

Отзыв на применение «Покрытия медицинского из пенополиуретана для закрытия ран и ожогов ПМП «Скинолакс».

В городской клинической больнице № 15 им. О.М. Филатова г. Москвы проведены медицинские испытания «Покрытия медицинского из пенополиуретана для закрытия ран и ожогов ПМП «Скинолакс».

Раневое покрытие «Скинолакс» было использовано при лечении больных в гнойном хирургическом отделении ГКБ № 15 им. О.М. Филатова г. Москвы после предварительного устного согласия пациентов. Жалоб и претензий со стороны пациентов не зарегистрировано.

Показаниями к использованию раневых покрытий «Скинолакс» являлись острые и хронические инфицированные раны различного происхождения со слабой и умеренной степенью экссудации. В исследование не включались пациенты с обильно экссудующими гнойно-некротическими и кровоточащими ранами, ранами с клиническими и лабораторными признаками синегнойной инфекции. Наложение повязки производилось согласно приложенной инструкции.

В исследование включено 27 больных, из них 17 пациентов с ранами после хирургической обработки флегмон и абсцессов различной локализации (бедро, предплечье и стопа), 4 пациента с инфицированными венозными язвами голени, 4 пациента с раневыми и язвенными дефектами при нейропатической форме синдрома диабетической стопы, 1 пациент с пролежнем области большого вертела, 1 пациент с пролежнем в области крестца.

Мужчины составили 74,1%, женщины – 25,9%. Возраст пациентов варьировал от 34 до 86 лет.

Площадь раневых и язвенных дефектов составила от 20 до 180 кв. см.

Примеры клинических случаев применения раневого покрытия «Скинолакс»

Больная Г., 86 лет была оперирована по поводу посттравматического абсцесса правой голени. На 3 сутки после операции у больной сохранялся перифокальный отек и гиперемия, инфильтрация тканей, умеренное серозное отделяемое из раны (рис. 1.1). Для более адекватного контроля экссудации больной применено раневое покрытие «Скинолакс» (рис. 1.2.). Через 2 суток произведена смена повязки. Отмечена положительная динамика в течении раневого процесса с резким уменьшением инфильтрации тканей, перифокального воспаления и количества отделяемого (рис. 1.3). С гранулирующей раной больная была выписана на амбулаторное лечение.

