



**КОРЕЙБА К.А., ФАТИХОВ И.Р., ДЕМЬЯНОВ С.Л., УСМАНОВ М.А.,
РЫЖОВА Е.Ф., НИЗАМОВ Р.А.**

Казанский государственный медицинский университет
Городская клиническая больница № 5

616.5:687.55

Применение биопластического коллагенового материала «Коллост» у больных с инфекцией кожи и мягких тканей в послеоперационном периоде

Корейба Константин Александрович

кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии
420095, г. Казань, ул. Ш. Усманова, д. 33, кв. 51, тел. (843) 278-95-33

В настоящее время отмечается увеличение количества больных с инфекциями кожи и мягких тканей. Остро стоит вопрос о закрытии дефектов тканей после ликвидации острого периода воспаления. Применение аутодермопластики свободным расщепленным кожным лоскутом не всегда приводит к положительному результату закрытия первичного дефекта и влечет за собой появление еще одной раны кожных покровов. Предлагается методика, позволяющая избежать этих недостатков.

Ключевые слова: инфекции кожи и мягких тканей, лечение, коллост.

**KOREYBA K.A., FATIHOV I.R., DEMYANOV S.L., USMANOV M.A.,
RYZHOVA E.F., NIZAMOV R.A.**

Kazan State Medical University
Municipal Clinical Hospital № 5, Kazan

The use of bioplastic collagen material Collost in patients with infection of skin and soft tissues in the postoperative period

Currently, there is an increase in the number of patients with infections of the skin and soft tissue. There is a question of closing tissue defects after the elimination period of acute inflammation. Application auto skin grafting free split-skin graft does not always lead to a positive outcome of primary closure of the defect and to the appearance of one more wound skin. The technique that avoids these drawbacks is proposed.

Keywords: infections of skin and soft tissue, treatment, Collost.

Рисунок 1.
Послеоперационная рана после кюретажа
раневой поверхности



Рисунок 2.
Введение геля «Коллост»

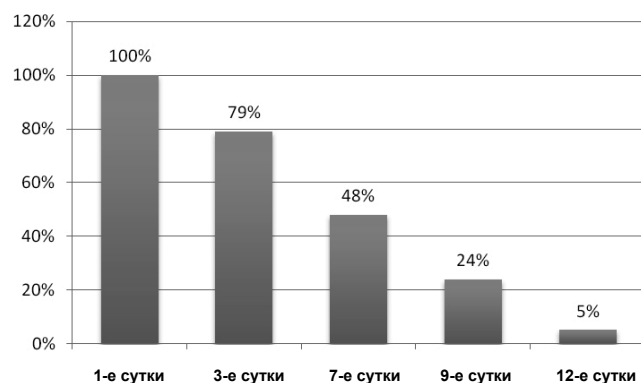


Хирургические инфекции кожи и мягких тканей (ИКМТ) — наиболее частая причина обращения больных в хирургический стационар или поликлинику. Но, несмотря на это, до настоящего времени ИКМТ остаются той областью хирургии, на которую обращается мало внимания хирургами как поликлинического, так и стационарного звена — к ним относятся как к сравнительно легким инфекциям [1, 2, 6]. Доля заболеваний, связанных с хирургическими инфекциями кожи и мягких тканей в структуре первичной обращаемости к общему хирургу, достигает 70% [3, 4]. Примерно 51,8% коечного фонда хирургических стационаров России, по данным Минздрава РФ (2000), составляют гнойные отделения, более 40% хирургических больных составляют пациенты с гнойными осложнениями.

Рисунок 3.
Вид зажившего раневого дефекта



Рисунок 4.
Изменение площади раневого дефекта по дням



Проблема эффективного воздействия на местную компоненту раневого процесса и по настоящее время остается нерешенной, несмотря на появление разнообразных препаратов, методик и их широкое внедрение в клиническую практику. В выборе адекватного лечения важную роль играет знание анатомии мягких тканей, уровень и глубина локализации дефекта.

Существенную помощь в выборе тактики лечения оказывает классификация инфекций кожи и мягких тканей. Мы с недавнего времени в своей практической деятельности придерживаемся классификации Ahrenholz D.H., 1991 [5]. В данной классификации выделяют уровни поражения мягкотканых образований, а не вид и форму отделяемого при инфекционном процессе [1, 3, 4]:

- I — поражение собственно кожи;
- II — поражение подкожной клетчатки;
- III — поражение поверхностной фасции;
- IV — поражение мышц и глубоких фасциальных структур.

