

Медицинские технологии «ПАУЛЬ ХАРТМАНН»

Силиконы: новое слово в медицинских изделиях

Клинические случаи использования
современных перевязочных средств
при лечении ран различной этиологии



HARTMANN





Содержание

4

История средств по уходу за ранами

5

Особенности ведения пациентов с тонкой и чувствительной кожей

5

Повреждения кожи, связанные с медицинским клеем

7

Что такое силиконы?

8

Cosmopor® Silicone. Строение и свойства повязок

9

Cosmopor® Silicone. Исследования

18

Zetuvit® Plus Silicone / Zetuvit® Plus Silicone Border.
Строение и свойства повязок

20

Zetuvit® Plus Silicone / Zetuvit® Plus Silicone Border.
Исследования

42

Omnifix® Silicone. Строение и свойства повязок

50

Cosmos® Soft Silicone. Строение и свойства повязок



Уход за ранами

Лечение и уход за ранами остается одной из актуальных проблем современной медицины. Количество острых ран в мире непрерывно увеличивается, что связано с ростом бытовых и военных травм, когда острая рана возникает у соматически здорового человека, а также с ростом числа операций в мире.

С другой стороны, в связи с общим старением населения повышается риск развития хронических ран. По данным ряда исследователей, в мире насчитывается около 100 млн человек, страдающих от острых травматических ран, и 300 млн человек с хроническими ранами. И хотя, возможно, никогда не удастся полностью исключить риск возникновения раны, арсенал врачей и методы лечения ран продолжают расширяться и совершенствоваться.



100 млн
человек

ОСТРЫЕ ТРАВМАТИЧЕСКИЕ РАНЫ

300 млн
человек

ХРОНИЧЕСКИЕ РАНЫ

История средств по уходу за ранами и покрытий для ран насчитывает тысячи лет. На протяжении всей истории люди использовали различные материалы и методы для перевязки ран, защиты их от загрязняющих веществ окружающей среды и ускорения заживления, и за прошедшее время они сильно эволюционировали.

Одни из самых ранних сведений о лечении ран имеются на древнешумерских глиняных дощечках, датированных около 2500 г. до н. э. В них описывается промывание ран водой и молоком с последующим наложением повязки с медом и смолой. Для лечения ран в Древнем Египте в качестве противомикробной повязки применяли мед, масло, вино и смолы на полосках льняной ткани.

В Древней Греции и Риме люди использовали лен, шерсть и растительные вещества, пропитанные вином бинты для покрытия ран.

Промышленное производство всем уже привычных марлевых повязок было начато только в конце 19 века. Марля и по-прежнему широко применяется. Однако марля во многом уже не отвечает современным требованиям к перевязочным средствам. При наличии экссудата марля довольно быстро промокает, теряет дренирующую способность (т. е. способность отводить экссудат). При пересыхании марля прилипает к ране.

Процесс перевязки становится травматичным и болезненным. Кроме того, современные рекомендации указывают, что марля не обладает достаточной барьерной функцией.



Современная революция в уходе за ранами по-настоящему началась в конце 80-х и начале 90-х годов XX века с взрывного появления новых научных и клинических данных в области заживления ран. Достижения в области технологий и материалов, а также лучшее понимание процессов заживления ран привели к появлению передовых средств по уходу за ранами.

Сегодня на рынке представлены различные средства по уходу за ранами, каждое из которых имеет свои преимущества. Некоторые средства способствуют заживлению, увлажняя рану или отводя экссудат, в то время как другие помогают предотвратить инфекцию или имеют активные ранозаживляющие компоненты.



В последние годы все большее распространение в уходе за ранами получили силиконовые повязки, которые обладают целым рядом важных преимуществ. Силиконы могут использоваться в качестве контактного слоя, в виде лечебных повязок или в качестве фиксирующей повязки, что позволяет их применять при лечении широкого спектра острых и хронических ран.

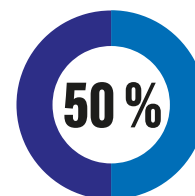
Источники:

- Barrett S, Rippon M, Rogers AA. Treatment of 52 patients with a self-adhesive siliconised superabsorbent dressing: a multicentre observational study. J Wound Care. 2020 Jun 2;29(6):340–349.
- Das S, Baker AB. Biomaterials and Nanotherapeutics for Enhancing Skin Wound Healing. Front Bioeng Biotechnol. 2016 Oct 31;4:82.
- Leanne Atkin, Simon Barrett, Paul Chadwick, Rosie Callaghan, Mark G Rippon, Alan A Rogers, Sue Simm. Evaluation of a superabsorbent wound dressing, patient and clinician perspective: a case series. J Wound Care. 2020 Mar 2;29(3):174–182.
- Queen D, Orsted H, Sanada H, Sussman G. A dressing history. Int Wound J. 2004 Apr;1(1):59–77.
- Wicke C, Bachinger A, Coerper S, Beckert S, Witte MB, Königsgraber A. Aging influences wound healing in patients with chronic lower extremity wounds treated in a specialized Wound Care Center. Wound Repair Regen. 2009 Jan-Feb;17(1):25–33.
- Абаев Ю. К. История лечения ран хирургическими повязками // Медицинские знания. 2012. № 2. С. 9–12.
- Васин В. И., Ступин В. А., Корейба К. А., Ягжина В. Е., Сенина Е. Р., Селюто В. В., Силина Е. В. К вопросу об эпидемиологии и лечении острых и хронических ран // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и Технические Науки. 2021. № 04/2. С. 70–74.
- СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».

Особенности ведения пациентов с тонкой и чувствительной кожей

Пациенты с тонкой, чувствительной кожей очень уязвимы для травм. К ним относятся пожилые, младенцы, люди с различными генетическими заболеваниями. Повреждение кожи может быть как на макроскопическом уровне (например, разрывы кожи, вызванные травмой), так и на микроскопическом уровне (например, отслоение клеток эпидермиса, вызванное снятием клейкой повязки).

Уязвимость кожи может возникнуть в силу ряда причин: кожного заболевания (например, экземы), повреждающих факторов окружающей среды (например, ультрафиолетового излучения) или заболевания, связанного с фоновой патологией, или врожденного заболевания.



По данным опроса, проведенного в России, до 50 % респондентов отметили у себя признаки хрупкой, чувствительной кожи (сухость, стянутость и/или покраснение и др.).

Опрос, проведенный среди 4913 человек в возрасте 15–65 лет во Франции, Испании, Швеции, Японии и США, выявил восприятие хрупкой кожи в пределах от 24,4 % до 52,7 % (Ocampo-Candiani J. 2017).

Серьезные изменения кожи являются одной из многих особенностей, которые возникают при старении,

и, по оценкам, до 70 % пожилых людей имеют проблемы с кожей, в том числе повышается риск ее повреждения. Например, исследования в Австралии показали, что разрывы кожи случаются у 41,5 % пожилых людей, находящихся в учреждениях долгосрочного ухода (Dyer JM. 2018).

У детей кожа тоже подвержена риску повреждения даже при оказании медицинской помощи. В течение первых дней жизни кожа новорожденных претерпевает различные изменения, необходимые для адаптации к переходу от влажной среды матки к сухой атмосфере. Кожа новорожденных и младенцев на 40–60 % тоньше, чем у взрослых, и считается физиологически хрупкой кожей, с более низкой устойчивостью к агрессии. Исследования последних лет показали, что при рождении кожа новорожденного, хотя и выглядит почти идеально, структурно и функционально является незрелой по сравнению с кожей взрослого человека, которая проходит физиологический процесс созревания после рождения, по крайней мере, в течение первых лет жизни. В недавнем исследовании детей, получавших медицинскую помощь, было выявлено, что возраст до двух лет является независимым фактором риска повреждения кожи при применении различных медицинских повязок на клеевой основе. Наиболее часто повреждения кожи, такие как отслаивание эпидермиса и разрывы кожи, встречались при применении акрилатных адгезивов (Wang D. 2019).

Повреждения кожи, связанные с медицинским клеем

Повреждение кожи, связанное с медицинским клеем, — это термин, применяемый для определения любого повреждения кожи, связанного с использованием медицинских изделий или устройств, имеющих клеящий слой, таких как медицинские пластыри, повязки для ран, изделия для стомы, электроды и т. д. **Этот тип травм во многих случаях можно предотвратить.**

Распространенность повреждений кожи медицинским клеем в значительной степени неизвестна. В одном проспективном когортном исследовании у пожилых людей, поступивших в учреждение долгосрочного

ухода, кумулятивная частота повреждений кожи, вызванных клейкими пластырями, составила 15,5 %. Клинические проявления, наблюдаемые в этом исследовании, включали контактный дерматит (71 %), травму кожи (21 %) и инфекцию. Использование клея также было определено как основная причина повреждения кожи среди пациентов неонатальных отделений интенсивной терапии. В ходе однодневного аудита у 8 % госпитализированных младенцев и детей были обнаружены отслоения кожи, связанные с клейкими пластырями (McNichol L. 2013).

Существует три основные категории повреждений кожи, связанных с медицинскими клеями:



механические
(отслоение кожи, образование волдырей, разрывы кожи)



дерматит
(реакция на контакт с химическим раздражителем в клее)



и другие
(мацерация и фолликулит)



Механическое повреждение кожи, вызванное медицинским клеем, может произойти, когда связь между кожей и клеем сильнее, чем между отдельными клетками, что приводит либо к разделению эпидермальных слоев, либо к полному отделению эпидермиса от дермы (механическая травма).

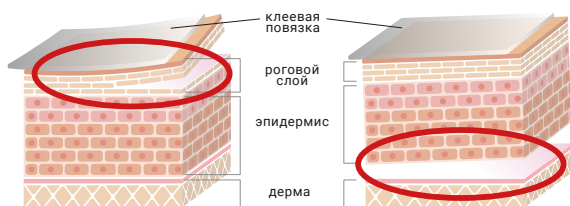


Рис. 1
Механическая травма кожи
с отделением рогового слоя

Рис. 2
Механическая травма кожи
с отделением эпидермиса от дермы

Обычно травмы кожи, связанные с медицинским клеем, возникают после удаления повязок / медицинских изделий с клеевым покрытием. Травма может возникнуть у любого, однако риск возрастает у пациентов с хрупкой кожей, причем риск еще увеличивается с частотой воздействия (т. е. при каждом наложении и удалении повязки).

Травма кожи может вызвать значительную боль и страдания, способствуя:

- более длительному заживлению раны;
- более длительному пребыванию в стационаре;
- увеличению времени, затрачиваемого медицинскими работниками;
- увеличению количества использования перевязочных средств;
- рубцовым изменениям кожи;
- повышению риска инфекционных осложнений, включая сепсис.



В медицинских изделиях и повязках в качестве клеевой основы чаще всего применяются акрилат, полиуретан, и др. Под действием давления, при нагревании (даже теплом человеческого тела) клеи заполняют зазоры между клеевой основой и микрорельефом кожи, со временем увеличивая прочность связи. Соответственно, при снятии такой повязки можно повредить кожу. Напротив, силиконовые адгезивы не проникают вглубь кожи, они мягко прилегают к коже, не повреждая ее. Степень адгезии силиконовых покрытий не увеличивается с течением времени.

Факторы, увеличивающие риск повреждения кожи

ВНУТРЕННИЕ	ВНЕШНИЕ
Возраст: новорожденные, недоношенные младенцы и пожилые	Сухость кожи связанная с неправильным/недостаточным уходом: применение агрессивных моющих средств, недостаточность увлажнения и питания кожи
Заболевания, которые могут влиять на состояние кожи: сахарный диабет, инфекция, почечная недостаточность, хроническая венозная недостаточность	Применение некоторых лекарственных средств: кортикостероидов, химиотерапевтических препаратов, антикоагулянтов
Дерматологические заболевания: дерматит, экзема и т. д.	Медицинские процедуры: частые перевязки с использованием адгезивов, нарушение техники наложения и снятия повязок
Недостаточное питание	Лучевая терапия
Обезвоживание	Воздействие ультрафиолетовых лучей
Отеки	Длительное воздействие влаги, включая биологические жидкости: экссудат, лимфа, моча и др.

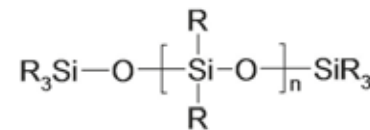
Сохранение целостности кожи может быть сложной задачей, но она жизненно важна для сохранения здоровья и качества жизни пациентов, особенно у таких уязвимых групп, как пожилые и дети. Важно, чтобы все медицинские работники знали о ключевых факторах, которые могут усугубить уязвимость кожи, и принимали меры предосторожности для защиты раны и окolorаневой кожи путем использования соответствующих повязок, которые не травмируют кожу при удалении.

Если кожа пациента хрупкая и сухая, имеются факторы, повышающие риск повреждения кожи, — медицинские изделия с силиконовым контактным слоем могут быть предпочтительным выбором.



Источники:

- Blume-Peytavi U et al. Fragility of epidermis in newborns, children and adolescents. J Eur Acad Dermatol Venerol. 2016 May;30 Suppl 4:3–56. doi: 10.1111/jdv.13636. Erratum in: J Eur Acad Dermatol Venerol. 2016 Sep;30(9):1634.
- Dyer JM, Miller RA. Chronic Skin Fragility of Aging: Current Concepts in the Pathogenesis, Recognition, and Management of Dermatoporosis. J Clin Aesthet Dermatol. 2018 Jan;11(1):13–18.
- Fumarola S, et al. Overlooked and underestimated: medical adhesive-related skin injuries. J Wound Care. 2020 Mar 1;29(Sup3c):S1–S24.
- Lawton S, Langan A. Assessing and managing vulnerable periwound skin. World-WideWounds Oct 2009.
- Meuleneire F. et al. Soft Silicone dressings. Made easy. Wounds International. May 2013.
- McNichol L, Lund C, Rosen T, Gray M. Medical adhesives and patient safety: state of the science: consensus statements for the assessment, prevention, and treatment of adhesive-related skin injuries. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2013 Jul-Aug;40(4):365–80; quiz E1-2.
- Ocampo-Candiani J, Murashkin N, Zkik A, Saint Aroman M, Wolkenstein P. Epidemiology of fragile skin: Internet-based surveys in Mexico and Russia. Clin Cosmet Invest Dermatol. 2017 Jun 10;10:221–228.
- Wang D, Xu H, Chen S, Lou X, Tan J, Xu Y. Medical Adhesive-Related Skin Injuries and Associated Risk Factors in a Pediatric Intensive Care Unit. Adv Skin Wound Care. 2019 Apr;32(4):176–182.



Что такое силиконы?

Силиконы представляют собой длинноцепочечные полимеры, состоящие из чередующихся атомов кремния и кислорода с органическими группами, присоединенными к атомам кремния. Степень полимеризации определяет физическую форму силикона, которая может варьироваться от жидких масел до относительно твердых каучуков или смол.

Мягкие силиконы — это особое семейство твердых силиконов, которые являются мягкими и липкими. Эти свойства позволяют им прилипать к сухим поверхностям.

Что такое мягкая силиконовая повязка?

Мягкая силиконовая повязка — это повязка, покрытая мягким силиконом в качестве клеящего или контактирующего с раной слоя. Силиконовая повязка отличается уникальным составом, который является гидрофобным и липким на ощупь, что позволяет повязке мягко прилегать к коже, не травмируя ее при снятии.

Существуют различные виды мягких силиконовых повязок, в том числе в виде атравматического контактного слоя, абсорбирующих повязок для экссудующих ран или фиксирующих повязок и др.

Силиконовые повязки подходят практически при всех ситуациях, где необходимо предотвратить травмирование раны, окружающей кожи и уменьшить боль у пациента.

Хотя использовать силиконовые повязки можно у любых пациентов, **они особенно подходят:**

- пациентам с хрупкой, чувствительной кожей, в том числе маленьким детям и пожилым людям.
- тем, кто испытывает боль при смене повязки.



Десять преимуществ силиконовых повязок

• **Атравматичность:** в отличие от традиционных повязок, силиконовые повязки не прилипают к раневому ложу и окружающим тканям, что снижает риск повреждения тканей при их удалении, создавая раневой покой и условия для заживления раны.

