

ненности МС и его частных критериев, связаны с некоторым усложнением «стандартных» формул. В то же время статистическая проверка гипотез (например, выявление влияния курения или алкоголя на распространенность МС) требует использования существенно более сложных алгоритмов и может выполняться только с использованием современных статистических пакетов.

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ ПОВЯЗОК ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Корейба К. А., Демьянов С. Л., Усманов М. А.*

*Кафедра общей хирургии ГОУ ВПО Казанского ГМУ, МУЗ ГКБ №5 г. Казань,  
Городской центр «Диабетическая стопа» г. Казань*

**Цель.** Изучение эффективности применения современных интерактивных перевязочных средств в комплексном лечении больных с синдромом диабетической стопы при наличии трофических язв.

Клинический материал представлен 34 больными. Средний возраст  $56,4 \pm 15,6$  (мужчин — 12, женщин — 22). Язвенные дефекты располагались на подошвенной поверхности стопы, межпальцевых промежутках, нижней трети голени. Общая площадь язвенного дефекта в среднем  $38,5 \pm 26,3$  см<sup>2</sup>. Повязки применяли в 1-й и 2-й фазе раневого процесса. Контроль над течением раневого процесса осуществляли с учетом общих и местных клинических проявлений.

В качестве воздействия на местную компоненту у пациентов применяли интерактивные повязки «ТендерВет 24» в 1-ю фазу раневого процесса и повязки «Сорбалгон» в сочетании с «Атрауман Аг», а затем при купировании экссудации «Бранолинд-Н» — во 2-ю и 3-ю фазы. Перевязки проводились в среднем 1 раз в 3–5 дней, частота регламентировалась в зависимости от количества, отделяемого из раны. Краевая эпителизация начиналась на  $10,3 \pm 2,8$  сут. К  $15,4 \pm 4,7$  суткам происходило сокращение площади язвенного дефекта до  $26,5 \pm 12,7$  см<sup>2</sup>.

### **Выводы.**

1. Добились более раннего очищения дефекта мягких тканей.
2. Не прибегали к этапным некрэктомиям.
3. Сократились общие материальные расходы на лечение.

## ПРЕПАРАТЫ КОЛЛАГЕНА 1-го ТИПА В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

*Корейба К. А., Демьянов С. Л.*

*Кафедра общей хирургии ГОУ ВПО Казанского ГМУ, МУЗ ГКБ №5 г. Казань,  
Городской центр «Диабетическая стопа» г. Казань*

**Цель.** Внедрение в клиническую практику новых научных разработок путем применения биопластических материалов.

**Материалы и методы.** С 2009 года мы, в нашей клинике начали применять препарат «Коллост», как компонент местного лечения язв при синдроме диабетической стопы. Данный препарат представляет собой коллаген 1-го типа, изготовленный из кожи крупного рогатого скота. Клинический материал представлен 36 больными в возрасте от 48 до 74 лет (мужчин — 20, женщин — 16), с локализацией язв на подошвенной поверхности стоп и нижней трети голени.

После обезболивания, проводим тщательный кюретаж дна, стенок и краев дефекта тканей в области трофической язвы, удаляя девитализированные ткани. Затем производим аппликацию препарата «Коллост» в одной из его разновидностей (мембрана, порошок, жгут, шарики) или комбинируем их. Закрываем рану перевязочным материалом с одним из антисептиков. Обработанную поверхность с наложенным препаратом «не беспокоим» 5–7 дней, меняя лишь верхние слои перевязочного материала ежедневно. Уже через 14–20 дней мы имели гранулирующие раны без признаков воспаления или отторжения пластического материала. Заживление в дальнейшем происходит путем образования собственных грануляционных тканей.

### **Выводы.**

1. Используя препарат «Коллост», мы в нашей практике значительно сократили пребывание больного на койке.
2. Оптимизировали процесс заживления трофическо-язвенного дефекта не прибегая к аутодермопластике.
3. Сократили материальные расходы на лечение.
4. Улучшили психо-эмоциональное состояние самих пациентов.