Наиболее часто встречающимися в практической работе являются заболевания, локализующиеся в пределах первого-второго уровней.

С 2009 года в нашей клинике с успехом начали применять коллагеновый материал «Коллост» для оптимизации закрытия раневых послеоперационных дефектов у больных с ИКМТ на фоне посимптомной терапии. Клинический материал представлен 32 пациентами. Из них 18 пациентов — мужчины, 14 — женщины. Возраст больных составлял от 24 до 68 лет.

Коллост представляет собой биопластический материал нового поколения. Это коллаген 1 типа, полученный из кожи крупного рогатого скота, обработанной таким образом, что эпидерма, жировая клетчатка и все дермальные клетки удалены без нарушения коллагеновой матрицы, создавая неиммунный, инертный материал (сертификат соответствия ГОСТ Р ИСО 10993 № РОСС RU.ИМ22.В00619 от 29.04.2008).

В раннем послеоперационном периоде после обезболивания по одной из общепринятых методик в зависимости от состояния пациента проводим тщательный кюретаж дна, стенок и краев дефекта тканей, удаляя девитализированные ткани. Затем производим аппликацию коллагенового материала в одной из его разновидностей (мембрана, порошок) или комбинируем их. При применении материала в виде мембраны фиксируем ее по краям дефекта узловыми швами, предварительно нанеся на саму мембрану перфорационные насечки, что позволяет увеличить площадь покрытия и обеспечивает отток отделяемого из послеоперационной раны. С целью фиксации мы используем атравматический нерассасывающийся шовный материал. При площади язвенного дефекта более чем 20 см² применяем введение в дно и стенки дефекта данного материала в виде 15%-ного геля. После этих манипуляций поверхность

закрываем перевязочным материалом с одним из антисептиков. Обработанную поверхность с наложенным препаратом не беспокоим 5-7 дней, поддерживая влажную среду, меняя лишь верхние слои перевязочного материала ежедневно.

Контроль над течением местного процесса осуществлялся визуально, учитывая вид дефекта и его площадь, а также активность грануляционного процесса.

Ни в одном случае применения материала не было отмечено осложнений и патологических реакций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бубнова Н.А., Шляпников С.А. Инфекции кожи и подкожной клетчатки. Хирургические инфекции / Рук. под ред. И.А. Ерюхина, Б.Р. Гельфанда, С.А. Шляпникова. — СПб, 2003. — С. 379-409.
2. Королев М.П., Спесивцев Ю.А., Толстой О.А. и др. Тактика лечения различных форм рожистого воспаления. Тезисы докладов науч.-практич. ежегодной конференции Ассоц. хирургов. — СПб, 2000. — С. 7-9.
3. Шляпников С.А., Насер Н.Р. Хирургические инфекции мягких тканей — проблема адекватной антибиотикотерапии // Антибиотики и химиотерапия, 2003. — Т. 48. — № 7. — С. 44-48.
4. Шляпников С.А. Хирургические инфекции мягких тканей — старая проблема в новом свете // Инфекции в хирургии, 2003. — Т. 1. — № 1 — С. 14-21.
5. Ahrenholz D.H. Necrotizing fasciitis and other infections. Intensive Care Medicine / 2nd ed. Rippe J.M., Irwin R.S., Alpert J.S., Fink M.P. eds. Boston, 1991; 1334.
6. Nichols R.S., Florman S. Clinical presentations of soft-tissue infections and surgical site infections. Clin. Infect. Dis., 2001; 33: Suppl 2: 84-93.

WWW.KZNMED.RU

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПОРТАЛ



- НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ, СПОРТА, КРАСОТЫ, ЗДОРОВЬЯ В КАЗАНИ
- КАТАЛОГ БОЛЬНИЦ, КЛИНИК, АПТЕК, ТРЕНАЖЕРНЫХ ЗАЛОВ, БАССЕЙНОВ
- ТЕМАТИЧЕСКИЕ СТАТЬИ
- ИНТЕРВЬЮ И ОБЗОРЫ
- СПЕЦПРЕДЛОЖЕНИЯ И СКИДКИ
- ВОПРОСЫ СПЕЦИАЛИСТУ
- БЭБИБУМ
- ВАКАНСИИ И РЕЗЮМЕ, ЧАСТНЫЕ ОБЪЯВЛЕНИЯ
- ТЕМАТИЧЕСКИЕ БЛОГИ
- ФОРУМ, РАССЫЛКИ, КОНКУРСЫ