• **Уменьшение боли:** поскольку силиконы не повреждают раневое ложе и окружающие ткани, это сводит к минимуму боль и раздражение, что особенно полезно для пациентов с чувствительной или хрупкой кожей, таких как дети, пожилые пациенты или пациенты с ожогами.

• **Поддержание баланса влажности:** силиконовые повязки поддерживают оптимальный уровень влажности в ране, способствуя заживлению.

• **Универсальность:** повязки могут использоваться на различных типах ран, включая хронические, острые и хирургические разрезы.

• **Простота и удобство применения:** широкий выбор дизайна повязок позволяет медицинским работникам и людям без медицинского образования легко накладывать и снимать повязки, что снижает риск ошибок. Пациенты с большей вероятностью будут придерживаться режима лечения благодаря комфорту и удобству, которые обеспечивают силиконовые повязки.

• **Длительность использования:** силиконовые повязки можно носить в течение нескольких дней без необходимости их частой смены, что экономит время и ресурсы медицинского персонала или людей, осуществляющих уход.

• **Улучшение результатов лечения:** исследования показали, что силиконовые повязки приводят к более быстрому заживлению ран и лучшим косметическим результатам по сравнению с традиционными повязками.

• **Снижение риска рубцовых изменений кожи:** силиконовые повязки способствуют созданию оптимальных условий для заживления раны, снижая риск рубцовых изменений кожи.

• **Экономическая эффективность:** несмотря на изначально более высокую стоимость, длительное время ношения силиконовой повязки позволяет реже менять повязки и экономить средства.

• **Безопасность:** поскольку силикон химически инертен, он не вступает в химическое взаимодействие с раной и не оказывает никакого влияния на клетки, ответственные за процесс заживления. Кроме того, поскольку мягкие силиконовые повязки легко снимаются, они не травмируют рану и окружающую кожу, а значит, не мешают заживлению раны. Побочные эффекты от использования силиконов в медицине и хирургии встречаются редко. Силиконовые повязки хорошо переносятся большинством людей и имеют небольшое количество сообщений о побочных реакциях.

Источники:

- Barrett S, Rippon M, Rogers AA. Treatment of 52 patients with a self-adhesive siliconised superabsorbent dressing: a multicentre observational study. J Wound Care. 2020 Jun 2;29(6):340–349.
- Thomas S. Soft Silicone dressings: frequently asked questions. World Wide Wounds 2003. Доступно: <http://www.worldwidewounds.com/2003/october/Thomas/Soft-Silicone-FAQ.html>
- Meuleneire F. et al. Soft Silicone dressings. Made easy. Wounds International. May 2013.
- Queen D, Orsted H, Sanada H, Sussman G. A dressing history. Int Wound J. 2004 Apr;1(1):59–77.
- Галимзянов С. Р., Шаймарданов И. В., Шайхутдинов Н. Г. Опыт применения инновационных перевязочных средств с силиконовым покрытием у пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи. Паллиативная медицина и реабилитация. 2024;2:29–41.
- Жукова О. В., Поршина О. В., Острцова М. Н., Лемытская В. Е. Актуальный взгляд на процессы рубцевания кожи и клинический опыт консервативного лечения келоидного рубца. Медицинский совет. 2023;17(2):27–34.
- Журавлева М. В., Кокушкин К. А., Лучинина Е. В., Крысанова В. С., Лучинин Е. А., Петриков А. С., Лесовик В. С. Оптимизация лечения хронических экссудующих ран и язв нижних конечностей: экономическое и клиническое обоснование новых подходов. РМЖ. Медицинское обозрение. 2024;8(4):195–200.
- Морозов Д. А., Айрапетян М. И., Князькина Н. Т., Жамнова В. С., Суходольская О. В. Оценка эффективности применения повязок с силиконовым покрытием в детской хирургии // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. — 2025. — Т. 15. — № 1. — С. 27–34.

Cosmopor® Silicone / Космопор силикон¹

Инновационное решение для ухода
за послеоперационными и острыми ранами,
особенно для чувствительной и хрупкой кожи



Водоотталкивающая²



**Для чувствительной
и хрупкой кожи²**



**Высокая абсорбирующая
и удерживающая
способность²**



**Деликатное удаление
для снижения риска
возникновения боли²**

Основы из нетканого
водоотталкивающего материала

Суперабсорбирующие
волокна

Подушечка
из вискозы

Перфорированный контактный
слой из силикона



Узнать больше:



i

1. РУ № РЗН 2022/19160 от 06.12.2023. Повязка впитывающая
пластырного типа с контактным слоем из силикона Cosmopor® Silicone /
Космопор силикон. 2. Инструкция по медицинскому применению.
Информация предназначена для специалистов здравоохранения.



Исследование

Cosmopor® Silicone

Авторы: Личман Л. А., Каторкин С. Е., Андреев П. С.
Источник: Амбулаторная хирургия. 2023;20(2):50–54.

Взрослая
хирургия



Оценка эффективности применения современных самоклеящихся силиконовых послеоперационных повязок

Цель. Провести сравнительную оценку эффективности применения послеоперационных повязок пластырного типа на клеящейся и силиконовой основе.

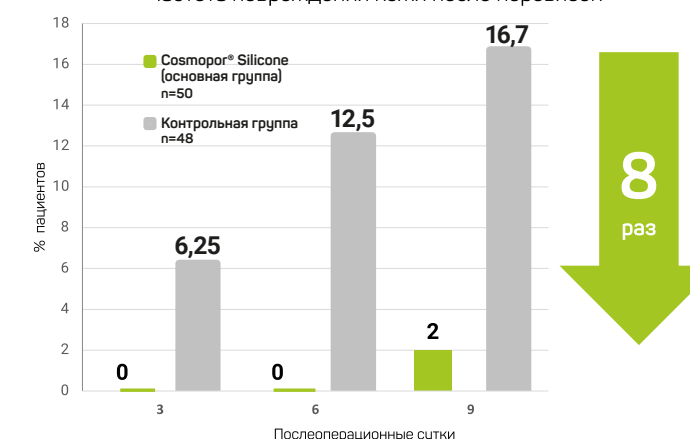
Материалы и методы. Проспективное одноцентровое рандомизированное исследование с участием 98 пациентов после абдоминальных операций по поводу кишечных стом и заболеваний толстой кишки. Повязки использовались для наложения на лапаротомные и минилапаротомные раны. Методом случайной выборки пациентов разделили на две группы. В первую группу (основная группа) было включено 50 пациентов. В этой группе выполняли перевязки с использованием новых повязок на силиконовой основе (Cosmopor® Silicone). Во вторую группу (контрольная группа) было включено 48 пациентов. В этой группе выполняли перевязки с использованием пластырных повязок на клеевой основе.

Оценка. Проводили оценку болевого синдрома при удалении повязки, наличия повреждений кожи, наличия субъективных жалоб на зуд, жжение, дискомфорт в области повязки, количества гнойно-септических осложнений.

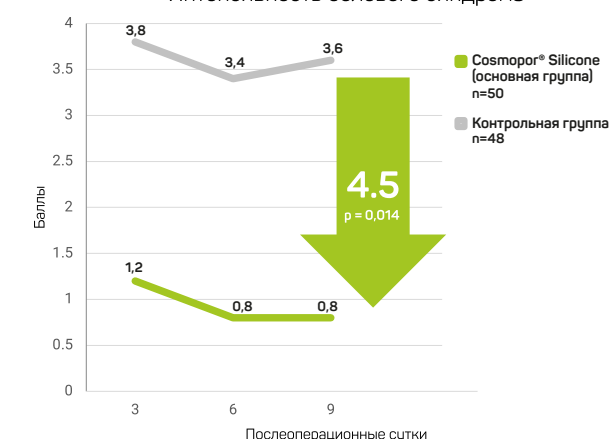
Результаты

- Число пациентов с повреждением кожного покрова в группе Cosmopor® Silicone было меньше на протяжении всего периода наблюдения. На 9-е послеоперационные сутки в группе Cosmopor® Silicone повреждений кожи было в 8 раз меньше, чем в группе, где применялись обычные клеевые пластырные повязки (2% vs 16,67%).
- Среднее значение уровня боли в группе Cosmopor® Silicone было меньше на протяжении всего периода наблюдения. На 9-е послеоперационные сутки в группе Cosmopor® Silicone среднее значение уровня боли было в 4,5 раза ниже, чем в контрольной группе ($p = 0,014$).
- Одинаковое количество гнойно-септических осложнений в виде нагноения послеоперационных ран в группах сравнения подтверждает, что повязки на силиконовой основе не уступают в барьерной функции повязкам на клеящейся основе.

Частота повреждения кожи после перевязок



Интенсивность болевого синдрома



Заключение. Самоклеящиеся повязки пластырного типа на силиконовой основе Cosmopor® Silicone снижают частоту повреждения кожи и раневой поверхности, улучшают субъективные ощущения пациентов, предотвращают усиление боли при удалении повязок, при этом не увеличивают количество гнойно-септических осложнений.

Cosmopor® Silicone позволит улучшить качество оказания амбулаторной и стационарной помощи пациентам после операций на кишечнике.

Узнать больше:



i



Cosmopor® Silicone

Авторы: Морозов Д. А., Айрапетян М. И., Князькина Н. Т., Жамнова В. С., Суходольская О. В.
// Источник: Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. — 2025. — Т. 15. — № 1. — С. 27–34.

Оценка эффективности применения повязок с силиконовым покрытием в детской хирургии

Цель. Провести сравнительный анализ применения повязок с силиконовым контактным слоем и с медицинским клеем в детской хирургической практике.

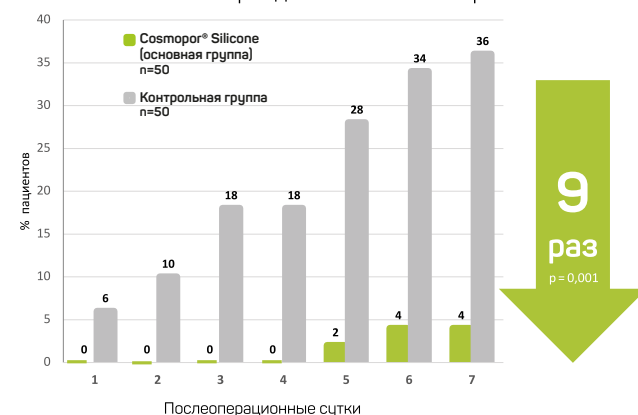
Материалы и методы. Проспективное одноцентровое рандомизированное исследование с участием 100 пациентов детского возраста от 5 до 17 лет, прооперированных по поводу неосложненной формы острого аппендицита. Повязки накладывали на раны после минимально инвазивного лапароскопического доступа. Методом простой рандомизации (метод конвертов) пациентов разделили на две группы: в первой группе (основная) использовали перевязочный материал на силиконовой основе (Cosmopor® Silicone), во второй группе (контроль) — перевязочный материал с медицинским клеем (Cosmopor® E Steril).

В первую группу было включено 50 детей, средний возраст $10,9 \pm 2,9$ года, во вторую группу — 50 детей со средним возрастом $8,6 \pm 3,1$ года. Оценка повреждений кожного покрова проводили макроскопически и с использованием дерматоскопа ежедневно в течение 7 дней.

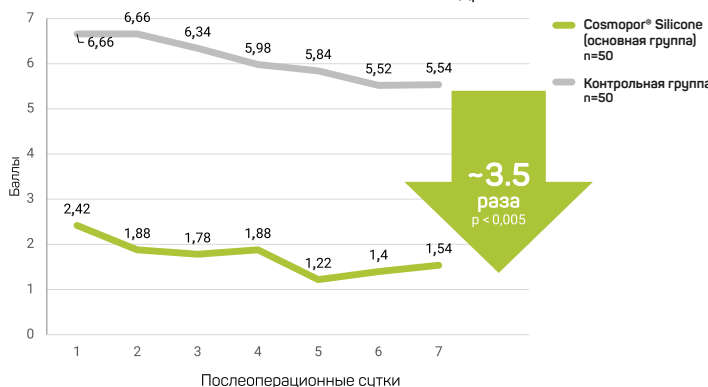
Результаты

- Частота повреждения кожи в группе Cosmopor® Silicone была в 9 раз меньше, чем в группе, где применялись обычные клеевые пластырные повязки (4 % vs 36 %, $p = 0,001$).
- Среднее значение уровня боли в группе Cosmopor® Silicone было в 3,5 раза ниже, чем в контрольной ($p < 0,001$).
- Уровень тревоги перед перевязкой в группе Cosmopor® Silicone был достоверно ниже, чем в контрольной группе.

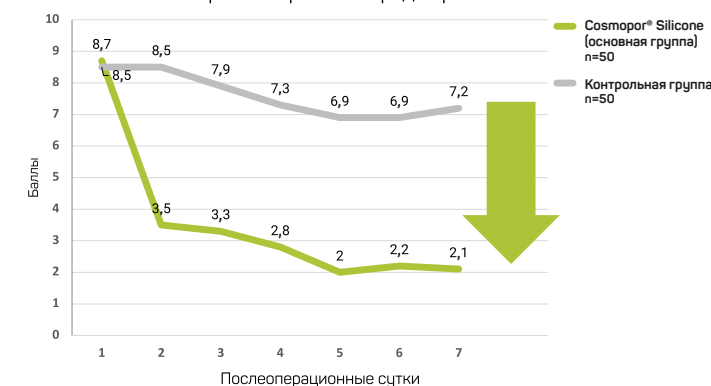
Частота повреждения кожи после перевязок



Интенсивность болевого синдрома



Уровень тревоги перед перевязками



Заключение. Применение повязок на силиконовой основе позволило значительно снизить уровень травматизации кожных покровов в области послеоперационной раны. Болевой синдром при использовании силиконовых повязок в 3,5 раза меньше, чем при использовании клеевого адгезива, что минимизирует уровень тревоги перед перевязкой.

Узнать больше:



Детская хирургия



Cosmopor® Silicone

Повязка впитывающая пластырного типа с контактным слоем из силикона, стерильная¹

До 9 раз бережней для кожи, чем обычный пластырь!²

Преимущества, которые вы оцените

Благодаря инновационному силиконовому слою:



Подходит даже для чувствительной и детской кожи²



Не содержит аллергенный латекс. Подходит аллергикам³



Не приклеивается к ране и швам



Снимается деликатно, без боли³

Как правильно накладывать Cosmopor® Silicone

1. Обработайте и подсушите кожу вокруг раны
2. Снимите защитные пленки с Cosmopor® Silicone
3. Приложите к ране и прижмите к коже
4. Оставьте пластырь на ране до 3 дней³

1. РУ № РЗН 2022/19160 от 06.12.2023. Повязка впитывающая пластырного типа с контактным слоем из силикона Cosmopor® Silicone / Космопор силикон. 2. Статья «Оценка эффективности применения повязок с силиконовым покрытием в детской хирургии», Морозов Д. А., Айрапетян М. И., Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, Том 15, № 1, 2025, стр. 27–34. По сравнению с Cosmopor® E. 3. Инструкция по медицинскому применению. 4. Частота смены повязок должна проводиться в соответствии с медицинскими показаниями в зависимости от состояния пациента и протокола лечения. Тел. бесплатной горячей линии по РФ: 8-800-505-12-12. * Пластырь — здесь и далее — обозначение лекарственной формы повязки пластырного типа. Источник: Большая российская энциклопедия. Информация предназначена для специалистов здравоохранения.



Cosmopor® Silicone

Автор: Погорелов Михаил Васильевич,
заведующий отделением гнойной хирургии ГАУЗ Челябинской
областной детской клинической больницы (ЧОДКБ)

Клинический случай: острый гангренозный аппендицит у ребенка

Пациент

Пол — женский, возраст — 7 лет

Фото 1.
Седьмые сутки



Фото 1.
Седьмые сутки



Фото 1.
Десятые сутки



Диагноз

Острый гангренозный аппендицит, местный неотграниченный перитонит

Лечение

Девочка 7 лет находилась в отделении гнойной хирургии ЧОДКБ.

Выполнено оперативное лечение: аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Учитывая наличие дренажа и обильную экссудацию, в раннем послеоперационном периоде повязки пластырного типа не могли быть использованы. Использовались стерильные марлевые салфетки с фиксацией нетканым лейкопластырем.

