

## Комплексное лечение пациента с нейротрофической язвой пяточной области правой стопы с применением коллагеновой мембраны «КОЛЛОСТ»

Д.В. ТЕРСКОВ, Д.В. ЧЕРДАНЦЕВ, В.Ю. ДЯТЛОВ

### The use of collagen membrane Kollost in the complex treatment of neurotrophic ulcer of the right calcaneus

D.V. TERSKOV, D.V. TCHERDANTSEV, V.YU. DYATLOV

Краевая клиническая больница, КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск

Больной А., 50 лет, обратился с жалобами на наличие длительно не заживающего (в течение года) язвенного дефекта в пяточной области правой стопы.

**Диагноз:** остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника L<sub>4</sub>-S<sub>1</sub> III—IV стадии по Осно. Грыжа диска L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> с рецидивирующим корешковым синдромом S<sub>1</sub>. Узел Шморля L<sub>3</sub>. Трофическая язва подошвенной поверхности пяточной области правой стопы, сахарный диабет 2-го типа.

**Из анамнеза заболевания:** страдает остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника в течение последних 5 лет. Диагноз подтвержден серией компьютерных томограмм, выполненных в спиральном режиме. Высота тел видимых позвонков сохранена. Краниальная замыкательная пластинка тела L<sub>4</sub> вдавлена узлом Шморля. Высота межпозвонковых дисков L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub>, L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> снижена с сохранением структуры. На уровне L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> на фоне диффузной протрузии определяется правосторонняя парамедианная грыжа диска до 5 мм с признаками компрессии корешка S<sub>1</sub> справа. Задняя продольная связка на этом уровне сохранена. Межпозвонковые отверстия на уровне L<sub>4</sub>,<sub>5</sub>, L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> сужены. Сахарный диабет был выявлен впервые 6 мес назад.

Год назад у больного на фоне обострения остеохондроза с корешковым синдромом появились нарушения чувствительности и трофические расстройства правой нижней конечности, на фоне которых после потертости обувью появился выраженный подошвенный гиперкератоз. После удаления пораженного гиперкератозом участка подошвенной поверхности пяточной области справа открылась трофическая язва. Лечение у хирурга в амбулаторном порядке и перевязки, которые выполнялись самостоятельно, не дали эффекта. 6 мес назад был эпизод вторичного инфицирования язвы с образованием гнойных затеков в пяточной области. Производились вскрытие и дренирование затеков в хирургическом стационаре с последующим купированием гнойно-воспалительного процесса.

**Локальный статус:** при первичном обращении в пяточной области правой стопы на подошвенной поверхности имеется хроническая рана округлой формы размером 4,0×4,0 см, глубиной 1,5 см, на дне раны наложения фибрина, грануляций нет, имеется выраженный перифокальный гиперкератоз (рис. 1).

**Лечение:** амбулаторное, во время первой перевязки произведена хирургическая обработка язвенного дефекта, удален налет фибрина и участок, пораженный перифокальным гиперкератозом. С целью функциональной разгрузки правой стопы и создания оптимальных для заживления раны условий больному наложен съёмный вариант индивидуальной разгрузочной повязки Contact

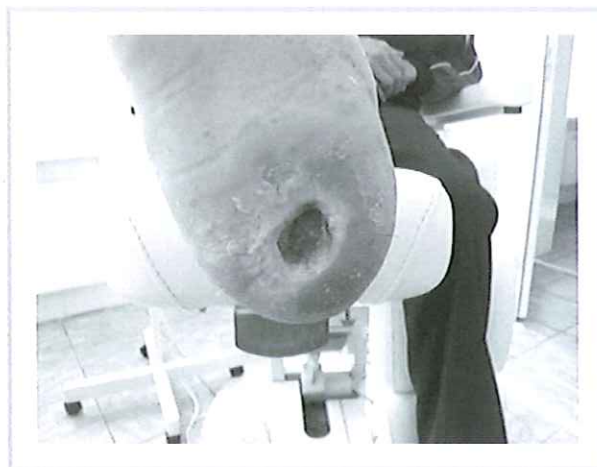


Рис. 1. Трофическая язва пяточной области правой стопы при первичном обследовании.



Рис. 2. Вид наложенной индивидуальной разгрузочной повязки Contact Cast.

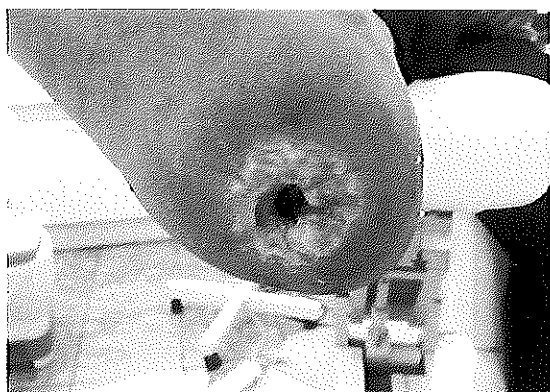


Рис. 3. Язва правой стопы через 35 дней.



Рис. 4. Полное заживление трофической язвы пяточной области через 65 дней.

Cast из полимерных материалов компании 3М (рис. 2). Больной снимал повязку на ночь и при перевязках, фиксация повязки производилась эластичным бинтом. После очищения раны и появления грануляционной ткани через 10 дней был применен материал «КОЛЛОСТ».

Мембрана «КОЛЛОСТ» размером 50×60×1,5 мм производства «БиоФАРМХОЛДИНГ» была имплантирована в рану. Согласно инструкции компании-производителя с предварительным погружением мембраны в раствор натрия хлорида на 15 мин. В дополнительной фиксации швами мембрана не нуждалась в связи с особенностями конфигурации трофической язвы. Коллагеновый материал выкраивали по размеру и форме язвы и укладывали на дно. Для создания в ране оптимальной влажной среды в качестве вторичной повязки использовали гидрогелевую повязку «Гидросорб», выкросненную размером несколько больше, чем размер язвы, с фиксацией материалом

«Омнификс». Перевязки производили 1 раз в неделю. В течение 1 нед после имплантации мембраны «КОЛЛОСТ» наблюдалась четкая положительная динамика с уменьшением как глубины язвы, так и общих размеров за счет разрастания грануляционной ткани и активизации краевой эпителизации. Мембрана «КОЛЛОСТ» за данный промежуток времени подвергалась рассасыванию, активируя репаративные процессы в ране. Размер трофической раны через 35 дней уменьшился в 2 раза (рис. 3), полное заживление язвенного дефекта достигнуто через 65 дней (рис. 4).

Таким образом, использование коллагеновой мембраны «КОЛЛОСТ», в сочетании с функциональной разгрузкой конечности при помощи индивидуальной разгрузочной повязки Contact Cast, является эффективным методом в комплексном лечении пациентов с нейротрофическими язвами подошвенной поверхности стоп.