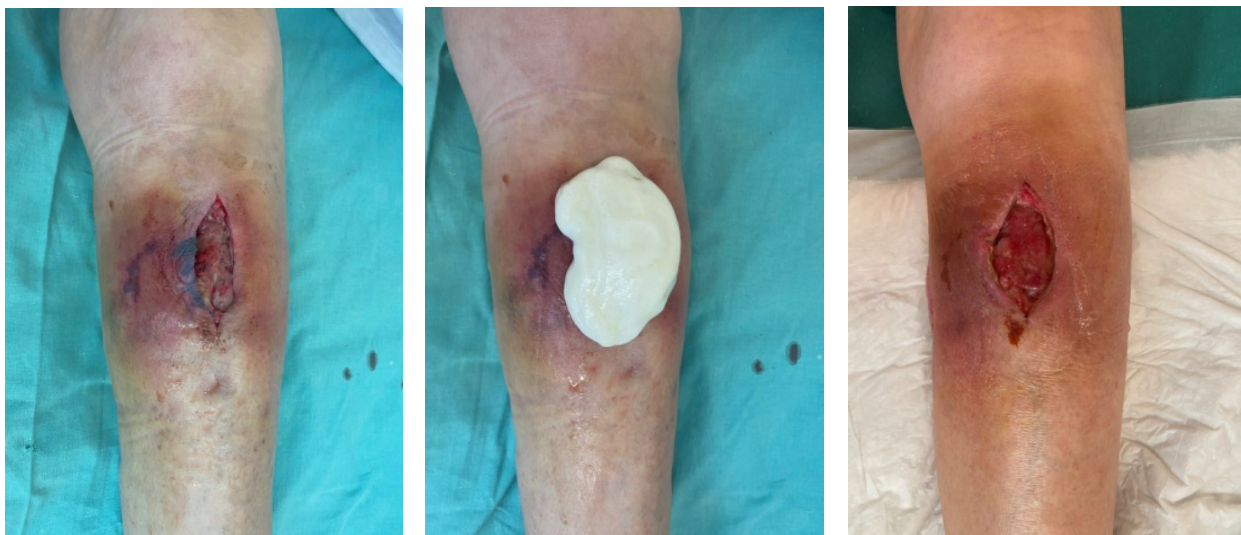


Рис. 1.1. Состояние раны до применения раневого покрытия «Скинолакс».

Рис. 1.2. Раневое покрытие «Скинолакс» на ране голени.

Рис. 1.3. Состояние раны через 2 суток после удаления раневого покрытия «Скинолакс».

Больной М., 64 лет длительно страдает ПТФС. Около 3-х мес. в области латеральной лодыжки правой голени имеется не заживающая язва. В последние дни увеличился отек в области язвы (рис. 2.1.), количество отделяемого, нарост болевой синдром, появилась гипертермия до 37,5 С. В комплексном лечении больного с венозной инфицированной язвой голени местно применено раневое покрытие «Скинолакс» (рис. 2.2). Через 2 суток после смены повязки отмечено, что перифокальные воспалительные изменения в области язвы уменьшились, язва незначительно сократилась в размерах (рис. 2.3), уменьшился болевой синдром, снизилась степень экссудации, что позволило в ранние сроки с улучшением выписать больного на амбулаторное лечение.



Рис. 2.1. Состояние венозной язвы голени до применения раневого покрытия «Скинолакс».

Рис. 2.2. Раневое покрытие «Скинолакс» на язве голени.

Рис. 2.3. Положительная динамика через 2 суток после удаления раневого покрытия «Скинолакс».

Больной Б., 56 лет в течение 3-х лет страдает рассеянным склерозом с развитием нижнего парапареза. В последние 4 месяца у больного появился пролежень в области крестца. Около 5 дней назад отмечено прогрессирование влажного некроза в области декубитальной язвы, появилась гипертермия до 38,6 С, зловонное отделяемое. Больному произведена хирургическая обработка гнойно-некротического очага. В связи с развитием контактного остеомиелита крестца была произведена тангенциальная остеонекрэктомия. Несмотря на адекватную хирургическую обработку и антибактериальную терапию, перевязки с р-ром бетадина, у больного в течение 5 дней после операции сохранялись явления системного воспалительного ответа. Рана была с очагами некрозов, очищалась вяло, отделяемое было серозно-гнойным, в большом количестве (рис. 3.1).

Решено в комплексном лечении больного применить в качестве местной терапии раневое покрытие «Скинолакс» (рис. 3.2). В течение 8 дней больному произведена 3- кратная смена повязки «Скинолакс». В результате лечения п/о рана декубитальной язвы очистилась от некрозов, костные ткани крестца покрылись грануляциями, перифокальное воспаление и системный воспалительный ответ полностью ликвидированы, отделяемое стало скудным, серозного характера (рис. 3.3). Таким образом, применение раневого покрытия «Скинолакс» позволило оптимизировать течение раневого процесса, сократить его 1 фазу за счет адекватной абсорбции раневого отделяемого и стимуляции более быстрого отторжения некрозов в результате поддержания влажной среды. С гранулирующей раной в области крестца больной выписан на амбулаторное лечение.



Рис. 3.1. Состояние декубитальной язвы крестца до применения раневого покрытия «Скинолакс».



Рис. 3.2. Раневое покрытие «Скинолакс» на раневом дефекте крестца.



Рис. 3.3. Гранулирующая рана крестца после 8 дней применения раневого покрытия «Скинолакс».

