Абдуллин Б. Л., Базина У. А., 323Л
Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. **Стяжкина С. Н.**
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии

КОМПЛЕКСНАЯ ИММУНОТЕРАПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВ 3 СТЕПЕНИ

Введение. Лечение ожоговых пациентов – сложная медицинская и экономическая проблема. Доля септических поражений тканей остается высокой (до 43%). Имеется высокий риск лизиса аутодермотрансплантата под действием медиаторов воспаления. Актуальным является использование иммуномодуляторов с целью нормализации иммунного фона в очаге ожога и активации пролиферативных процессов.

Цель исследования: оценка влияния иммуномодуляторов на процессы заживления ожогов

Материалы и методы. Исследование выполнено на кафедре факультетской хирургии ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России на базе ожогового отделения БУЗ УР «Первая Республиканская клиническая больница МЗ УР» в 2017–2021 гг. Было обследовано 126 человек (62,7% мужчин; 37,3% женщин) с площадью ожогов до 10% от всей поверхности тела. Производилась оценка частоты лизиса аутодермотрансплантатов, периода восстановления, гистологических исследований тканей, иммунных сдвигов в плазме крови. Ронколейкин® в дозе 250000–500000 ед. вводился локально в подкожную клетчатку ожоговой поверхности. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я основная группа (получали курс иммуномодулятора), 2-я контрольная группа.

Результаты и обсуждение. В 1-й группе эпитализация всей ожоговой поверхности за одну процедуру иммуномодулятора была достигнута у 63 (100%) пациентов, во 2-й группе – у 45 (71,9%) пациентов. После введения Ронколейкина® повторных операций, связанных с отторжением кожных аутотрансплантатов не было. Было отмечено, что у данных пациентов оперативное лечение с момента получения ожоговой травмы начиналось на 7–8 дней раньше (по сравнению с контрольной группой, p=0,026, результаты достоверны). У 1 группы в среднем срок восстановления кожного покрова после введения иммуностимулятора уменьшался на 4 суток (p=0,028), а период стационарного лечения – на 8 суток (p=0,026). Частота лизиса аутодермотрансплантатов уменьшиласть на 11,5%. При гистологическом исследовании тканей у 1-й группы наблюдалась обильная лимфоцитарная инфильтрация, активный ангиогенез с преобладанием сосудов капиллярного типа, обильно образовывались волокна соединительной ткани. У пациентов контрольной группы в биоптате отмечались детритные очаги, вызывающие острую воспалительную реакцию. Полная эпитализация ожогового очага у пациентов опытной группы занимала на 9 дней раньше, чем у контрольной, и составляла 29,7±10,1 день.

Выводы. Применение Ронколейкина® в качестве иммунотерапии в процессе лечения пациентов с ожогами 3 степени способствует увеличению приживаемости кожных трансплантатов, сокращению повторных хирургических вмешательств и периода реабилитации, уменьшению длительности процессов регенерации поврежденных тканей. Полученные результаты имеют большое значение в последующей терапии и реабилитации пациентов с глубокими и обширными ожогами.

Абдуллин Б. Л., Базина У. А., 323Л, Жуковская А. К., Гареева Р. Э., 302Л
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. **Михайлов А. Ю.**
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России
Кафедра общей хирургии

ФОТОПЛЕТИЗМОГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ФАКТОРА ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Введение. Одним из грозных осложнений сахарного диабета является синдром диабетической стопы (СДС). В формировании СДС основными этиологичексими факторами являются нейро- и ангиопатия. Для оптимизации лечебной программы необходимо объективизировать выраженность звеньев патологического процесса в формировании СДС.

Цель исследования: оценка превалирующего этиопатогенетического фактора в формировании СДС с помощью фотоплетизмографии.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе отделения гнойной хирургии БУЗ ГКБ № 6 МЗ УР, в исследование было включено 20 пациентов с нейро-ишемической формой СДС, 14 здоровых людей. Оценивались данные Мичиганского скринингового теста (М), шкалы *Wagner* (*W*), плечелодыжечного индекса – ЛПИ, сатурации тканей стоп (*S*). Осциллографом оценивалась пульсовая активность, оптическая плотность тканей стопы с помощью метода фотоплетизмографии с построением реовазограммы.

Результаты и обсуждение. У здорового человека разница между пиками амплитуд (А) 1,3±0,6. Пиковое значение А сигнала кровотока сосудов (*V*р-р) в норме в пределах 100–120*m*. Среднее значение общей А (*Veff*) – в пределах 20–35*m*.

Особую роль в оценке СДС играет ЛПИ. Его показатель резко снижается при ишемии до 0,31–0,65 при *N*=0,9–1,3. При преобладании нейропатии в формировании СДС индекс снижен незначительно, составляет 0,7–0,87.

Преобладание нейропатии при СДС: незначительное снижение ЛПИ; в норме или минимально снижены *V*р-р (101–129*m*) и *Veff* (20–34*m*); высокие показатели по М (до 9б) и *W* (до 4 ст). На ревазограмме – нестабильность графика, широкий разброс амплитуд. Несмотря на высокую А сигнала кровотока сосудов, имеются зоны некроза.

Преобладание ишемии при СДС: низкий ЛПИ менее 0,5; сниженные *V*р-р (39–58*m*) и *Veff* (6–16*m*). На ревазограмме график сглажен, отсутствие колебаний и разности амплитуд.

На основании разницы между пиками А (ΔA), количества волн на участке в 10 ед. графика (Т) и *S* была выведена формула для СДС с нейропатией ŋ=ΔAxT/*S*,