на верхних конечностях – у 7,1% пациентов. Из анамнеза установлено, что у 32% больных пигментный невус был врожденным, а у 68% – приобретенным. Чаще максимальный размер невуса был до 1,0 см – 49,4%.

Результаты исследования.

Самым частым симптомом активизации пигментного невуса был рост. Этот признак наблюдался у 76,8% пациентов. 14 Изменение цвета образования было в 8,3% наблюдений; изменение контуров наблюдалось у 6%; изменение поверхности – у 4,8% больных. Неприятные ощущения в области невуса отметили 1,8% пациентов. В 2,4% не отмечено никаких признаков. Активизация пигментных невусов после воздействия солнечной инсоляции отмечена в 64,9% наблюдений; в результате хронической травмы – в 23,2%; в период полового созревания – в 10,7%. На основании анамнестических сведений о сроках развивающихся изменений установлено, что у 73,8% пациентов активизация наблюдалась в период от 3 до 12 месяцев. Все больные оперированы. При гистологическом исследовании отмечено преобладание внутридермальных невусов (50,8%). Признаки пролифе-

рации при любой гистологической форме установлены в 63,6%. С целью анализа тактики врача на догоспитальном этапе ретроспективно изучена группа из 58 больных меланомой, поступивших в стационар после амбулаторного иссечения опухоли кожи. По поводу появившихся признаков активизации больные обращались к хирургам поликлиник. Ни в одном наблюдении перед удалением не было выполнено цитологическое исследование и консультация онколога. Произведено удаление опухоли под местной анестезией. Только после планового гистологического исследования получено заключение о меланоме. Неправильная тактика врачей первого контакта привела к тому, что у 54,2% пациентов констатирована диссеминация процесса в первый год после удаления меланомы.

Выводы.

С целью профилактики меланомы кожи пигментные невусы кожи как врожденные, так и приобретенные рекомендуется профилактически удалять, при наличии даже одного из симптомов активизации. Операция должна быть выполнена в онкологическом учреждении.

ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ИШЕМИЧЕСКОГО И РЕПЕРФУЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

А.В. Ватазин, И.А. Василенко, Д.В. Артёмов, А.Б. Зулькарнаев, Р.О. Кантария, А.А. Синютин

Московский ОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Россия

Е-mail авторов: anatom555@yandex.ru

На сегодняшний день трансплантация почки является самым оптимальным методом лечения терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ТХПН). За последнее время число доноров остается относительно стабильным, тогда как число больных с ТХПН неуклонно растет. Все это привело к тому, что были расширены критерии потенциальных доноров. В этих условиях донорская почка подвергается агрессивному воздействию вследствие нарушений центральной гемодинамики, изменений органной микроциркуляции, метоболических нарушений. Все эти факторы способствуют развитию синдрома ишемии/реперфузии. Синдром ишемии/реперфузии (СИР) представляет собой патологический процесс, обусловленный проникновением в сосудистое русло реципиента продуктов ишемизации трансплантата при его заготовке и консервации, а также последующей неизбежной реперфузионной травмой. Основную роль в патогенезе синдрома ишемии/реперфузии, по нашему мнению, играют циркулирующие факторы – цитокины.

Цель исследования: изучить влияние селективной сорбции цитокинов на концентрацию цитокинов в крови у реципиентов почечного аллотрансплантата (ПАТ) в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы.

Обследовано 19 реципиентов с ПАТ. В 10 случаях были трансплантированы почки, изъятые у «асистолических» доноров, у 9 – у доноров с констатированной смертью мозга. Все почки не имели анатомических особенностей, операция проведена по стандартной методике. Среднее время холодовой ишемии составило $17 \pm 6,1$ часа. Были сформированы две группы: у больных первой группы проводились сеансы сорбции цитокинов, у группы 2 – нет. Исследовали концентрацию цитокинов в крови до, непосредственно после пуска в кровоток почки, через 6 часов, 12 часов и через 24 часа после процедуры. Для определения цитокинов применяли наборы реактивов для иммуноферментного анализа производства ООО «ЦИТОКИН», Санкт-Петербург. Плазмофильтрацию с сорбцией цитокинов проводили на аппарате Lynda (Bellco) с плазмофильтрам и сорбентом «Mediasorb-Selecta». Проведено по 2 процедуры, длительностью 8-10 часов с интервалом в сутки.

Результаты и обсуждение.

У больных обеих групп был зафиксирован всплеск концентрации цитокинов после пуска почки в кровоток, пик которого в основном, приходился на 4-6 часов после возобновления кровотока в почке. После сорбции цитокинов концентрация их снижалась на 24-65%. У больных 1 группы было отмечено более выраженное снижение азотемии, чем во 2 группе и большая частота первичной функции трансплантата. Даже при необходимости гемодиализа в раннем послеоперационном периоде суточный диурез в первой группе был значительно больше. Однако это наблюдалось, когда сорбция цитокинов проводилась не позднее 3-4 часов после возобновления кровотока в почке.

Выводы.

При реперфузионном и ишемическом повреждении почки наблюдается выраженная гиперцитокинемия. Селективная сорбция цитокинов эффективно снижает концентрацию циркулирующих цитокинов. Данный экстракорпоральный метод гемокоррекции, обладает наибольшим клиническим эффектом при наиболее раннем его применении.

РЕАБИЛИТАЦИЯ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ В Г. САРАТОВЕ И ОБЛАСТИ

Г.М. Евдокимов, Г.А. Блувштейн, К.С. Яйлаханян, И.Н. Сидоров., Г.М. Евдокимов.

Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского, Россия

Е-mail авторов: germogenm@mail.ru