На седьмые сутки отделяемое из раны в небольшом количестве, дренаж удален. После использования марлевых салфеток с фиксацией лейкопластырем на коже имеется небольшая мацерация (**фото 1**), также при каждой смене повязки ребенок жаловался на боли в месте фиксации. Учитывая отсутствие обильного отделяемого, и наличие местной реакции на лейкопластырь, начато использование пластыря Cosmopor® Silicone 10 × 8 см.

Повязка в течение суток не отклеивалась, не смещалась (**фото 2**). При снятии повязки на 10-е сутки девочка отмечала отсутствие болевых ощущений, кожные покровы после удаления Cosmopor® Silicone интактны (**фото 3**).



Cosmopor® Silicone

Автор: Погорелов Михаил Васильевич,
заведующий отделением гнойной хирургии ГАУЗ Челябинской
областной детской клинической больницы (ЧОДКБ)

Клинический случай: пиогенная гранулема, лигатурный свищ пупка у ребенка

Пациент

Пол — женский, возраст — 9 лет

Фото 1. После снятия обычной
повязки на клеевой основе



Фото 2. Вторые сутки
применения Cosmopor® Silicone



Фото 3. Третьи сутки
применения Cosmopor® Silicone



Фото 4. Четвертые сутки
применения Cosmopor® Silicone



Диагноз

Пиогенная гранулема, лигатурный свищ пупка

Лечение

Ребенок находился на лечении в отделении гнойной хирургии. Выполнена операция — удаление лигатуры, электрокоагуляция пиогенной гранулемы.

Мать девочки отмечала появление раздражения и мацерации кожи у ребенка в месте крепления любого пластыря, включая гипоаллергенный (**фото 1**: первые сутки после операции и снятия клеевой повязки).

Учитывая незначительную экссудацию из раны в послеоперационном периоде и проявление гиперемии и мацерации, принято решение использовать пластырь Cosmopor® Silicone 10 × 8 см с силиконовым покрытием. Перевязки выполнялись один раз в сутки. Впитывающая поверхность повязки справлялась с небольшим количеством раневого отделяемого, не отклеивалась в течении суток.

Девочка отметила комфортное ношение повязки, отсутствие боли при ее снятии, уменьшение покраснения кожи после удаления (**фото 2, 3, 4**: 2–4-е сутки), отсутствие зуда. Перевязки выполнялись в течении трех суток, после чего ребенок выписан на амбулаторный этап.



Cosmopor® Silicone

Автор: Галимзянов Салават Радикович,
врач-онколог, ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический
диспансер Министерства здравоохранения Республики Татарстан
имени профессора М. З. Сигала», г. Казань

Клинический случай: рана после оперативного вмешательства (лапаротомия, экстирпация культи шейки матки)

Пациент

Пол — женский, возраст — 67 лет

Фото 1. День 1



Фото 2. День 1



Фото 2. День 7



Фото 2. День 14



Основной диагноз

Рак эндометрия. Надвлагалищная ампутация матки.

Анамнез

05.04.2024 лапаротомия, экстирпация культи шейки матки с тазово-поясничной лимфаденэктомией по Бохману, субтотальная резекция большого сальника, дренирование брюшной полости.

С 24.04.2024 предъявляла жалобы на боли и выделение серозно-геморрагического экссудата из послеоперационной раны.

В ходе осмотра послеоперационной раны было выявлено выделение скудного серозно-геморрагического экссудата, кожа гиперемирована. Рана в первый день осмотра, 19-й день после оперативного вмешательства (**фото 1**).

Лечение

Лечение пациентки начато с проведения санации инфицированной раны и наложения повязки Cosmopor® Silicone (**фото 2**).

Результат

В ходе ежедневных перевязок в течение семи дней отмечалось изменение характера экссудата из серозно-геморрагического в серозный, уменьшилась болезненность в области раны и местные воспалительные изменения кожи (**фото 3**).

С седьмого дня перевязки проводились через день. Перевязки были практически безболезненны для пациентки.

На 14-й день наблюдается заживление послеоперационной раны, отсутствие экссудации из раны и исчезновение признаков воспаления кожи околораневой области (**фото 4**).

Заключение

Использование повязки Cosmopor® Silicone обеспечило безболезненную смену повязки и комфорт для пациента.



Cosmopor® Silicone

Автор: Рехвиашвили Михаил Георгиевич,
врач, детский хирург неонатологического отделения ГБУЗ
«Морозовская ДГКБ ДЗМ», к. м. н.

Клинический случай: лечение мацерации перистомальной области у ребенка с гастростомой с применением современных перевязочных материалов

Пациент

Пол — мужской, возраст — 4 месяца

Фото 1.

Перистомальная
мацерация до лечения

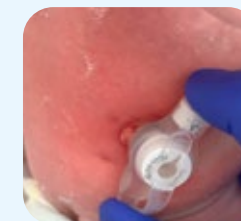


Фото 2.

Рана под повязкой
Cosmopor® Silicone



Фото 3.

День 7: полное
заживление кожи



Основной диагноз

Последствие перинатального поражения ЦНС гипоксически-ишемического генеза. Синдром тонусных и двигательных нарушений (спастический тетрапарез). Бульбарный синдром. Носитель гастростомы (после лапароскопической фундопликации и гастростомии).

Анамнез заболевания

Гастростома наложена в связи с невозможностью адекватного перорального питания. В течение двух недель отмечалось покраснение и мокнутие кожи вокруг стомы.

Предшествующее лечение:

1. Обработка раствором хлоргексидина 0,05 %.
2. Использование марлевых салфеток (смена 2–3 раза в день).

Эффекта не отмечалось, мацерация прогрессировала.

Описание раневой поверхности (**фото 1**): кожа под гастростомической трубкой (перистомальная область). Площадь поражения: ~1×1 см. Состояние кожи: выраженная мацерация, мокнутие, налеты фибрина. Экссудат: серозный, умеренный. Болевой синдром: ребенок проявлял беспокойство при обработке и смене положения гастростомической трубки.

Лечебные мероприятия: использование пластырных повязок с силиконовым контактным слоем Cosmopor® Silicone. Для адаптации повязки к месту фиксации гастростомической трубки делался боковой надрез повязки (**фото 2**). Смена повязки один раз в два дня, общий курс лечения занял семь дней.

Повязки хорошо держались на коже, при этом легко снимались при перевязках, не повреждая кожу ребенка. Во время перевязок ребенок практически не проявлял беспокойства.

На фоне проводимого лечения удалось достичь полного заживления перистомальной мацерации (**фото 3**), наблюдалось полное отсутствие болевого синдрома при уходе за гастростомой.

Заключение

Отказ от марлевых повязок в пользу современных силиконовых материалов позволил проводить регулярную смену повязок без травматизации кожи. Применение адсорбирующих силиконовых повязок позволило быстро купировать мацерацию и улучшить качество жизни пациента.



Cosmopor® Silicone

Автор: Барова Натуся Капановна,
заведующая хирургическим отделением № 1 ГБУЗ «Детская краевая клиническая
больница» министерства здравоохранения Краснодарского края, главный внештатный
детский специалист, хирург министерства здравоохранения Краснодарского края, к. м. н.

Клинический случай: эпителиальный копчиковый ход

Пациент

Пол — женский, возраст — 15 лет

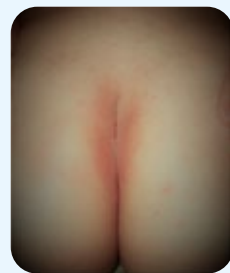
Фото 1.
Послеоперационный
шов (день 0)



Фото 1. Cosmopor® Silicone
на послеоперационной
ране (день 1)



Фото 1. Заживление
раны первичным
натяжением (день 5)



Анамнез

В возрасте 14,5 лет стала ощущать периодический дискомфорт в межъягодичной области. При осмотре в поликлинике детским хирургом установлен диагноз эпителиального копчикового хода, направлена на оперативное лечение в плановом порядке.

Локальный статус. В межъягодичной складке визуализируются три точечных отверстия на расстоянии 1 см друг от друга. Отделяемого нет. При ревизии пугочатым зондом определяется их сообщение в пределах подкожной клетчатки. Пальпация области безболезненна.

Лечение

1. Оперативное лечение. Иссечение эпителиального копчикового хода.

Общее обезболивание. Положение ребенка на животе. Свищи покрашены раствором бриллиантового зеленого. Окаймляющим разрезом длиной 7 см с попутным гемостазом электрокоагуляцией свищевые ходы с кистозной полостью (содержащей волосы) иссечены до копчиковой связки. Удаленные патологические ткани отправлены на гистологическое исследование. Рана ушита послойно наглухо. Внутрικοжный несъемный шов (**фото 1**). Наложена повязка Cosmopor® Silicone (**фото 2**).

2. Курс антибактериальной терапии пять дней.

3. Перевязки Cosmopor® Silicone через день.

4. Курс ФТЛ (УВЧ № 4).

5. Обезболивание.

Результат лечения — выздоровление. Выписана в удовлетворительном состоянии. Заживление раны первичным натяжением (**фото 3**).

Заключение

Применение впитывающей повязки пластырного типа с контактным слоем из силикона Cosmopor® Silicone позволило:

1. Обеспечить надежную фиксацию и деликатное удаление. Благодаря силиконовому покрытию повязка не прилипает к ране, обеспечивая безболезненное и деликатное удаление с раны и окружающей рану кожи.
2. Сократить количество перевязок за счет утолщенной трехслойной подушечки с суперабсорбирующими волокнами, обеспечивающей впитывание и удержание раневого экссудата внутри подушечки.
3. Обеспечить амортизацию и создать механический барьер, защищающий рану от давления и трения, отсутствие скручивания во время ношения.
4. Обеспечить адекватный газообмен за счет воздухопроницаемости мягкой основы.



Cosmopor® Silicone

Автор: Погорелов Михаил Васильевич,
заведующий отделением гнойной хирургии ГАУЗ Челябинской
областной детской клинической больницы (ЧОДКБ)

Клинический случай: закрытый дистальный остеоэпифизеолиз правой кости со смещением. Чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез (ЧКДО) правого бедра у ребенка

Пациент

Пол — женский, возраст — 14 лет

Фото 1.
Первые сутки

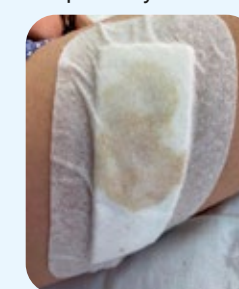


Фото 2.
Первые сутки



Фото 3.
Третьи сутки



Фото 4.
Третьи сутки



Диагноз

Закрытый дистальный остеоэпифизеолиз правой бедренной кости со смещением.

Анамнез

20.01.2023 девочка упала на правое бедро. С 23.01.2023 по 30.01.2023 находилась на стационарном лечении в травматологоортопедическом отделении с диагнозом закрытый дистальный остеоэпифизеолиз правой бедренной кости со смещением.

24.01.2023 выполнено оперативное лечение — чрескостный компрессионно-дистракционный остеосинтез (ЧКДО) правого бедра.

12.04.2023 аппарат снят, после чего осталась длительно незаживающая рана по боковой поверхности правого бедра в месте выхода спицы.

Около двух недель до момента госпитализации в отделение гнойной хирургии в месте раны отмечено появление образования, которое самостоятельно вскрылось, получено гнойное отделяемое, в последующем сохранялась рана с гнойным отделяемым.

Девочка была неоднократно осмотрена хирургом и ортопедом по месту жительства, заподозрен остеомиелит правого бедра.

Лечение

В ЧОДКБ выполнено оперативное лечение — иссечение свища средней трети правого бедра, остеонекрэктомия, лазериндуцированная интерстициальная термотерапия (ЛИТТ) свища. Рана ушита послойно, на кожу наложены отдельные узловые швы по Донати, ко дну раны установлен дренаж из перчаточной резины.

В послеоперационном периоде проводились перевязки с повязками Cosmopor® Silicone 15 × 8 см (**фото 1, 2**). Во время стояния дренажа отмечалось незначительное отклеивание краев повязки от кожи в связи с отделяемым по дренажу.

На третьи сутки после операции дренаж из раны был удален, после чего также использовались повязки Cosmopor® Silicone — отмечалась прочная фиксация повязки к коже и ее безболезненное удаление для ребенка (**фото 3, 4**). Аллергических реакций на компоненты повязки Cosmopor® Silicone не отмечено.

Zetuvit® Plus Silicone Border / Цетувит Плюс Силикон Бордер¹

Суперабсорбирующая повязка с силиконовым контактным слоем, самофиксирующаяся и водостойкая, подходит на длительный срок лечения



Разработана для предотвращения осложнений, связанных с избыточной экссудацией



Простота выбора, удобство использования^[2]



Помогает пациентам улучшить качество жизни^[2]



Для разных типов экссудирующих острых и хронических ран



Удерживает экссудат и предотвращает повреждение окolorаневой области^[3, 7]



Высокая впитывающая способность. Удерживает экссудат. Сохраняет оптимальный микроклимат и поддерживает влажную среду в ране^[3, 4]



Водостойкий, непроницаемый для бактерий и вирусов наружный слой^[6]

Атравматичная и практически безболезненная смена повязки^[5]

Повторяет контуры тела^[6]

Прозрачная самоклеящаяся кромка

Иллюстрация повязки



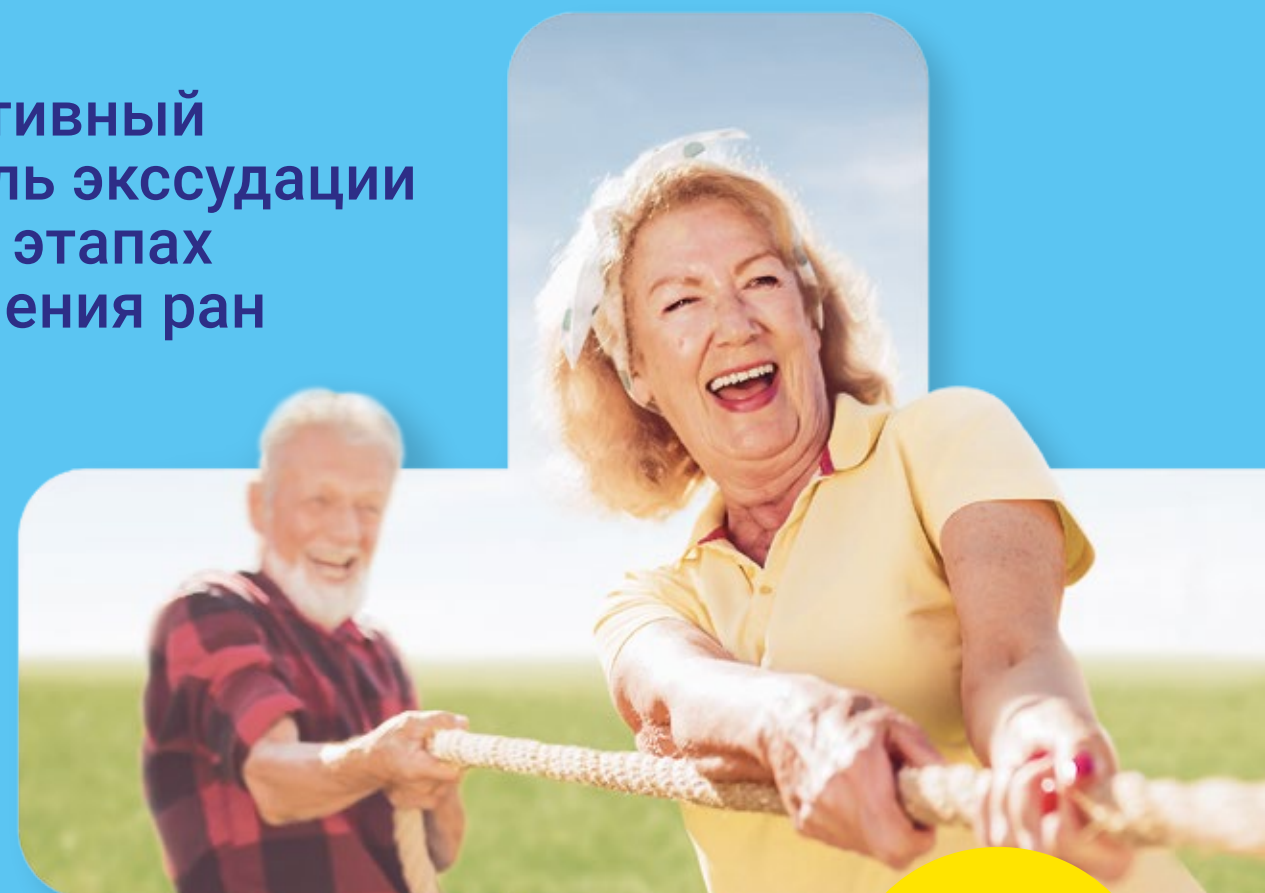
Узнать больше:



1. РУ РЗН 2022/18939 от 25.11.2022. Повязка суперабсорбирующая с контактным слоем из силикона, самоклеящаяся, стерильная Zetuvit® Plus Silicone Border / Цетувит Плюс Силикон Бордер. [2] World Union of Wound Healing Societies (WUWHS) (2019). Consensus Document. Wound exudate: effective assessment and management. Wounds International. [3] Data on file: 27. Z+SilBorder_benchmark. [4] Coll. E., et al., Comparing fluid handling and microclimate conditions under superabsorbent polymer and superabsorbent foam dressings over an artificial wound. WCET Journal, 2019. [5] Data on file: 27. Z+SilBorder_Add_Feat_adhesiveness_assessment_V2. [6] Data on file: 27. Z+SilBorder_Thickness_V2. [7] Barrett, S., M. Rippon, and A. Rogers. Treatment of 52 patients with a self-adhesive siliconised superabsorbent dressing: a multicentre observational study. Journal of Wound Care, 2020. [8] Data on file: External lab testing acc. ISO 22610:2006 PID5759-1/2. Информация предназначена для специалистов здравоохранения.