Больная М, 58 лет, прооперирована по поводу абсцесса левой подколенной ямки. На 3-ьи сутки рана с очагами фиксированных некрозов подкожной клетчатки, скудным серозным отделяемым, вокруг раны выраженная инфильтрация тканей, перифокальное воспаление, гипертермия до 37,4 С (рис. 4.1.). С целью оптимизации раневого процесса в комплексном лечении применено раневое покрытие «Скинолакс» (рис. 4.2). Через 2 суток после удаления повязки перифокальное воспаление и инфильтрация тканей полностью купированы, основная часть некрозов отторглась, появились грануляции (рис. 4.3), гипертермии не было. С улучшением больная на 5-ые сутки лечения выписана на амбулаторное лечение.



Рис. 4.1. Состояние раны до применения раневого покрытия «Скинолакс».

Рис. 4.2. Раневое покрытие «Скинолакс» на ране голени.

Рис. 4.3. Состояние раны через 2 суток после удаления раневого покрытия «Скинолакс».

Больной К., 53 лет поступил с клинической картиной ливедо-вакулита нижних конечностей с формированием обширной гнойно-некротической язвы задней поверхности левой голени. Больному произведена некрэктомия, однако в течение нескольких суток после операции отмечено формирование вторичных некрозов без тенденции к отграничению (рис. 5.1). Для стимуляции отторжения некротической ткани решено использовать раневое покрытие «Скинолакс» (рис. 5.2). Через 2 суток после снятия повязки отмечена некоторая положительная динамика с более четким отграничением некрозов, их частичным отторжением и появлением небольших участков грануляционной ткани (рис. 5.3). Еще через 2 суток применения повязки грануляции стали более яркими, уменьшилось перифокальное воспаление и объемы экссудации (рис. 5.4).

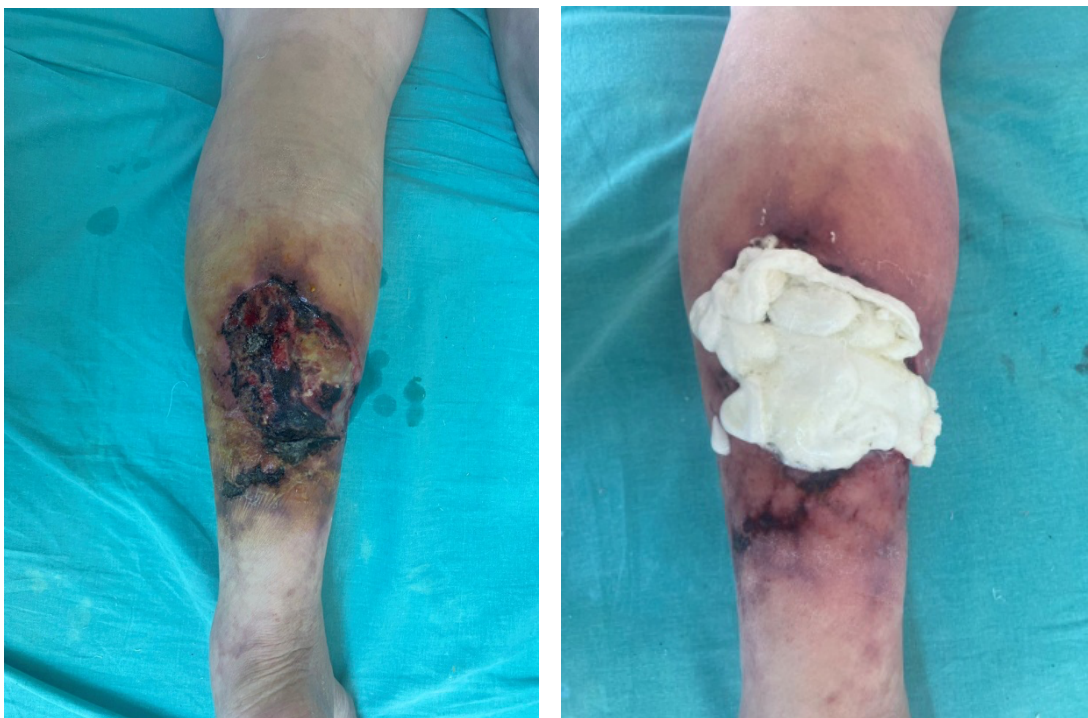


Рис. 5.1. Состояние раны до применения раневого покрытия «Скинолакс».

