

периоде 9 (4,8%) больных были оперированы повторно по поводу ретромбоза, с положительным результатом. Ампутации нижних конечностей выполнены в 5 (2,7%) случаях. Летальных исходов в стационаре не было.

Выводы. 1. Больные с ОАИ конечностей должны быть оперированы в кратчайшие сроки от момента заболевания, что улучшает прогноз больного. 2. Больные с ОАИ конечностей на фоне ОАСНК должны быть оперированы с использованием реконструктивно-восстановительной хирургии. 3. Если выполнить операцию не представляется возможным (ввиду давности заболевания), имеет смысл рассмотреть тромболитическую терапию как альтернативу оперативному вмешательству.

ПРИМЕНЕНИЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРА ИМУНОФАН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЕНОЗНЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ

МАТВЕЕВ Д.В.⁴, МИХАЙЛЯНЦ Г.С.^{4,2}, ТУТЕЛЬЯН А.В.⁵, АБДУВОСИДОВ Х.А.^{1,2}, ЧЕКМАРЕВА И.А.³

¹ МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

² Московский клинический научно-практический центр им. А.С. Логинова, Москва

³ НИМЦ хирургии им. А.В. Вишневого, Москва

⁴ ФГБОУ ДПО РМАНПО, Москва

⁵ Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора
gm5285595@gmail.com

Цель исследования. Улучшить результаты лечения венозных трофических язв у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. Нами обследовано 74 больных в возрасте от 60 до 88 лет, страдающих ХВН, осложненной трофическими язвами нижних конечностей. Всем пациентам в течение первых семи дней пребывания в стационаре наряду с традиционным лечением назначали местно антисептический препарат Пронтосан. В последующем до выписки применяли липосомально-антиоксидантный комплекс Фламена. Основную группу составили 39 пациентов, которым применяли иммунокоррекцию препаратом Имунофан. Контрольная группа представлена 35 больными, которым иммунокоррекцию не проводили. Больные этой группы получали традиционное лечение, включающее: антибиотики по показаниям, сердечные препараты, средства, улучшающие реологические свойства крови, флеботоники и др.

Все больные в стационаре обследованы. Оценивалось: общее состояние больного, особенности клинического течения заболевания, местные изменения в зоне трофических расстройств, учитывались данные инструментальных и лабораторных исследований. Проанализированы результаты исследований биопсийного материала (краев трофических язв), включающих гистологические и электронно-микроскопические методы.

Результаты. Контроль за показателями проводимого лечения проводился в сроки с 1 дня поступления в стационар на 7 и 15 сутки от начала лечения. До лечения у большинства обследованных больных выявлен болевой

и отечный синдром. Средняя площадь трофических язв составила $14,8 \pm 3,9$ см². В большинстве случаев отмечены выраженные явления липодерматосклероза, активного дерматита и экземы вокруг язв. Дно язв было покрыто налетом фибрина, с участками вялой грануляционной ткани. Морфологические исследования позволили выявить изменения структуры тканей в зоне трофических язв: утолщение стенки капилляров, сужение их просвета за счет набухания эндотелиоцитов, наличие вокруг капилляров разрастания фиброзной ткани. Отмечено также снижение количества и активности иммунокомпетентных клеток; большое количество фибробластов с высокой функциональной активностью; нарушение межклеточных взаимодействий — отсутствие макрофагально-фибробластических контактов и наличие лейкоцитарно-фибробластических контактов.

В результате лечения отмечена ранняя положительная динамика у большинства (34 из 39 больных (87,2%) основной группы в отличие от пациентов (у 20 из 35 пациентов (57,1%) контрольной группы. Это проявлялось уменьшением болевого и отекающего синдрома, уменьшением признаков дерматита и экземы. У больных основной группы со стороны трофических язв отмечено раннее очищение от фибрина, появление новой грануляционной ткани и активной эпителизации по краям ран, за счет чего отмечалось уменьшение площади язв. У большинства (33 из 39) пациентов основной группы, в отличие от больных контрольной группы (у 19 из 34) при морфологическом исследовании уже на 7-е сутки появляется небольшое количество функционально активных иммунокомпетентных клеток. Увеличиваются макрофагально-фибробластические контакты, определяющие эффективный репаративный гистогенез, активизируется фибробластическая реакция — увеличивается число активно синтезирующих и секретирующих коллаген фибробластов. На 15-е сутки в биоптате краев ран отмечено уменьшение количества сосудов и истончение их стенки, замещение части грануляций молодой фиброзной тканью. На фоне нормализации микроциркуляторного русла происходило уменьшение гипоксии и активация репаративных процессов в ране.

Выводы. В комплексное лечение больных венозными трофическими язвами в пожилом и старческом возрасте должно быть включена иммуностимулирующая терапия, которая способствует более раннему положительному эффекту.

ПРИМЕНЕНИЕ КОСОГО ПОПЕРЕЧНОГО ДОСТУПА В ХИРУРГИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ

МИХАЙЛОВ И.П., ЛЕМЕНЕВ В.Л., КУНГУРЦЕВ Е.В., АРУСТАМЯН В.А.
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва
arust.vlad@gmail.com

Цель исследования: оценка уровня осложнений и качества жизни в послеоперационном периоде у пациентов после использования косого поперечного доступа к бифуркации общей сонной артерии.