Zetuvit® Plus Silicone Border*

Эффективный контроль экссудации на всех этапах заживления ран



Улучшает качество жизни пациентов^[1]

+ Универсальный
+ Удобный
+ Эффективный



*Цетувит Плюс Силикон Бордер — повязка суперабсорбирующая с контактным слоем из силикона, самоклеящаяся, стерильная.

[1] Всемирный союз обществ по лечению ран (WUWHS), 2019. Консенсусный документ. Раневой экссудат: эффективная оценка и лечение. Реклама. РУ РЗН 2022/18939 от 25.11.2022. Повязка суперабсорбирующая с контактным слоем из силикона, самоклеящаяся, стерильная Zetuvit® Plus Silicone Border / Цетувит Плюс Силикон Бордер. Информация предназначена для специалистов здравоохранения.



Zetuvit® Plus Silicone

Авторы: Leanne Atkin, Simon Barrett, Paul Chadwick, Rosie Callaghan, Mark G Rippon, Alan A Rogers, Sue Simm. Источник: Evaluation of a superabsorbent wound dressing, patient and clinician perspective: a case series. J Wound Care. 2020 Mar 2;29(3):174–182.

Хронические
и труднозаживающие
раны

Оценка суперабсорбирующих раневых повязок с точки зрения пациента и врача: серия клинических случаев

Материалы и методы. Открытое несравнительное исследование клинических наблюдений за 50 пациентами с острыми или длительно незаживающими хроническими ранами с умеренной и высокой степенью экссудации, с оценкой терапии суперабсорбирующих повязок с контактным слоем из силикона Zetuvit® Plus Silicone. Длительность наблюдения каждого пациента — две недели (минимум четыре смены повязок).

Первичная цель. Оценка контроля экссудации при использовании повязок Zetuvit® Plus Silicone.

Вторичные цели. Оценка показателей, способствующих беспрепятственному заживлению ран (подготовка раневого ложа, процесс заживления, повреждение кожи [при снятии повязки], боль, время ношения).

Характеристика пациентов. > 18 лет, рана с умеренным или высоким уровнем экссудации; пол: М — 31 (65 %), Ж — 18 (35 %).

Результаты

Первичная цель: контроль экссудации из раны с помощью повязок Zetuvit® Plus Silicone оценен как «очень хорошо» — 91 %, «хорошо» — 7 %, «удовлетворительно» — 1 %, «неудовлетворительно» — 1 %.

Состояние кожи вокруг раны: «улучшилось» — 33 %, «не изменилось» — 53 %, «ухудшилось» — 14 %.

Вторичные цели: повязка легко снималась — 94 %, повязка не прилипла к ране и окружающей коже — 97 %, повязка предотвращала повреждение кожи вокруг раны — 71 % (рис. 1).

Рис. 1. Общая оценка повязки



Узнать больше:



В рамках исследования смена повязок осуществлялась каждые 2–4 дня в 58 % случаев. В 30,6 % случаев повязки менялись каждые 4–5 дней; > 5 дней в 11 % случаев (рис. 2).

Общая частота мацерации области краев раны снизилась с 45 % до 28 % к концу исследования (рис. 3).

При оценке раневого ложа отмечено уменьшение количества нежизнеспособных тканей (струп, некроз) и увеличение грануляционной ткани (рис. 4).

Средние показатели боли в ране «при смене повязки» и «между сменами повязок» в обоих случаях были достаточно низкими. Средний показатель боли при смене повязки снизился с 2,5 до 1,4. При этом средний показатель боли между сменами повязок уменьшился в течение исследования с 1,9 до 1,4.

Рис. 2. Количество дней между сменами повязок

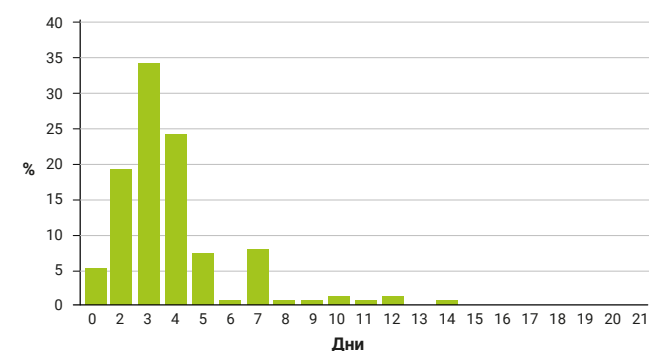
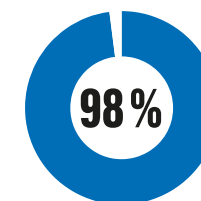
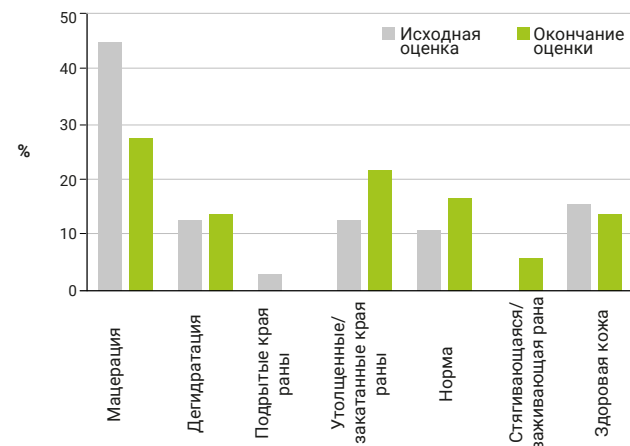
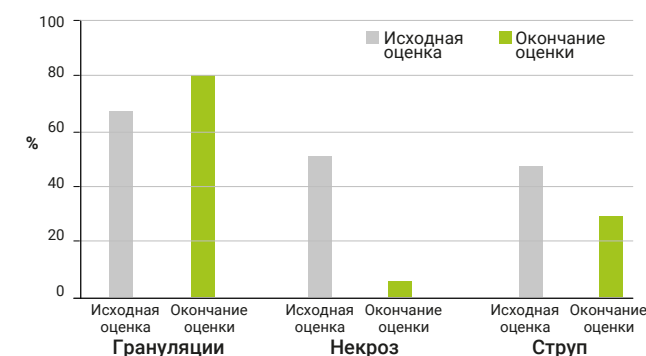


Рис. 3. Изменения состояния кожи в области краев раны



В 98 % случаев клиницисты оценили способность Zetuvit® Plus Silicone контролировать экссудат как «очень хорошо» и «хорошо».

Рис. 4. Изменения раневого ложа в течение периода оценки



В рамках проведенного исследования супер-абсорбирующих повязок с контактным слоем из силикона Zetuvit® Plus Silicone у 50 пациентов с разными типами ран было показано, что применение Zetuvit® Plus Silicone успешно контролирует экссудацию из раны в 98 % случаев, снижает концентрацию матричных металлопротеиназ (ММП) в ране, снижает частоту мацерации краев раны и кожи вокруг раны, способствуя более быстрому сокращению площади раны, не прилипает к раневому ложу и коже вокруг раны, уменьшая повреждение раны и способствуя безболезненным перевязкам благодаря наличию силиконового слоя.



Zetuvit® Plus Silicone Border

Авторы: Barrett S, Rippon M, Rogers AA. Источник: Treatment of 52 patients with a self-adhesive siliconised superabsorbent dressing: a multicentre observational study. J Wound Care. 2020 Jun 2;29(6):340–349.

Хронические
и труднозаживающие
раны

Терапия 52 пациентов с применением самоклеящейся силиконизированной суперабсорбирующей повязки: многоцентровое наблюдательное исследование

Материалы и методы. Открытое несравнительное исследование клинических наблюдений за 52 пациентами с острыми или длительно незаживающими хроническими ранами, характеризующимися умеренной и высокой степенью экссудации, и оценка терапии суперабсорбирующими повязками с контактным слоем из силикона Zetuvit® Plus Silicone Border. Длительность наблюдения каждого пациента — две недели (минимум четыре смены повязок).

Первичная цель. Оценка контроля экссудации при использовании повязок Zetuvit® Plus Silicone Border.

Вторичные цели. Оценка показателей, способствующих беспрепятственному заживлению ран (подготовка раневого ложа, процесс заживления, повреждение кожи [при снятии повязки], боль, время ношения).

Характеристика пациентов. > 18 лет, рана с умеренным или высоким уровнем экссудации; пол: М — 31 (65 %), Ж — 21 (40 %).

Хронические раны. Венозные трофические язвы — 40 %, язвенные дефекты при синдроме диабетической стопы — 29 %, пролежни — 8 %, злокачественные заболевания — 8 %; время существования ран на момент включения 818,6 (±1704,9) дней, а средняя исходная площадь раны составила 77,1 (±313,6) см². На момент включения проводилось лечение повязками: губчатые, суперабсорбирующие и противомикробные повязки (26 %, 25 % и 20 % соответственно).

Результаты. Рис. 1

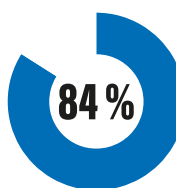
Первичная цель: повязки Zetuvit® Plus Silicone Border эффективны в отношении контроля экссудации в 94 % случаев.

Вторичные цели: подготовка раневого ложа: снижение количества струпа с 36 % до 26 % к концу исследования; увеличение количества грануляций с 63 % до 69 %; предотвращение прилипания повязки — 79 %, а также предотвращения поражения тканей в ране и кожи вокруг раны — 75 % и 72 % соответственно.

Состояние области краев раны улучшилось в 29 %, не изменилось в 60 %, ухудшилось в 11 % случаев к концу исследования.

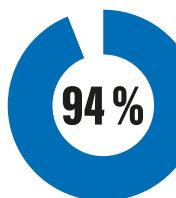
Состояние области кожи вокруг раны улучшилось в 36 %, не изменилось в 50 %, ухудшилось в 14 % случаев к концу исследования.

Смена повязок у пациентов: < 4 дней — 70,2 %; 4–5 дней — 21,1 % и > 5 дней — 8,7 %.



Предотвращение боли при снятии повязки было оценено на «отлично» и «хорошо» у 84 % пациентов.

В рамках проведенного исследования повязок Zetuvit® Plus Silicone Border у 52 пациентов с разными типами ран было показано, что использование повязок Zetuvit® Plus Silicone Border успешно контролирует экссудацию из раны в 94 % случаев, снижает количество струпа и увеличивает количество грануляций в ране, снижает концентрацию матричных металлопротеиназ (ММП) в ране; снижает частоту мацерации краев раны и кожи вокруг раны, способствуя более быстрому сокращению площади раны; способствует безболезненному перевязкам благодаря наличию силиконового слоя.

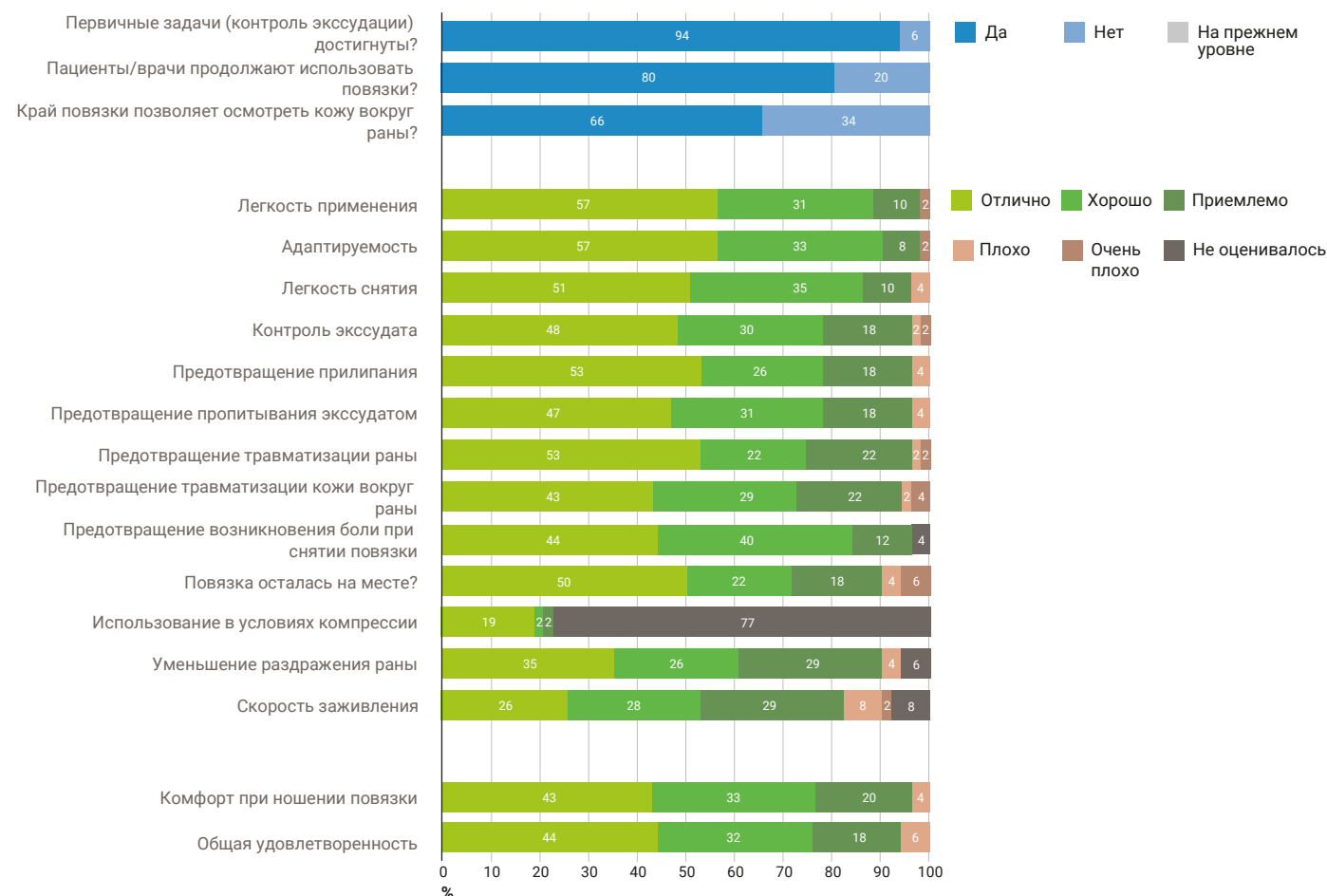


Контроль экссудата в ране был эффективен в 94 % случаев.

Узнать больше:



Рис. 1. Общая оценка повязки. В исследовании приняли участие 10 врачей-исследователей. Опросники для общей оценки перевязочного материала были заполнены у 51 из 52 (98 %) пациентов.





Zetuvit® Plus Silicone

Авторы: Корейба К. А., Лукин П. С., Кривошеков Е. П.