Рис. 5.2. Раневое покрытие «Скинолакс» на язве голени.



Рис. 5.3. Состояние раны через 2 суток после удаления раневого покрытия «Скинолакс».

Рис. 5.4. Состояние язвы на 4-ые сутки применения покрытия «Скинолакс».

В результате проведенных испытаний установлено, что раневое покрытие имеет специальную 2-х компонентную упаковку. На упаковке имеется полная информация о продукте в соответствии с требованиями ГОСТ. Упаковка содержит 2 компонента стерильного раневого покрытия, которые при

применение смешиваются друг с другом, создавая пенополиуретановую субстанцию. При вскрытии упаковки стерильность раневых покрытий не нарушается.

Методология местного применения раневых покрытий «Скинолакс» была стандартной для всех больных. После санации раны растворами антисептиков или физиологического раствора осушали кожу и производили нанесение пенополиуретановой массы на влажную раневую поверхность. Основной целью использования повязки являлась адекватная абсорбция раневого экссудата и создание и поддержание влажной среды, необходимой для отторжения некрозов и стимуляции репаративных процессов.

Раневые покрытия «Скинолакс» применяли в случае поверхностных и глубоких слабо и умеренно экссудирующих ран, не имеющих глубоких карманов и находящихся в I фазе раневого процесса. При наложении раневого покрытия на рану отмечена достаточная адгезия к раневой поверхности и краям раны после полного затвердения полиуретановой массы через 4-5 минут, хорошее моделирование на раневой поверхности. У больных с ранами до 100 кв. см было достаточно использование 1 раневого покрытия, в случае более обширных или глубоких ран было использовано 2 раневых покрытия. В качестве вторичного раневого покрытия применяли стерильные марлевые салфетки, которые фиксировали бинтом или лейкопластырем. У больных с венозными язвами применяли компрессионную терапию с использованием эластических бинтов. У больных с синдромом диабетической стопы проводилась полная разгрузка стопы. Наложение повязки было безболезненным. Только у 1 пациента с венозной язвой наблюдался выраженный болевой синдром, потребовавший применения ненаркотических анальгетиков.

Смену повязки проводили ежедневно или через день при умеренной экссудации раны. При слабой экссудации смена повязки проводилась через 2-3 дня. При смене повязки отмечено, что раневое покрытие легко и безболезненно удаляется с поверхности раны, не вызывая ее травматизации. Раневое покрытие хорошо пропитывается раневым отделяемым, обладает достаточными абсорбционными свойствами для ран со слабой и умеренной экссудацией. При удалении с поверхности раны структура раневого покрытия не повреждается и удаляется полностью. Вторичного инфицирования раны, усиления или появления воспалительных изменений в окружности раны не отмечено. У всех больных отмечалась положительная динамика раневого процесса с быстрым купированием воспалительных явлений, что выражалось в снижении степени экссудации, ликвидации отека и гиперемии в окружности раны, появлении грануляционной ткани, уменьшении площади и объема раны. При достижении снижения воспалительных изменений в области раны и степени экссудации становилась возможным более редкая смена повязки.

В результате проведенного исследования установлено, что раневое покрытие «Скинолакс» не оказывает повреждающего и раздражающего действия на ткани. Исследуемые раневые покрытия гипоаллергенны и удобны в использовании. Местных и системных аллергических реакций не наблюдалось.

Серьезных негативных проявлений и осложнений не отмечено ни в одном случае.

Заключение: «Покрытие медицинское из пенополиуретана для закрытия ран и ожогов ПМП «Скинолакс» соответствует медико-техническим требованиям, предъявляемым к перевязочным средствам, и могут быть рекомендованы для широкого применения в клинических, поликлинических, лечебно-профилактических медицинских учреждениях, полевых и домашних условиях для лечения свежих и инфицированных острых и хронических слабо и умеренно экссудирующих ран различного происхождения.