

№ 1 (35)

Медицинские технологии «ПАУЛЬ ХАРТМАНН»

Клинические случаи
использования
повязки мазевой
«Бранолинд Н»
с перуанским
бальзамом
при лечении ран
различной этиологии



Бранолинд® Н

Местная терапия длительно незаживающих ран и ожогов в пределах кожи¹⁻²

В соответствии с результатами исследования¹, использование мазевых повязок Бранолинд® Н позволяет:

Изменить состав раневой микрофлоры на менее вирулентную

Уменьшить степень бактериальной обсемененности ран

Уменьшить степень выраженности воспаления в ранах

Уменьшить среднюю площадь раневых дефектов

Активизировать репаративно-регенераторные процессы в ранах

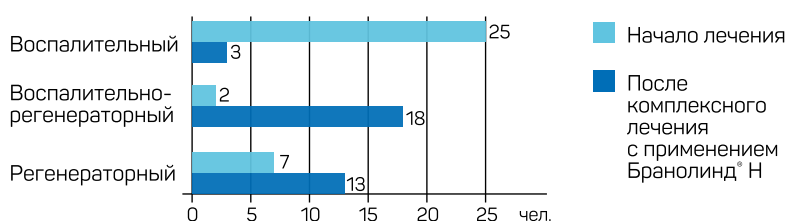


Бранолинд® Н

Для ухода за ранами, при заживлении которых необходим не прилипающий к ране, проницаемый контактный слой: ссадины, ожоги, поверхностные повреждения кожи, плохо заживающие раны

- Удаляется атрауматично и безболезненно
- Может находиться на ране до трех дней

Динамика данных цитологического исследования (34 пациента)



РУ № РЗН 2021/16201 от 30.12.2021

1. Табуйка А. В. Опыт использования атрауматических мазевых повязок на основе перуанского бальзама в комплексном лечении пациентов с хроническими раневыми дефектами нижних конечностей. Журнал «Хирург» 3-4/2020 – 43-57 стр.

2. Алексеев А.А., Бобровников А.Э., Крутиков М.Г., Кузнецов В.А., Балахонова Е.В. Применение повязок «Бранолинд Н» для лечения ожоговых ран (методические рекомендации). М.: РМАПО, 2005

Информация предназначена для специалистов здравоохранения



Журнал
«МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ
«ПАУЛЬ ХАРТМАНН»
№ 1 (35)/2022

Главный редактор:
Антюшко Тамара
Дмитриевна

Учредитель и издатель:
ООО «ПАУЛЬ ХАРТМАНН»
Адрес: 115114, г. Москва,
ул. Кожевническая, д. 7, стр. 1
Тел.: +7 (495) 796-99-61
Факс: +7 (495) 796-99-60
www.paulhartmann.ru

Редакция:
ИП Зубов Б.В.
Адрес: 350010, г. Краснодар,
ул. Зиповская, д. 5, а/я 5407
www.newmen.co

Электронная версия доступна для
просмотра и скачивания на сайте:
www.paulhartmann.ru

Распространение издания
является бесплатным
для читателей



Настоящее издание является
специализированным
и предназначено для медицинских
и фармацевтических работников

Дата выхода 07.02.2022

Уважаемые коллеги!

Перед вами специализированный номер журнала «Медицинские технологии «ПАУЛЬ ХАРТМАНН». Его выход совпал с важным для нас событием — запуском российского производства Бранолинд® Н. Многие из вас знакомы с этим продуктом, отлично зарекомендовавшим себя в клинике и быту для ухода за ожогами и ранами.

Бранолинд® Н отечественного производства — это все те же знакомые вам мазевые атравматические повязки высочайшего европейского качества, которые производятся на площадке HARTMANN в Подмосковье. Хочу отметить, что локализация — логичный и правильный путь для любого импортного продукта, в котором нуждаются наши пациенты и специалисты. Он станет более доступным и будет гарантированно присутствовать на российском рынке вне зависимости от внешних обстоятельств.

Уверена, что в ближайшее время Бранолинд® Н станет еще более востребованным и популярным в лечебной практике, так как, с одной стороны, он сокращает время заживления, в том числе сложных ожогов и хронических ран, с другой — прост и удобен в использовании. Кроме того, сложно переоценить его атравматические свойства, позволяющие пациенту практически без боли проходить терапию даже в самых тяжелых случаях.