Источник: Амбулаторная хирургия. 2025;22(1):252–257.

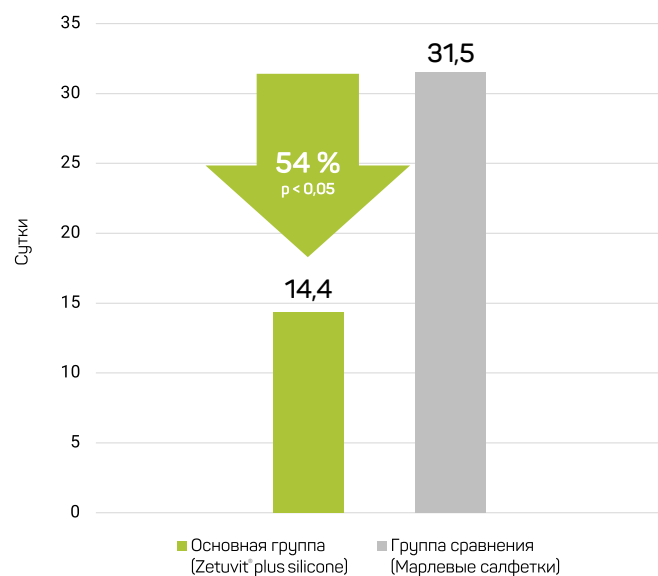
Сорбирующие повязки на амбулаторном этапе лечения тканевых дефектов у пациентов с синдромом диабетической стопы

Цель. Изучить местное воздействие современных сорбирующих повязок на течение раневого процесса при синдроме диабетической стопы.

Материалы и методы. Рандомизированное проспективное исследование по изучению эффективности применения суперабсорбирующих повязок с контактным слоем из силикона (Zetuvit® Plus Silicone) для лечения трофических язв у пациентов с синдромом диабетической стопы в сравнении с лечением марлевыми салфетками. В исследование было включено 296 пациентов, которым проводилось лечение в амбулаторных условиях. Все пациенты были разделены на две группы исследования. В основную группу (Zetuvit® Plus Silicone) вошли 154 пациента, средний возраст пациентов — 54,7 года. В группу сравнения (местное лечение ран с применением марлевых салфеток) вошли 142 пациента, средний возраст составил 52,5 года. Обе группы сравнимы по гендерному признаку, возрасту, степени трофических проявлений. Длительность заболевания СД в обеих группах составила $11,52 \pm 4,41$ года, наличие трофической язвы в течение $5,44 \pm 2,23$ года. При определении степени поражения тканей стопы использована классификация Е. Wagner. В исследование включили пациентов с клинической группой W2 (глубокая язва с поражением кожи, подкожной клетчатки, мышц).

Пациенты обеих групп получали лечение: суточную коррекцию уровня глюкозы, препараты α-липоевой кислоты, витамины группы В, дезагреганты, ангиотропные препараты, антибактериальную терапию с учетом выделенной микрофлоры и ее чувствительности к антимикробным препаратам.

Очищение язв и появление грануляций



Пациентам группы сравнения проводилось местное лечение трофической язвы с помощью марлевых повязок с метилурациловой мазью, которые менялись один раз в сутки. В местное лечение трофических язв у пациентов основной группы были включены суперабсорбирующие повязки Zetuvit® Plus Silicone, которые накладывались на раневую поверхность один раз в 3–5 сут.

Результаты

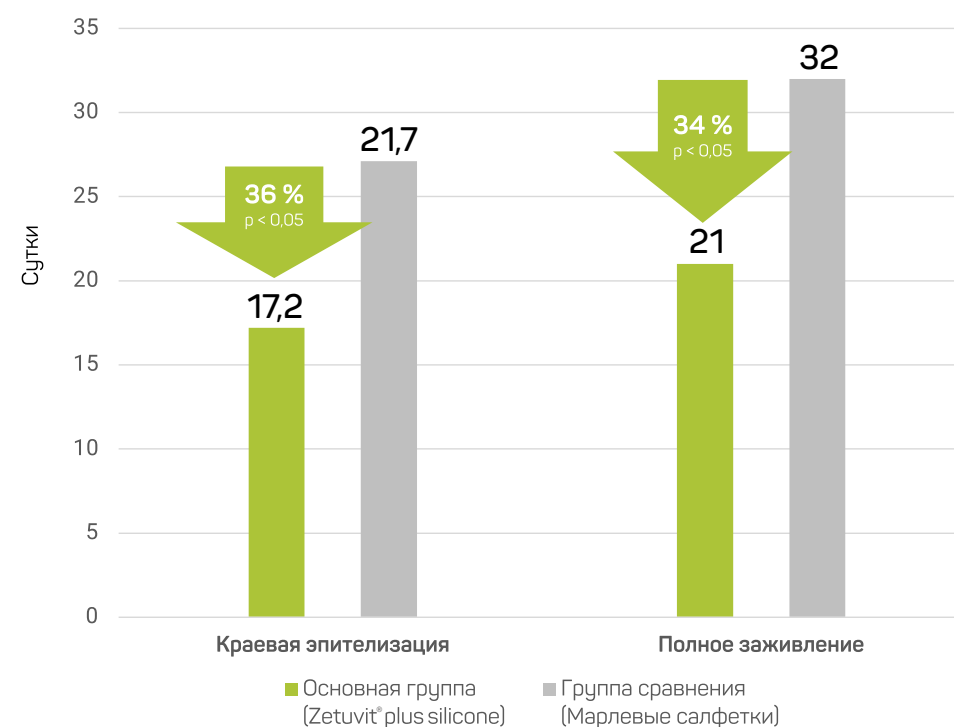
- Очищение язв и появление грануляций в группе Zetuvit Plus Silicone происходило быстрее, чем в группе сравнения на 54 % (14,4 сут. vs 31,5 сут. $p < 0,05$).
- Появление краевой эпителизации в группе Zetuvit® Plus Silicone происходило быстрее, чем в группе сравнения на 36 % (17,2 сут. vs 27,1 сут. $p < 0,05$).
- Полное заживление ран в группе Zetuvit® Plus Silicone происходило быстрее, чем в группе сравнения на 34 % (21 сут. vs 32 сут. $p < 0,05$).
- Средние сроки амбулаторного лечения (применение повязок) в группе Zetuvit® Plus Silicone были меньше, чем в группе сравнения на 39 % (18,3 дней vs 30,0 дней).

Суперабсорбирующие повязки Zetuvit® Plus Silicone действуют на всех стадиях раневого процесса, улучшают процесс регенерации тканей. Применение этого вида перевязочных средств сокращает средние сроки лечения пациентов с осложненными формами синдрома диабетической стопы и увеличивает доступность оказания медицинской хирургической помощи в поликлинике, сокращая количество посещений с целью проведения перевязок.

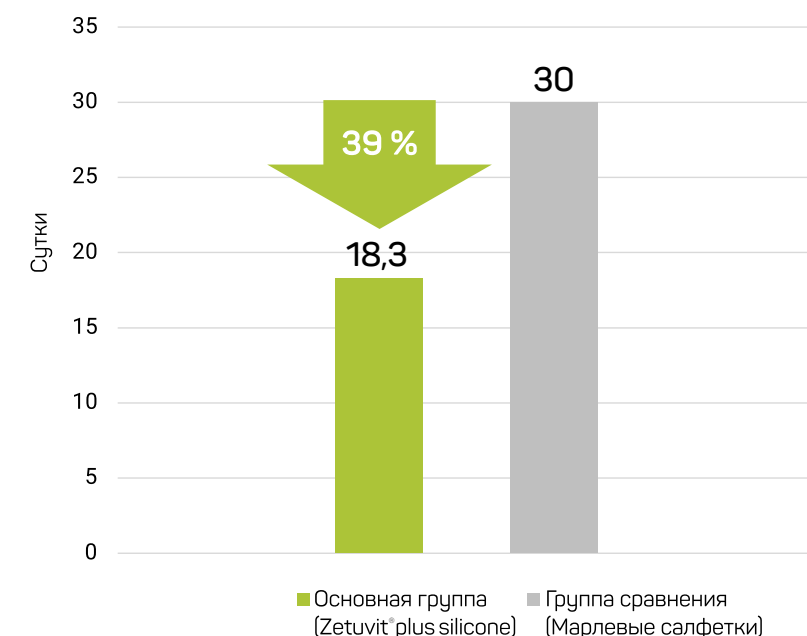
Узнать больше:



Появление краевой эпителизации и полное заживление ран



Средние сроки амбулаторного лечения (применение повязок)





Zetuvit® Plus Silicone / Zetuvit® Plus Silicone Border

Авторы: Журавлева М. В., Кокушкин К. А., Лучинина Е. В., Крысанова В. С.,
Лучинин Е. А., Петриков А. С., Лесовик В. С.
Источник: РМЖ. Медицинское обозрение. 2024; Т. 8, № 4, с. 195–200

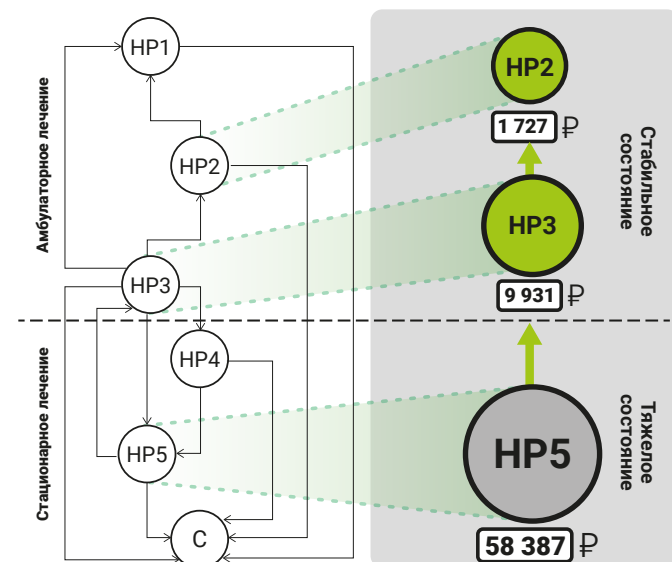
Фармакоэкономика

Оптимизация лечения хронических экссудирующих ран и язв нижних конечностей: экономическое и клиническое обоснование новых подходов

Методология исследования

- Проведен клинко-экономический анализ применения суперабсорбирующих повязок Zetuvit® Plus Silicone / Zetuvit® Plus Silicone Border при лечении умеренно и выражено экссудирующих хронических незаживающих ран / язв нижних конечностей.
- Использована модель Маркова с горизонтом анализа 24 недели (6 месяцев) и двухнедельным циклом наблюдения (рис. 1).
- В модели учитывались пять состояний пациента: от тяжелой раны с осложнениями до полного заживления раны.

Рис. 1. Модель Маркова, отражающая переход больных из одного состояния в другое и стоимость лечения в зависимости от состояния раны



HP1 — заживление (эпителизация раны), HP2 — незаживающая рана с положительной динамикой (рана с тенденцией к заживлению), HP3 — незаживающая рана статичная (рана без тенденции к заживлению или с тенденцией к ухудшению), HP4 — незаживающая рана с отрицательной динамикой (рана с признаками ухудшения, отрицательная динамика), HP5 — незаживающая тяжелая рана с осложнениями (рана инфицирована или есть иные признаки ухудшения, требующие госпитализации), C — смерть по любой причине.

ВАЖНО! Наибольшие затраты связаны с тяжелым течением заболевания и оказанием медицинской помощи в стационаре.

- Расчеты производились с позиции системы здравоохранения РФ на основании Программы государственных гарантий.
- Данные для моделирования взяты из метаанализов и опубликованных исследований.
- В рамках исследования учитывались прямые медицинские затраты, включающие стоимость повязки, и затраты на другую медицинскую помощь (рис. 2 и 3).

Рис. 2. Средняя цена на перевязочный материал



Применение современных перевязочных средств способствует снижению вероятности ухудшения состояния и снижению затрат на лечение осложнений.

Узнать больше:



Основные результаты на одного пациента

Затраты на перевязочные материалы

- Zetuvit® Plus Silicone / Zetuvit® Plus Silicone Border: 100,6 тыс. руб.
- Стандартная терапия: 292,7 тыс. руб.
- Экономия: 192,2 тыс. руб.

Применение суперабсорбирующих повязок Zetuvit® Plus Silicone / Zetuvit® Plus Silicone Border позволяет снизить затраты на перевязочные материалы на 65,6 % (рис. 3).

Суммарные затраты на одного пациента

- Zetuvit® Plus Silicone / Zetuvit® Plus Silicone Border: 319,0 тыс. руб.
- Стандартная терапия: 514,8 тыс. руб.
- Экономия: 195,8 тыс. руб.

Применение суперабсорбирующих повязок Zetuvit® Plus Silicone / Zetuvit® Plus Silicone Border позволяет снизить суммарные затраты на оказание медицинской помощи на 38 % (рис. 3).

Рис. 3. Затраты на перевязочные материалы и суммарные затраты на медицинскую помощь



Общая экономия для системы здравоохранения РФ при прогнозируемой численности больных (307,4 тыс. пациентов): 60,2 млрд руб.

Zetuvit® Plus Silicone / Zetuvit® Plus Silicone Border способствует:

- улучшению клинических исходов лечения;
- уменьшению расходов на перевязочные средства;
- уменьшению расходов на медицинскую помощь;
- уменьшению нагрузки на медицинский персонал;
- повышению качества медицинской помощи;
- экономии бюджетных средств.

Основной вывод

Применение суперабсорбирующих повязок Zetuvit® Plus Silicone / Zetuvit® Plus Silicone Border при лечении хронических экссудирующих ран и язв нижних конечностей в течение 6 месяцев позволяет существенно снизить затраты как на перевязочные материалы, так и на медицинскую помощь в целом, обеспечивая экономию бюджетных средств.



Zetuvit® Plus Silicone / Zetuvit® Plus Silicone Border

Автор: Цветков Виталий Олегович
профессор, заведующий кафедрой хирургии ИПО 1 МГМУ им. И. М. Сеченова, отделение
гнойной хирургии Университетской клиники РУДН им. В. В. Виноградова, д. м. н.

Клинический случай: трофические венозные язвы у пациентки 76 лет

Пациент

Пол — женский, возраст — 76 лет

Фото 1



Фото 2



Фото 3



Фото 4



Диагноз

Посттромбофлебитический синдром, хроническая венозная недостаточность нижних конечностей СЕАР6. Морбидное ожирение, постинфарктный кардиосклероз, артериальная гипертензия, хроническая недостаточность кровообращения. Сахарный диабет 2-го типа. Обширные трофические язвы обеих голей.

Анамнез

Пациентка, страдающая постинфарктным кардиосклерозом (инфаркт миокарда неизвестной давности по данным ЭКГ), хронической недостаточностью кровообращения класс IIIC, артериальной гипертензией, морбидным ожирением (рост 165 см, вес 112 кг, индекс массы тела 41,1), сахарным диабетом (2-й тип, целевой уровень HbA1 — 7,5 ммоль/л). После перенесенного тромбофлебита в течение трех лет отмечает наличие обширных незаживающих трофических язв обеих голей, сопровождающихся выраженным болевым синдромом (оценка по шкале ВАШ 7–8 баллов) и обильной серозно-гнойной экссудацией. Рекомендованную компрессионную терапию не проводила в связи с болевым синдромом.

Результаты обследования

При поступлении состояние больной средней степени тяжести. ЧСС — 88 в 1 мин, АД — 160/90 мм рт. ст.

Локальный статус: обе голени и стопы отечны, в средней и нижней трети голей имеются обширные поверхностные полуциркулярные трофические язвы с обильным серозно-гнойным экссудатом, перевязки и манипуляции резко болезненны.

Проведено обследование: по данным ЭхоКГ признаки гипертрофии миокарда, зон акинеза не выявлено, ФВ — 41 %.

УЗАС вен нижних конечностей: глубокие и подкожные вены проходимы, имеются признаки недостаточности клапанов коммуникантных вен обеих голей.

УЗАС артерий нижних конечностей: признаки мультифокального стеноза артерий обеих голей до 50 % без гемодинамически значимых нарушений.

Посев из раны: выделена ассоциация St.Aureus (MRSA) и полирезистентный штамм Acinetobacter.

