

иссечения грануляционной ткани у пациентов с СД: наличие в ране МЗГ с признаками патологических изменений (рубцевание, атрофия), в биоптатах которых по результатам гистологического исследования определяются умеренные и выраженные нарушения пролиферации; присутствие в ране плотного струпа, спаянного с подлежащими тканями.

2. Результаты пластического закрытия ран доказали наиболее высокую (89,5%; 92,0%) эффективность хирургического иссечения патологически измененной грануляционной ткани в комплексном лечении ХР у пациентов с СД на этапе предоперационной подготовки.

3. Использование изолированных вариантов лечения – ультразвуковая обработка и вакуум-терапия, либо только хирургическая обработка раны – показывало неудовлетворительные результаты: 80,0%, 43,5% успешных исходов АДП, соответственно.

4. У пациентов с СД, раны которых имели клинические (КЗГ), гистологические (умеренная и высокая активность воспаления) и микробиологические (положительные результаты посева) признаки активной воспалительной реакции, этапное применение только аппаратных методик лечения приводило к деконтаминации ран от грибов рода *Candida*, а также обеспечивало 92,2% результативность пластического закрытия.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КОЛЛОСТ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Ставчиков Е. Л., Зиновкин И. В., Росинская М. Н., Махнач А. Е.

УЗ "Могилёвская областная больница", г. Могилёв, Республика Беларусь

Введение. В Республике Беларусь, согласно статистическим данным, зарегистрировано 303 322 пациента с сахарным диабетом (65% женского пола), из них 18 550 страдают диабетом 1 типа, включая 2 095 детей. За последние 20 лет отмечается рост числа пациентов с сахарным диабетом в 2,8 раза, при этом

первичная заболеваемость с 1995 по 2016 г. выросла в 4,4 раза. В разных своих клинических вариантах синдром диабетической стопы встречается у 30-80% пациентов, страдающих сахарным диабетом, а его гнойно-некротические формы, к которым относят трофические язвы, некрозы мягких тканей по типу сухой гангрены, остеомиелит костей стопы, а также флегмоны стопы, наблюдаются в 10% случаев. Синдром диабетической стопы является одним из самых тяжелых осложнений заболевания как с медико-социальной, так и с экономической точки зрения, что обусловлено высокой частотой ампутаций нижних конечностей, высоким уровнем послеампутационной летальности, инвалидацией, значительным понижением качества жизни не только самих пациентов, но и их ближайшего окружения.

Цель: Целью нашего исследования было улучшение результатов лечения раневого процесса при синдроме диабетической стопы.

Материал и методы. В аспекте заживления ран важными факторами – эпителизация раны и сокращение раневой поверхности. Принципиально важным в лечении хронических ран является общее лечение. К общему лечению мы относим восстановление проходимости сосудистого русла и улучшение условий микроциркуляции, профилактику и купирование полинейропатий, а при присоединении инфекционного процесса – проведение адекватной антибактериальной терапии согласно чувствительности микроорганизмов. Анализируя патогенетические механизмы образования раневого дефекта мягких тканей нижних конечностей, становится понятным, что при синдроме диабетической стопы нарушается взаимоотношение белковых фракций (дезорганизация коллагена), имеющее огромное значение в течении репаративно-пролиферативной фазы раневого процесса. Нарушается физиологическое течение раневого процесса, происходит хронизация язвенного дефекта вследствие нарушения синтеза факторов роста, изменения процессов аккумуляции коллагена, дезорганизации миграции и пролиферации фибробластов. В плане очищения раневого дефекта мы применяли раневые покрытия и повязки, терапию отрицательным давлением (ВАК

терапия), при необходимости выполнялось оперативное лечение – вскрытие очагов гнойного воспаления или хирургическая некрэктомия. После очищения раневой поверхности проводили имплантацию биопластического материала в ткани. С этой целью мы применяли мембранные Коллост – стерильный биопластический коллагеновый материал нового поколения с полностью сохранённой нативной структурой, обеспечивающий регенерацию пораженных тканей. В составе препарата используется коллаген I типа, полученный из кожи крупного рогатого скота, который наиболее близок по биологическому составу и структуре к человеческому коллагену. Коллост обеспечивает область коррекции специфическим коллагеновым ресурсом, вовлеченным в заживление раны. Когда имплант связывается с раной, фибробласты, кровеносные и лимфатические сосуды, нервные волокна из окружающей здоровой ткани, внедряясь в коллагеновую решетку, распространяются строго по ней. В процессе заживления биоматериал направленно замещается собственной соединительной тканью, исключается беспорядочный рост грануляционной ткани как ответной реакции организма на скорейшее закрытие раны. После имплантации мембран «Коллост» для создания оптимальной физиологичной среды в раневом дефекте раневая поверхность была закрыта современным гидроколлоидным перевязочным материалом либо повязкой с раствором хлоргекседина биглюконата. Продолжительность пребывания пациентов в круглосуточном стационаре зависела от характера течения раневого процесса. Оценку эффективности лечения проводили на основании визуального осмотра ран, ускорения сроков очищения ран, появления грануляционной ткани, уменьшения площади раневого дефекта, появления краевой эпителизации и сроков нахождения пациентов в стационаре (койко-день).

Результаты и обсуждение. Для закрытия раневого дефекта мы применяли мембранные Коллост, который был использован у 12 пациентов (10 женщин, 2 мужчин) с разной формой синдрома диабетической стопы. Проведён анализ основных показателей течения раневого процесса у пациентов с синдромом

диабетической стопы в группе пациентов, пролеченных традиционным методом (группа сравнения) и в группе, где на фоне комплексной терапии применяли биопластический материал Коллост (основная группа). Применение Коллоста в основной группе способствовало быстрейшему появлению грануляций – в 1,3 раза, уменьшению площади раневого дефекта и появлению краевой эпителилизации – в 1,3 раза, снижения сроков пребывания пациента в стационаре – в 1,4 раза.

Выводы. Лечение препаратом «Коллост» показало преимущества перед другими методиками. Простота использования, уменьшение сроков заживления ран, уменьшение числа перевязок, уменьшение площади и заживление трофических язв, сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре, снижение повторных обращений в специализированные хирургические стационары пациентов с синдромом диабетической стопы, что в конечном итоге отражается на экономической целесообразности данной методики лечения.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОЛИФЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ РАСТВОРИМЫМИ ФАКТОРАМИ ТРОМБОЦИТОВ, ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ОТНОШЕНИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ЧЕЛОВЕКА

Троянов А. А.¹, Кондратенко Г. Г.¹, Потапнев М. П.¹,
Арабей А. А.¹ Колесникова Т. С.¹, Ходосовская Е. В.¹,
Храпов И. М.², Журов С. М.²

1УО «Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь

2УЗ «10-я городская клиническая больница»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. В Республике Беларусь сахарным диабетом (СД) страдает около 3% населения. Число пациентов с СД за последние 15 лет удвоилось, и на начало 2017 г., по данным официальной статистики, достигло уровня 295000 человек. Для