Лечение

Больной проводилось комплексное консервативное лечение, включавшее гипотензивную и диуретическую терапию, сахароснижающую и антибактериальную терапию с учетом чувствительности выделенной микрофлоры (линезолид 600 мг × 2 раза в день). Строгий постельный режим в течение пяти дней, после чего начата компрессионная терапия эластичными бинтами низкой степени растяжимости.

Местное лечение трофических язв проводили с использованием современных суперабсорбирующих раневых покрытий на основе полиакрилата натрия. На перевязках выполняли промывание ран водным раствором антисептика (хлоргексидин 0,02 %), другая местная антибактериальная терапия не проводилась.

Первые сутки после начала применения раневого покрытия Zetuvit® Plus Silicone / Zetuvit® Plus Silicone Border в сочетании с компрессионной терапией. Обильное серозно-гнойное отделяемое из ран (**фото 1**). Ежедневные перевязки для контроля за течением раневого процесса.

На третьи сутки отмечено изменение характера и уменьшение количества экссудата, уменьшение отека голей. Субъективно пациентка отмечает уменьшение болевого синдрома (ВАШ — 3) (**фото 2**).

Пятые сутки лечения — вид повязок. Умеренное пропитывание повязок серозным экссудатом. Смена повязок не производится, перевязки один раз в два, а затем в три дня (**фото 3**). Начата компрессионная терапия бинтами низкой степени растяжимости.

На пятые сутки на фоне компрессионной терапии начата активизация пациентки. Отмечено существенное уменьшение болевого синдрома (ВАШ — 2), уменьшение локальных признаков воспаления. Системная антибактериальная терапия отменена.

На девятые сутки от начала лечения — заживление трофических язв (**фото 4**).

Выводы

Данное клиническое наблюдение демонстрирует важность комплексного подхода к лечению длительных незаживающих трофических язв у коморбидных пациентов.

В данном случае неэффективность предыдущего лечения была обусловлена низкой комплаентностью пациентки, сложностью выполнения рекомендаций по компрессионной терапии с связи с повышенным индексом массы тела, а также выраженным болевым синдромом.

Включение в комплекс лечения современных суперабсорбирующих раневых покрытий на основе суперабсорбирующего полимера позволило уменьшить резорбцию инфицированного экссудата из ран, что способствовало быстро купировать признаки воспаления и болевого синдрома и обеспечить начало патогенетически обоснованной компрессионной терапии, ограничить системную антибактериальную терапию коротким курсом внутривенного введения антибиотика из группы резерва и исключить применение местных антибактериальных препаратов, малоэффективных в отношении полирезистентной раневой микрофлоры.

Следует отметить легкость смены повязок, особенно Zetuvit® Plus Silicone, у пациентки с выраженным болевым синдромом. По мере уменьшения количества раневого экссудата интервал между перевязками увеличили от ежедневных до одного в три дня, что не сказалось отрицательно на течении раневого процесса и создало условия для быстрой полной эпителизации трофических язв.



Zetuvit® Plus Silicone / Zetuvit® Plus Silicone Border

Автор: Цветков Виталий Олегович,
профессор, заведующий кафедрой хирургии ИПО 1 МГМУ им. И. М. Сеченова, отделение
гнойной хирургии Университетской клиники РУДН им. В. В. Виноградова, д. м. н.

Клинический случай: септикопиемия, множественные обширные гнойные очаги мягких тканей на фоне спондилодисцита L1-L2

Пациент

Пол — мужской, возраст — 56 лет

Фото 1. Состояние после вскрытия и санации гнойных очагов. Вид раны через одни сутки использования повязки Zetuvit® Plus Silicone Border. Обильное серозно-гнойное отделяемое из раны.



Фото 2. Вид раны левой ягодичной области того же пациента через одни сутки использования повязки Zetuvit® Plus Silicone. Обильное гнойное отделяемое из раны. На фоне применения суперабсорбирующей повязки остаточного экссудата в ране нет.



Фото 3. Вид ран пациента через двое суток после наложения вторичных швов на раны и через 11 дней от начала лечения повязками Zetuvit® Plus Silicone / Zetuvit® Plus Silicone Border

Диагноз

Спондилодисцит L1-L2. Флегмона забрюшинного пространства, обеих ягодиц, правого бедра.

Анамнез

Пациент в течение двух месяцев отмечал выраженные боли в пояснице, по поводу чего проходил лечение у невролога. На фоне применения нестероидных противовоспалительных препаратов отмечал временное улучшение. В течение 12 дней отмечалось повышение температуры тела до 39 °С, появление и нарастание болей в ягодичных областях и правом бедре, по поводу чего госпитализирован в гнойное хирургическое отделение.

При поступлении состояние пациента тяжелое. Гемодинамика нестабильна, ЧСС — 108 в 1 мин, АД — 85/50 мм рт. ст.

При лабораторном исследовании выявлен выраженный лейкоцитоз 39,09 × 109/л. Повышение СРБ до 210 мг/л, прокальцитонин — 0,6нг/мл.

По данным клинического и УЗ-исследования, установлен диагноз флегмоны обеих ягодичных областей и правого бедра, забрюшинной флегмоны.

Обследование

При дообследовании, по данным МРТ, выявлены признаки ограниченных жидкостных скоплений, вероятно септического характера, в межпозвонковом диске на уровне L1-L2, интрадурально экстрамедуллярно сзади, на уровне L2-L5 с деформацией волокон конского хвоста и экстрадуральное отграниченное жидкостное скопление в крестцовом канале, на уровне S1, с распространением вдоль дуральных воронок.

Жидкостные скопления (вероятнее септического характера) слева, в большой поясничной мышце и мышцах, выпрямляющих позвоночник.

При повторных посевах крови выявлен рост золотистого стафилококка (MSSA).

Установлен диагноз: спондилодисцит L1-L2. Септикопиемия: флегмоны обеих ягодичных областей, правого бедра, передние и задние эпидуральные абсцессы на уровне L2, L5-S1. Пиемические гнойные очаги в мышцах, выпрямляющих позвоночник, поясничной мышце слева, пресакральной клетчатке, гнойный артрит лучезапястного сустава слева. Сепсис, септический шок.

Лечение

В срочном порядке в день поступления произведено вскрытие и санация выявленных гнойных очагов: вскрытие флегмон правого бедра, ягодичных областей и левой подвздошной ямки, дренирование левого лучезапястного сустава.

Выполнено пункционное дренирование абсцессов в мышцах, выпрямляющих позвоночник и пресакральной клетчатке.

Проводилось лечение в отделении интенсивной терапии, включая эфферентные методы детоксикации, интенсивную инфузионную и направленную антибактериальную терапию.

На этом фоне отмечена стабилизация состояния пациента, постепенная нормализация показателей гемодинамики и купирование лабораторных признаков системной воспалительной реакции. Сохранялась обильная гнойная экссудация из ран ягодичных областей и правого бедра. Начато местное лечение ран с использованием суперабсорбирующих раневых повязок Zetuvit® Plus Silicone/Zetuvit® Plus Silicone Border. Смена повязок ежедневно.

Все раны зажили первичным натяжением, пациент выписан под амбулаторное наблюдение через 22 дня после поступления с рекомендациями продолжения пролонгированной направленной антибактериальной терапии, наблюдения невролога и контрольной МРТ для оценки динамики течения спондилодисцита.

Выводы

Активная радикальная хирургическая санация гнойных очагов является залогом успешного лечения тяжелой генерализованной хирургической инфекции, в том числе с множественными обширными пиемическими очагами.

Важным компонентом лечения является устранение источника эндогенной интоксикации, сокращение резорбции токсических метаболитов, провоспалительных цитокинов и других факторов воспаления из обширных гнойных очагов. Необратимая сорбция инфицированного раневого экссудата с помощью современных суперабсорбирующих раневых покрытий способствует быстрому купированию воспаления, устранению источника интоксикации и существенно повышает эффективность многокомпонентной интенсивной терапии сепсиса.

Высокая сорбционная емкость современных суперабсорбирующих раневых повязок позволяет выполнять смену повязки не чаще одного раза в сутки даже при обильной экссудации из раны.

Эффективное удаление инфицированного экссудата способствует быстрому переходу раневого процесса в фазу регенерации, что позволяет выполнить раннее хирургическое закрытие ран.



Zetuvit® Plus Silicone

Автор: Гармаев Александр Шагжиевич,
врач хирург, к. м. н.

Клинический случай: нагноившаяся атерома головы у пациентки 58 лет

Пациент

Пол — женский, возраст — 58 лет

Фото 1



Фото 2



Фото 3



Фото 4



Анамнез

Более 10 лет на волосистой части головы была атерома (киста сальной железы). За две недели до обращения атерома начала резко увеличиваться в размерах, потом появились воспалительные явления, открылся свищ с гнойным отделяемым и атероматозными массами (**фото 1**). На приеме предъявляла жалобы на боли в области образования и дискомфорт.

Лечение

В клинике под местной анестезией выполнены радикальная некрэктомия и иссечение атеромы. Наложены редкие наводящие швы, послеоперационная рана дренирована резиновым выпускником (**фото 2**). После операции сохранялось обильное серозно-геморрагическое отделяемое из большой остаточной полости.

Для того чтобы пациентка чувствовала себя комфортно и обильное отделяемое из раны надежно удерживалось повязкой, было принято решение накладывать абсорбирующие повязки Zetuvit® Plus Silicone с силиконовым контактным слоем, который не прилипает к волосистой части головы. Впитывающие повязки фиксировали на голове с помощью сетчатого трубчатого бинта (**фото 3**). Дренаж дважды меняли в течение четырех суток после операции, затем его удалили (**фото 4**). Через две недели после операции сняли швы. Заживление первичное.

Следует отметить, что повязки Zetuvit® Plus Silicone эффективно удерживают экссудат, создают благоприятные условия для заживления. Благодаря силиконовому контактному слою повязки не прилипали к волосам, обеспечивая безболезненность перевязок и комфорт для пациента.



Zetuvit® Plus Silicone Border

Автор: Бабушкина Юлия Владимировна,
Врач-эндокринолог кабинета диабетической стопы

Клинический случай: синдром диабетической стопы. Инфицированная трофическая язва стопы у мужчины 58 лет

Пациент

Пол — мужской, возраст — 58 лет

Фото 1



Фото 2



Фото 3



Анамнез

Сахарный диабет 2-го типа с 2018 г. В апреле 2024 г. натер ногу, появилась язва и отек стопы, лечился самостоятельно. Много ходил, отек не уменьшался, гиперемия стопы сохранялась, язва не заживала. Постепенно отметил появление деформации стопы.

Обследование

Температура 36,9 °C. Стопы теплые. Пульсация сохранена. Чувствительность снижена: тактильная до лодыжки, вибрационная 0 баллов на одном пальце.

Рентгенография стопы: деформация стопы по типу стопы-качалки, дислокации, деструкции костей предплюсны и оснований плюсневых костей, с консолидацией переломов, периостальной реакцией и склерозом.

УЗИ артерий: магистральный кровоток.

Диагноз

Сахарный диабет 2-го типа. Синдром диабетической стопы. Диабетическая нейроостеоартропатия правой стопы с поражением костей предплюсны. Хроническая (неактивная) стадия. Выраженная деформация стопы. Инфицированная трофическая язва подошвенной поверхности стопы и правой пяточной области. Инфекция легкой степени тяжести.

Описание раны до лечения: правая стопа деформирована по типу стопы-качалки с вальгусной деформацией костей предплюсны. На подошвенной поверхности стопы с переходом на медиальную поверхность язвенный дефект 3,5 × 4,5 см (**фото 1**). Гиперемия кожи вокруг раны до 2 см, пастозность стопы. Отделяемое серозное, обильное, без запаха. Глубина раны 3 мм. Грубые гиперкератозы по краям раны (удалены при хирургической обработке).

Лечение

План лечения

1. Разгрузка конечности — наложение индивидуальной разгрузочной повязки (съемный вариант).
2. Амоксициллин клавуланат 875мг × 2р/д — 14 дней.
3. Перевязки: активно промыть раствором антисептика (пронтосан, бетрадин), наложить стерильную марлевую повязку с антисептиком на рану — экспозиция 10–15 минут, удалить повязку. Наложить повязку Zetuvit® Plus Silicone Border. Перевязки один раз в 3–5 дней.

Описание раны через 14 дней (**фото 2**): на подошвенной поверхности стопы с переходом на медиальную поверхность язвенный дефект до 3,5 × 4,5 см с налетом фибрина. Гиперемия кожи вокруг раны регрессировала. Отделяемое серозное, умеренное, без запаха.

Описание раны через 30 дней (**фото 3**): отека и гиперемии нет, язвенный дефект на подошвенной поверхности уменьшился до 3,0 × 2,5 см, с активными грануляциями, отделяемое серозное, умеренное, без запаха.

Выводы

Комплексное лечение, включающее контроль инфекции, разгрузку конечности и местное лечение раны современными перевязочными средствами позволяет добиться сокращения размеров хронической раны уже за один месяц лечения. Применение абсорбирующих повязок с атравматичным контактным слоем из силикона позволяет сократить количество перевязок до одного раза в 3–5 дней, что позволяет длительно не снимать разгрузочное устройство, без риска мацерации кожи вокруг раны. Способность повязки оставаться на ране до пяти дней повышает приверженность пациентов к лечению.



Zetuvit® Plus Silicone Border

Автор: Никитин Вячеслав Геннадьевич,
врач-хирург, к. м. н.

Клинический случай: длительно незаживающая послеоперационная рана голени после металлоостеосинтеза

Пациент

Пол — мужской, возраст — 53 года

Фото 1



Фото 2



Фото 3



Фото 4



Фото 5



Фото 6



Анамнез

29.03.2025 закрытый трехлодыжечный перелом костей правой голени со смещением костных отломков, по поводу чего в экстренном порядке пациент был госпитализирован в стационар, где выполнена первичная фиксация области перелома гипсовой лонгетой. В ходе дальнейшего лечения был выявлен острый тромбоз глубоких вен правой голени с высокой угрозой тромбоэмболических осложнений, по поводу которого 07.04.2025 в экстренном порядке была выполнена имплантация кава-фильтра и начата системная антикоагулянтная терапия. Далее на фоне уменьшения отека правой голени и симптомов местного воспаления с целью репозиции и фиксации области перелома был установлен стержневой аппарат наружной фиксации (АНФ). После стабилизации состояния костных отломков и области перелома следующим этапом 17.04.2025 выполнен демонтаж стержневого АНФ, остеосинтез правой малоберцовой кости пластиной и винтами, фиксация межберцового синдесмоза позиционным винтом, остеосинтез внутренней лодыжки с помощью пластины и винтов. В послеоперационном периоде отмечена несостоятельность швов и расхождение линейной послеоперационной раны, расположенной в области наружной лодыжки. Швы были удалены. Начата местная консервативная терапия с использованием антисептических мазей. Пациент был выписан на амбулаторное лечение с гранулирующей послеоперационной раной области наружной лодыжки под наблюдение хирурга по месту жительства. В дальнейшем выполнялись регулярные перевязки с антисептическими мазями на водорастворимой основе. Несмотря на это, отмечалась задержка заживления раны. Вместе с тем в процессе местного лечения при использовании фиксирующего адгезивного пластыря отмечено покраснение кожи с четкими границами в области контакта с кожей и образование множественных эпидермальных дефектов по типу эрозий с наличием умеренного количества сукровичного раневого отделяемого. Также пациент отмечал чувство зуда и жжения в области кожных изменений, наличие выделений из области послеоперационной раны. Обратился за помощью к хирургу для амбулаторного лечения.

Результаты обследования

При осмотре определялся умеренный отек правой голени и стопы, покрытая фибрином экссудирующая гранулирующая рана области наружной лодыжки с четкими границами до 7,0 × 2,0 × 0,3 см. По передней поверхности правой голени у переднего края раны на фоне отека и умеренной гиперемии с четкими границами отмечено образование множественных эпидермальных раневых дефектов по типу эрозий с четкими границами, неправильной формы, размерами до 3,0 × 1,0 × 0,1 см, с наличием умеренно экссудирующих поверхностей

(фото 1, 2). Также отмечалась гиперестезия кожи в области раны. Острых расстройств регионарного артериального и венозного кровообращения не выявлено.

Клинический диагноз

Длительно незаживающая гранулирующая послеоперационная рана области наружной лодыжки правой голени. Местный эрозивный контактный дерматит. Состояние после металлоостеосинтеза по поводу закрытого трехлодыжечного перелома костей правой голени со смещением костных отломков от 17.04.2025.

Фото 7



Фото 8



Фото 9



Фото 10



Лечение

С учетом текущего состояния раны и окружающих тканей после антисептической обработки раневого ложе было укрыто с помощью суперабсорбирующей повязки на силиконовой основе Zetuvit® Plus Silicone border на 72 часа. При этом дополнительные фиксирующие материалы не использовались (фото 3, 4). С целью улучшения венозного оттока и профилактики развития отека дополнительно был использован эластичный компрессионный гольф 2-го класса компрессии.

При первой перевязке через 48 часов был отмечен умеренный регресс симптомов эрозивного контактного дерматита в виде уменьшения локального отека и гиперемии в области раны, снижение уровня экссудации со стороны эрозивных кожных поверхностей. Также отмечалась активизация репаративных процессов со стороны послеоперационной раны (фото 5, 6). При этом пациент отметил значительное уменьшение дискомфортных ощущений и болезненности в области использования раневой повязки.

В связи с достаточным сорбционным ресурсом повязки и положительной клинической динамикой со стороны послеоперационной раны и окружающей кожи было решено продолжить местное лечение с использованием суперабсорбирующей повязки на силиконовой основе Zetuvit® Plus Silicone border на срок до 96 часов.

При оценке состояния раны на восьмые сутки амбулаторного лечения отмечена дальнейшая положительная динамика в виде уменьшения размеров послеоперационной раны и раневой экссудации, а также полной эпителизации эрозивных поверхностей и купирования острых проявлений местного контактного дерматита. При этом зарегистрировано сквозное промокание всех слоев повязки Zetuvit® Plus Silicone border без признаков подтекания раневого отделяемого и местных явлений краевой мацерации (фото 7, 8). Пациент отметил отсутствие местных дискомфортных ощущений. С целью профилактики возможного рецидива дерматита и контроля над раневой экссудацией повязка Zetuvit® Plus Silicone border была использована в третий раз на срок до 48 часов.

При заключительной оценке состояния раны и окружающих тканей на 11-е сутки амбулаторного лечения отмечено дальнейшее уменьшение локального отека и размеров послеоперационной раны. Отмечались признаки активной раневой контракции и формирования рубца, значительное уменьшение раневой экссудации и полное купирование симптомов контактного дерматита (фото 9, 10). При этом пациент отмечал полное отсутствие дискомфортных ощущений в области использования раневой повязки.

Выводы

Использование суперабсорбирующей повязки на силиконовой основе Zetuvit® Plus Silicone border в качестве местной монотерапии позволило в относительно короткий срок купировать симптомы эрозивного контактного дерматита, сохранять контроль над умеренной раневой экссудацией в течение 48–96 часов и дополнительно стимулировать репаративно-регенераторные процессы в длительно незаживающей послеоперационной ране. При этом лечебное действие повязки сохранялось на высоком уровне в условиях регулярного использования компрессионной терапии.



Zetuvit® Plus Silicone + Omnifix® Silicone

Автор: Никитин Вячеслав Геннадьевич,
врач-хирург, к. м. н.

Клинический случай: пациент с пролежнем крестцовой области II стадии после спинномозговой травмы

Пациент

Пол — мужской, возраст — 68 лет

Фото 1



Фото 2



Фото 3



Фото 4



Фото 5



Фото 6

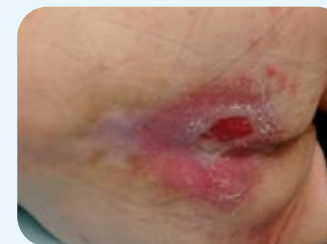


Фото 7



Фото 8



Анамнез

Пациент 68 лет поступил в стационар реабилитационного профиля с нарушениями функций центральной и периферической нервной системы после спинномозговой травмы.

При осмотре в крестцовой области определяется раневой пролежневый эпидермальный дефект неправильной формы, общими размерами до 3,0 × 2,0 × 0,1 см, со значительным сукровичным отделяемым и мацерацией краев раны (**фото 1**). Установлен хирургический диагноз: пролежень крестцовой области II ст. Локальная мацерация кожи области раны.

Лечение

После антисептической обработки раны начато местное лечение с использованием суперабсорбирующей повязки на силиконовой основе Zetuvit® Plus Silicone с частотой замены не реже, чем каждые 72 часа (**фото 2**). Для осуществления дополнительной абсорбции и в качестве способа фиксации были использованы послеоперационные клеевые пластырные повязки.

На 7-е сутки от начала лечения был отмечен регресс симптомов мацерации, снижение уровня раневой экссудации. Также отмечалась активизация репаративных процессов со стороны раны (**фото 3**). Дополнительно с целью контроля недержания мочи и кала использованы одноразовые подгузники.

При очередной перевязке на 13-е сутки отмечены симптомы острого контактного дерматита в области фиксации клеевых пластырных повязок (**фото 4**). В связи с этим было решено временно отказаться от обязательного использования подгузников в пользу регулярного гигиенического ухода, а для контурной фиксации абсорбирующей повязки Zetuvit® Plus Silicone использовать гипоаллергенный пластырь с силиконовым контактным слоем Omnifix® Silicone (**фото 5**). Дополнительно для купирования симптомов острого контактного дерматита регулярно использовали комбинированную противовоспалительную мазь на гормональной основе.

На 15-е сутки отмечен регресс симптомов острого дерматита и улучшение состояния пролежневой раны — уменьшение интенсивности раневых выделений и отсутствие локальной мацерации кожи. При этом сохранялся гранулирующий пролежневый дефект с четкими границами, размерами до 1,8 × 1,2 × 0,1 см, со скудным сукровичным отделяемым без местных признаков мацерации и перифокального воспаления (**фото 6**).

Местное лечение посредством использования суперабсорбирующей повязки на силиконовой основе Zetuvit® Plus Silicone с частотой замены не реже чем каждые 72 часа оставлено без изменений. Для контурной фиксации повязки и профилактики рецидива симптомов контактного дерматита продолжено использование пластыря Omnifix® Silicone на основе

силикона и комбинированной противовоспалительной мази на гормональной основе.

На 18-е сутки при удовлетворительной фиксации повязки Zetuvit® Plus Silicone с помощью пластыря на основе силикона Omnifix® Silicone отмечено уменьшение площади раны, дальнейшее снижение уровня раневой экссудации, отсутствие симптомов локальной мацерации и появление признаков начальной краевой эпителизации. Явления контактного дерматита были практически купированы (**фото 7**). На 21-сутки отмечена дальнейшая эпителизация пролежневой раны при отсутствии признаков локальной мацерации и при полном купировании симптомов местного контактного дерматита. При этом признаков микроповреждений кожи в области пролежневой раны выявлено не было (**фото 8**). Пациент был выписан для дальнейшего лечения под наблюдение хирурга по месту жительства.

Выводы

Использование суперабсорбирующей повязки на силиконовой основе Zetuvit® Plus Silicone в качестве местной монотерапии пролежня крестцовой области II ст. у пациента с выраженным неврологическим дефицитом — спастическим тетрапарезом и полным отсутствием чувствительности в области тазового пояса позволило в течение срока прохождения курса реабилитационного лечения купировать симптомы локальной мацерации, сохранять контроль над раневой экссудацией и дополнительно стимулировать репаративно-регенераторные процессы в пролежневой ране.

Вместе с тем использование гипоаллергенного пластыря Omnifix® Silicone на основе силикона позволило добиться продолжительной и качественной контурной фиксации повязки в условиях кожи, ранее скомпрометированной вследствие развившегося контактного дерматита.

Использование перевязочных средств на основе силикона позволило в оптимальные сроки купировать имеющиеся местные осложнения, предотвратить дальнейшее развитие пролежня и стимулировать репаративно-регенераторные процессы в пролежневой ране.



Zetuvit® Plus Silicone

Автор: Галимзянов Салават Радикович,
врач-онколог, ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства
здравоохранения Республики Татарстан имени профессора М. З. Сигала», г. Казань

Клинический случай: пролежень крестцовой области III–IV стадии

Пациент

Пол — мужской, возраст — 73 года

Фото 1. День 1



Фото 2. День 3



Фото 3. День 7



Анамнез

Пациент на амбулаторном наблюдении. При осмотре хирургом был выявлен обширный некроз тканей, края подрытые, кожа вокруг раны воспалена, экссудация умеренная (фото 1). Поставлен диагноз: пролежень крестцовой области, III–IV стадии.

Лечение

Была выполнена некрэктомия и наложена суперабсорбирующая повязка Zetuvit® Plus Silicone.

Результат

На третьи сутки наблюдается уменьшение площади раны и воспаления кожи вокруг раны. Перевязки ежедневно (фото 2).

На седьмые сутки площадь раны еще уменьшилась, дно раны стало заполняться грануляциями. Практически отсутствует воспаление краев раны. Экссудация умеренная (фото 3).



Zetuvit® Plus Silicone

Автор: Гнетова О. В.,
врач отделения паллиативной медицинской помощи

Клинический случай: распадающаяся опухоль на лице

Пациент

Пол — женский, возраст — 75 лет

Фото 1



Фото 2



Фото 3



Фото 4



Анамнез

Пациентка находилась в паллиативном отделении городской больницы с распадающейся опухолью на лице.

Рана занимает всю правую часть лица, с бугристой поверхностью, с неприятным запахом, кровоточит при смене марлевых повязок. При осмотре на поверхности раны некрозы, наложения фибрина, обильная экссудация (фото 1).

Лечение

На рану наложена суперабсорбирующая повязка Zetuvit® Plus Silicone. Фиксация с помощью бинта (фото 2).

Результат

На третьи сутки наблюдалось обильное пропитывание повязки Zetuvit® Plus Silicone экссудатом. Уменьшился запах из раны. Смена повязки безболезненная, без травмирования тканей и кровоточивости (фото 3).

В течение шести дней проводились перевязки два раза в сутки. На шестой день запаха из раны практически не было, протекания и подтекания экссудата не выявлено. Раневая поверхность значительно очистилась, кровоточивости нет (фото 4).



Zetuvit® Plus Silicone

Автор: Галимзянов Фарид Вагизович,
профессор, заведующий отделением гнойной хирургии ГАУЗ СО «СОКБ № 1»,
г. Екатеринбург, д. м. н.

Клинический случай: перфоративная язва 12-перстной кишки, разлитой перитонит

Пациент

Пол — мужской, возраст — 57 лет

Фото 1. День 1



Фото 2. День 1



Фото 3. День 2



Фото 4. День 7



Диагноз

Пациент поступил в отделение с диагнозом: перфоративная язва 12-перстной кишки, разлитой перитонит.

Лечение

Проведено оперативное лечение, язва ушита, брюшная полость не ушивалась (фото 1). В брюшную полость установлены дренажи, на область лапаротомной раны наложены суперабсорбирующие повязки Zetuvit® Plus Silicone (фото 2).

Результат

На вторые сутки наблюдалось обильное пропитывание повязки Zetuvit® Plus Silicone экссудатом. Протекание и подтекание экссудата из под повязки не наблюдалось. Отделяемое по дренажам значительно уменьшилось (фото 3).

В течение семи дней пациенту проводились ежедневные перевязки. На седьмой день воспаление в брюшной полости значительно уменьшилось, отделяемого по дренажам не было (фото 4).

На восьмые сутки брюшная полость была ушита и пациент переведен из реанимации в отделение.



Zetuvit® Plus Silicone Border

Автор: Галимзянов Фарид Вагизович,
врач-онколог, ГАУЗ «Республиканский клинический онкологический диспансер Министерства
здравоохранения Республики Татарстан имени профессора М. З. Сигала», г. Казань

Клинический случай: рана в результате распада паховых лимфоузлов с метастазами

Пациент

Пол — женский, возраст — 63 года

Фото 1. День 1



Фото 2. День 1



Фото 3. День 5



Фото 4. День 12



Диагноз

Рак вульвы с метастазами в паховые лимфатические узлы. Наблюдается распад паховых лимфоузлов справа. В ходе осмотра зоны распада лимфоузлов было выявлено выделение серозно-гнойного экссудата в большом количестве (фото 1).

Лечение

Лечение пациентки начато с проведения санации, дренирования инфицированной раны резиновыми выпускниками и наложения повязки Zetuvit® Plus Silicone Border + мазь Левомеколь (фото 2). Выбор самоклеящейся повязки Zetuvit® Plus Silicone Border был обусловлен местом наложения (паховая область), где трудно фиксировать традиционные перевязочные средства.

Результат

В ходе ежедневных перевязок на пятые сутки наблюдалось уменьшение местных воспалительных явлений, гиперемии кожи околораневой области, уменьшение экссудации (фото 3).

Повязка Zetuvit® Plus Silicone Border обеспечила контроль за экссудацией в ране, уменьшение воспаления кожи околораневой области, безболезненность перевязки и комфорт для пациентки (фото 4).

Самофиксирующиеся повязки Zetuvit® Plus Silicone Border имеют преимущества для фиксации в сложных участках тела. Повязка хорошо фиксировалась в паховой области, не смещалась, обеспечивала контроль за экссудацией в ране, уменьшение воспаления кожи околораневой области, безболезненность перевязки и комфорт для пациентки.

Omnifix® Silicone / Омнификс силикон¹

Инновационный фиксирующий пластырь
в рулоне для фиксации повязок всех видов



Деликатное удаление
для снижения риска
возникновения боли²



Для чувствительной
и хрупкой кожи²



Комфортное ношение²



Можно разрезать
и придать необходимую форму²



Водонепроницаемый²



Легкий в применении²



Надежная фиксация²



Не оставляет адгезивный
материал на коже²

Защитная прозрачная
ПЭТ-пленка



Основа: 100%-й полиэстер (PES),
нетканый материал

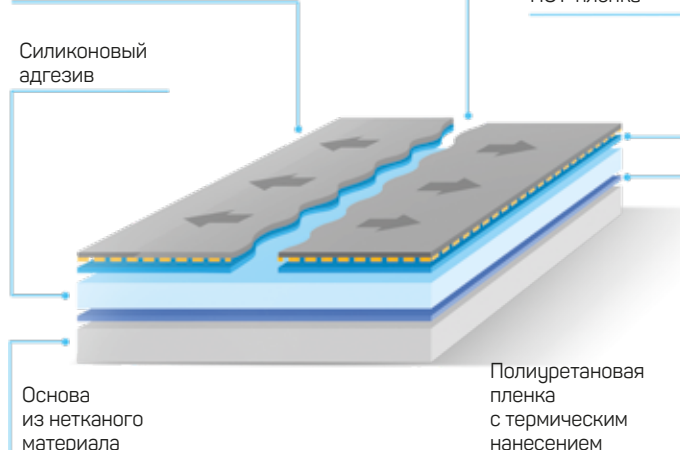
Направление для снятия
защитной пленки

Силиконовый
адгезив

Основа
из нетканого
материала

Разрез

Защитная
прозрачная
ПЭТ-пленка



Полиуретановая
пленка
с термическим
нанесением



Узнать больше:



Пластырь фиксирующий Omnifix® Silicone¹

инновационный пластырь в рулоне
для фиксации повязок всех видов



Комфорт и безопасность для пациентов



Omnifix® Silicone

Автор: Лямина Лилия Геннадьевна,
врач-хирург, к. м. н.

Клинический случай: желчнокаменная болезнь. Острый калькулезный холецистит. Состояние после холецистостомии

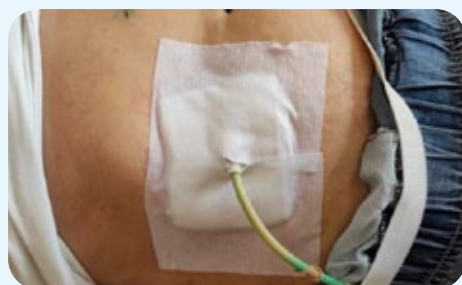
Пациент

Пол — женский, возраст — 68 лет

Фото 1



Фото 2



Диагноз

Желчнокаменная болезнь. Острый калькулезный холецистит. Состояние после холецистостомии.

Обследование

При ревизии места фиксации дренажа в послеоперационном периоде отмечалась достаточная фиксация дренажной трубки без подтекания желчи или экссудата. Вместе с тем пациентка во время перевязок отмечала выраженную болезненность во время смены пластырной повязки. Кожа в месте фиксации гиперемирована, отечна (**фото 1**). Принято решение о смене фиксирующего материала повязки.

Лечение

Определена индивидуальная реакция на фиксирующую продукцию пластырного типа на обычной клеевой основе, в связи с чем для снижения болевого синдрома и восстановления барьерных функций кожи в месте фиксации принято решение использовать пластырь Omnifix® Silicone.

В течение следующих четырех дней проводились ежедневные перевязки с пластырем Omnifix® Silicone (**фото 2**). Пациентка отмечала отсутствие болевых ощущений во время перевязок и отсутствие дискомфорта при ношении повязки. Объективно отмечалось снижение гиперемии кожи и отсутствие следов клея в месте фиксации повязки.



Omnifix® Silicone

Автор: Гармаев Александр Шагжиевич,
врач-хирург, к. м. н.

Клинический случай: нагноившаяся атерома мошонки у пациента 57 лет

Пациент

Пол — мужской, возраст — 57 лет

Фото 1



Фото 2



Фото 3



Анамнез

Множественные атеромы мошонки. Одна из них нагноилась. В течение недели воспалительные явления нарастали. Открылся свищ с гнойным отделяемым. Пациент предъявлял жалобы на боль и дискомфорт в области мошонки.

Лечение

В клинике под местной анестезией выполнили радикальную некрэктомию и иссечение образования. Наложили редкие наводящие швы (**фото 1**) и поставили дренаж для оттока отделяемого. На вторые сутки дренаж удалили. Местно ежедневно делали перевязки с антисептическими мазями на водорастворимой основе. Заживление первичное. На 12-е сутки сняли швы.

Наложение повязок в области промежности, как правило, сложная задача. Необходима надежная фиксация и деликатность. Для фиксации повязок у пациента использовали рулонный пластырь с силиконовым контактным слоем Omnifix® Silicone (**фото 2-3**). Пластырь хорошо адаптируется, принимает форму тела и фиксирует повязку.

Пациент отмечал, что весь послеоперационный период было комфортно с повязкой и не было больно или дискомфортно при снятии повязки. Пластырь не травмировал кожу мошонки.



Omnifix® Silicone

Автор: Шакирова Ксения Павловна,
врач анестезиолог - реаниматолог ОРИТ ФГБУ «НИИ ОММ», зав. ОРИТ, к. м. н.

Клинический случай: недоношенный ребенок в условиях инкубатора

Пациент

Пол — мужской, возраст — 22 дня

Фото 1. Фиксация
температурного датчика
с помощью Omnifix® Silicone



Фото 2. Снятие пластыря
Omnifix® Silicone



Диагноз

Недоношенность 27 недель. Масса тела 740 г.

Анамнез

Недоношенный мальчик от преждевременных оперативных родов. С рождения на ИВЛ. Состояние ребенка с рождения расценивалось как тяжелое за счет неврологической симптоматики, дыхательных нарушений на фоне недоношенности и морфофункциональной незрелости. При поступлении в отделение реанимации ребенок размещен в условиях клинического инкубатора. Для постоянного мониторинга температуры тела ребенку установлен датчик термометрии, который передает данные температуры тела на монитор.

Обследование: при поступлении в отделение реанимации проведен стандартный комплекс лабораторного и инструментального обследования.

Установка датчика

При установке датчика термометрии необходимо создать плотную и надежную фиксацию к коже пациента для обеспечения постоянного и адекватного снятия показателей температуры тела, даже при перемене положения тела. Пластырь должен быть атравматичным, гипоаллергенным и хорошо фиксировать в течении длительного времени, а также должен быть легким в использовании.

Для фиксации накожного датчика термометрии использовали пластырь Omnifix® Silicone (**фото 1**). Указанный пластырь был выбран, так как он легко адаптируется к изгибам тела, не стягивает тонкую и ранимую кожу глубоко недоношенного новорожденного. При этом пластырь надежно фиксируется к коже, что способствует плотному прилеганию датчика к телу ребенка. Силиконовая основа пластыря не вызывает раздражения, травматизации нежной поверхности кожи недоношенного малыша. Смена пластыря Omnifix® Silicone производилась раз в 1–2 дня. При смене пластыря раздражения и травматизации кожи не наблюдалось. Пластырь снимается быстро и безболезненно (**фото 2**).

Omnifix® Silicone поставляется в форме рулона. Это позволяет экономично использовать и легко регулировать его длину в зависимости от потребностей. Волнообразный разрез на защитной пленке обеспечивает удобную и простую методику наложения, позволяя легко моделировать пластырь.



Omnifix® Silicone

Автор: Барова Натуся Каплановна,
заведующая хирургическим отделением № 1 ГБУЗ «Детская краевая клиническая
больница» министерства здравоохранения Краснодарского края, главный внештатный
детский специалист хирург министерства здравоохранения Краснодарского края, к. м. н.

Клинический случай: флегмона верхней трети плеча и подмышечной области

Пациент

Пол — мужской, возраст — 16 лет

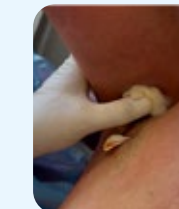
Фото 1. Рана после
оперативного лечения
(день 1)



Фото 2. Фиксация
повязки пластырем
Omnifix® Silicone



Фото 3. Перевязка раны
с использованием повязок из
волокон кальция-альгината (день 3)



Анамнез

Болеет с 19.06.2025 с с постепенно нарастающих припухания, болезненности и покраснения кожи в верхней трети правого плеча по внутренней поверхности с распространением на подмышечную область. Обратился в поликлинику, мальчик направлен на стационарное лечение.

Объективный статус состояние ребенка на момент поступления средней степени тяжести за счет болевого и интоксикационного синдромов. Температура тела 37,9 °С. Локальный статус. По внутренней поверхности верхней трети правого плеча с захватом подмышечной области определяется инфильтрация (консистенция мягко-эластическая) тканей размерами около 6 × 8 см. Кожа над инфильтратом и по его окружности шириной до 2 см гиперемирована, отечна, в центре размягчение. Пальпация области резко болезненна. Установленный диагноз: флегмона верхней трети плеча и подмышечной области.

Лечение

1. Оперативное лечение. Под общим обезболиванием произведено вскрытие, санация и дренирование гнойного очага. После трехкратной обработки операционного поля разрезом кожи до 4 см в месте флюктуации произведено вскрытие гнойной полости, выделено около 10 мл гноя с резким неприятным запахом. Взят бактериальный посев. При ревизии — имеет место полость, распространяющаяся на подмышечную область размерами 5 × 4 см. Выполнен кюретаж, санация полости гнойного очага антисептиками с последующим сквозным дренированием перчаточным выпускником через контрапертуру (**фото 1**). Наложена асептическая повязка, которая фиксировалась пластырем Omnifix® Silicone (**фото 2**).
2. Перевязки осуществлялись ежедневно. Со вторых по пятые сутки использовалась повязка из волокон кальция-альгината, фиксация пластырем Omnifix® Silicone (**фото 3**).
3. Курс антибактериальной терапии в возрастной дозировке семь дней.
4. Курс ФТЛ (УВЧ № 7).
5. Обезболивание первые двое суток.

В результате проведенного лечения (пять дней) местный гнойно-воспалительный процесс купирован. Дренажные раны сократились. Рана в верхней трети плеча заживает вторично, сокращается, чистая, дно раны выстлано грануляциями. Выписывается в удовлетворительном состоянии на амбулаторный этап лечения.

Выводы

Применение пластыря Omnifix® Silicone позволило:
надежно фиксировать повязку на участке тела со сложным анатомическим рельефом (подмышечная впадина);
моделировать повязку по форме и размеру, сохранить подвижность в плечевом суставе без опасения «отклеивания» пластыря;
очистить гнойную полость в более короткие сроки за счет использования повязок из волокон кальция-альгината;
обеспечить адекватный газообмен и температуру сложной анатомической зоны;
легко менять повязку за счет ее атравматичности и безболезненности;
сократить количество перевязок, связанных с ненадежной фиксацией пластырями на клеевой основе.



Omnifix® Silicone

Автор: Рехвиашвили Михаил Георгиевич,
врач, детский хирург неонатологического отделения
ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», к. м. н.

Клинический случай: омфалоцеле больших размеров у новорожденного ребенка

Пациент

Пол — женский, возраст — 5 дней

Фото 1.

Внешний вид омфалоцеле до хирургического лечения



Фото 2а.

Пластырь Omnifix® Silicone, герметизирующий мешок Шустера по периметру



Фото 2б.

Пластырь Omnifix® Silicone, герметизирующий мешок Шустера по периметру (вид сбоку)



Анамнез

Ребенок родился с омфалоцеле больших размеров (**фото 1**). Дефект передней брюшной стенки составлял 6 см в диаметре. При выполнении хирургического вмешательства, задачей которого было иссечение оболочек грыжи пуповинного канатика и погружение эвентрированных органов в брюшную полость, хирурги столкнулись с выраженной висцеро-абдоминальной диспропорцией. При погружении органов возрастало внутрибрюшное давление, которое влияло на параметры искусственной вентиляции и кровоснабжение внутренних органов. Было принято решение об этапном лечении, первым этапом которого будет создание временной брюшной полости с использованием специализированного мешка (мешок Шустера), который подшивается к апоневрозу передней брюшной стенки для постепенного погружения эвентрированных органов и последующей пластикой брюшной стенки.

Основной задачей на данном этапе является сведение к минимуму потерь жидкости из брюшной полости и этапное погружение органов в брюшную полость. У детей первых лет жизни кожа является физиологически незрелой, более тонкой, чем у взрослых и подвержена риску повреждений, в том числе от медицинских манипуляций. С целью укрепления и герметизации повязок по периферии мешка Шустера использовался пластырь с силиконовым контактным слоем Omnifix® Silicone (**фото 2а, 2б**), который позволил исключить травматизацию кожи, свести к минимуму потери жидкости и полностью герметизировать основание временной брюшной полости.

Ежедневно постепенно осуществлялось низведение содержимого мешка в брюшную полость. Смена пластыря не потребовалась, поскольку пластырь хорошо фиксировал мешок Шустера, промокания и/или протекания жидкости из брюшной полости не отмечалось. Признаков повреждения кожи в зоне фиксации пластыря не отмечено. На пятые сутки ребенку провели радикальную пластику передней брюшной стенки с закрытием дефекта.



Omnifix® Silicone

Автор: Рехвиашвили Михаил Георгиевич,
врач, детский хирург неонатологического отделения ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ», к. м. н.

Клинический случай: лечение мацерации перистомальной области у недоношенного ребенка с энтеростомой после некротизирующего энтероколита

Пациент

Пол — женский, возраст — 3 месяца (родилась на 34-й неделе гестации)

Фото 1. До лечения



Фото 2. Через 48 часов (первая смена повязки)



Фото 3. Шестые сутки



Фото 4. Десятые сутки



Анамнез

Масса тела при рождении 1110 г. С рождения находилась в тяжелом состоянии, обусловленном дыхательной недостаточностью, гемодинамическими нарушениями и недоношенностью. На 23-и сутки жизни развился некротизирующий энтероколит (НЭК) IIIb стадии, вызванный *Klebsiella pneumoniae*, что потребовало экстренного хирургического вмешательства. Была выполнена резекция субтотально некротизированной тонкой кишки с формированием энтеростомы. В дальнейшем проведена реконструктивная операция с формированием Т-образной стомы. После восстановления пассажа по пищеварительному тракту отделяемое по стоме прекратилось, и кишечное отделяемое шло естественным путем. Однако для исключения травматизации слизистой стомы об одежду мать ребенка использовала марлевые повязки для покрытия слизистой и рулонный пластырь для их фиксации. В связи с частой сменой пластыря образовались глубокие мацерации (**фото 1**), которые причиняли беспокойство ребенку. С целью обработки мацераций матерью ребенка применялась цинковая паста, положительного эффекта не было. Как альтернатива марлевым повязкам и рулонному пластырю на клеевой основе предложено использование пластыря с силиконовым контактным слоем Omnifix® Silicone. Для исключения адгезии слизистой стомы к клеящей поверхности использовался фрагмент стерильного ПВХ (поливинилхлорида) мочесборника, размером 1 × 1 см, которым покрывалась стома. Повязки менялись один раз в 48 часов. Уже после первой смены повязки отмечена положительная динамика в виде уменьшения площади пораженной кожи (**фото 2**). На шестые сутки гиперемия и мокнутие полностью купированы (**фото 3**). Общий курс лечения до полной эпителизации составил 10 суток (**фото 4**).

Пластырь Omnifix® Silicone хорошо моделируется и фиксируется на коже. За счет меньшей адгезии силиконовой основы, чем у клеевых пластырей, Omnifix Silicone легко снимается при перевязках, не раздражает и не повреждает кожу ребенка.

Выводы

Использование Omnifix® Silicone позволило в кратчайшие сроки полностью эпителизовать обширные мацерации.

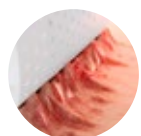
Инновационные продукты на силиконовой основе

от эксперта по уходу за ранами
компании HARTMANN*



Надежная фиксация.
Деликатное удаление

Подходит для хрупкой
и чувствительной кожи



Обычная повязка

Клей тянет кожу
и может вызвать боль



Силиконовая повязка

Обеспечивает деликатное
удаление

Узнать больше:



Инновационные продукты для защиты
и фиксации на силиконовой основе

Для небольших повреждений кожи.
Мягкие нестерильные пластыри
с силиконовым гелевым покрытием
на нетканой (флизелиновой) основе

cosmos[®] soft silicone¹

- Мягкий
- Воздухопроницаемый
- Отсутствие раздражающего действия на кожу
- Не прилипает к ране
- Снимается деликатно, без боли



Для стерильного ухода за острыми
и послеоперационными ранами и абсорбции
экссудата (для ран с низким и умеренным
уровнем продукции экссудата)

cosmopor[®] silicone²

- Надежно защищает рану
- Не приклеивается к коже и швам
- Воздухопроницаемая
- Длительное время ношения до трех дней
- Снимается деликатно, без боли



Для фиксации любых первичных повязок
особенно для покрытия обширных участков

omnifix[®] silicone³

- Надежно прилегает
- Комфортен при ношении
- Водонепроницаемый
- Можно разрезать и придать любую форму
- Снимается деликатно, без боли



*HARTMANN — компания «ПАУЛЬ ХАРТМАНН АГ» (Германия), занимающаяся разработкой и производством медицинских изделий и продуктов по уходу за ранами с 1874 года и обладающая профессиональными знаниями и опытом в данной области.
 РУ № РЗН 2024/21972 от 09.02.2024. Пластырь Cosmos® soft silicone (МЯГКИЙ).
 РУ № РЗН 2022/19160 от 06.12.2023. Повязка впитывающая пластырного типа с контактным слоем из силикона Cosmopor® silicone / Космопор силикон.
 РУ № РЗН 2023/20598 от 16.01.2024. Пластырь фиксирующий Omnifix® Silicone из нетканого материала, в рулоне.
 Информация предназначена для специалистов здравоохранения.

1. РУ № РЗН 2024/21972 от 09.02.2024. Пластырь Cosmos® soft silicone (МЯГКИЙ).
 2. РУ № РЗН 2022/19160 от 06.12.2023. Повязка впитывающая пластырного типа с контактным слоем из силикона Cosmopor® silicone / Космопор силикон.
 3. РУ № РЗН 2023/20598 от 16.01.2024. Пластырь фиксирующий Omnifix® Silicone из нетканого материала, в рулоне.
 Информация предназначена для специалистов здравоохранения.

Посетите информационный проект
компании HARTMANN

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ РАН

i

Узнать больше:



HARTMANN



Помогает. Заботится. Защищает.

ООО «ПАУЛЬ ХАРТМАНН»
125167, г. Москва, вн. тер. г.
муниципальный округ Аэропорт,
пр-кт Ленинградский, д. 36, стр. 10.
Тел: +7 (495) 796 99 61
Факс: +7 (495) 796 99 60
hartmann.info

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