Итак, этот номер мы полностью посвящаем Бранолинд® Н: его свойствам и характеристикам, способам фиксации и, конечно, делаем фокус на практике применения в сложных клинических случаях у детей и взрослых.

От себя лично и всей команды HARTMANN хочу пожелать этому замечательному продукту долгой жизни и признания. Надеюсь, что изо дня в день он будет помогать специалистам в достижении наилучшей клинической практики ухода за ожогами и ранами.

Т.Д. Антюшко

руководитель Медицинского отдела
компании «ПАУЛЬ ХАРТМАНН»



Клинические случаи лечения ран различной этиологии

Табуйка Анна Васильевна,
к.м.н., заведующая амбулаторной хирургической службой Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава РФ, г. Москва

«Применение повязки «Бранолинд Н» в комплексном лечении хронических ран уменьшает степень бактериальной обсемененности ран, изменяет состав микрофлоры (на менее агрессивную монофлору), а цитологически — уменьшает признаки воспаления. Использование «Бранолинд Н» приводит к выраженной положительной динамике в виде активизации репаративно-регенераторных процессов».

Табуйка А. В. Опыт использования атравматических мазевых повязок на основе перуанского бальзама в комплексном лечении пациентов с хроническими раневыми дефектами нижних конечностей // Хирург. — 2020. — № 3–4. — С. 43–57.

Клинический случай 1

Использование атравматических мазевых повязок на основе перуанского бальзама и повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) в комплексном лечении обширных гнойно-некротических экссудирующих язв нижних конечностей

У пациентки Ж., 60 лет, в марте 2021 года появились волдыри на кожных покровах обеих голени, в дальнейшем на месте волдырей образовались некрозы. При этом у нее не было температуры, гиперемии, гипертермии кожных покровов. Пациентка обратилась к терапевту по месту жительства. Ей провели антибактериальную терапию с обработкой области некрозов перекисью водорода и бетадином. В апреле 2021 года она прошла консультации у сосудистого хирурга

и ревматолога. С предварительным диагнозом «буллезная форма рожи, язвенно-некротический фасциит стрептококковой этиологии» была направлена в хирургическое отделение стационара по месту жительства. Среди сопутствующих заболеваний врачи зафиксировали дисметаболическую кардиомиопатию, хроническую сердечную недостаточность 1 стадии, инфицированную лимфорею нижних конечностей, варикозную болезнь нижних конечностей, хроническую венозную недостаточность С6 ст. (СЕАР), реканализирующий флеботромбоз правой большой подкожной вены, хроническую лимфовенозную недостаточность, ожирение. В связи с обширными некрозами обеих голени была выполнена некрэктомия раневых дефектов. В дальнейшем проводилась антибактериальная, симптоматическая, дезагрегантная терапия. С открытыми ранами пациентку выписали под наблюдение хирурга по месту жительства. В июне 2021 года пациентка обратилась к хирургу ФГАУ «НМИЦ ЛРЦ» для определения дальнейшей тактики лечения.

На момент обращения общее состояние пациентки было удовлетворительным. Она жаловалась на общую слабость, тяжесть в ногах, выраженную лимфорею, наличие обширных раневых дефектов в области голени, зуд кожных покровов в области голени. Локально отмечался выраженный отек подкожной клетчатки стоп, голени, доходящий до бедер, выраженная лимфорея, обширные некротические раны неправильной формы в области нижней трети голени с тенденцией к слиянию, экзематозные измене-



Рис. 1–2. Вид правой нижней конечности при первичном осмотре



Рис. 3. Вид левой нижней конечности при первичном осмотре



Рис. 4–5. Вид левой (слева) и правой (справа) нижних конечностей после лечения

ния кожных покровов (рис. 1–3). Результаты бактериологического исследования пациентка не предоставила. При бактериологическом исследовании во ФГАУ «НМИЦ ЛРЦ» был выявлен обильный рост культуры *Proteus mirabilis*. В комплексном лечении пациентки в качестве завершающего этапа регулярной обработки раневых дефектов голеней использовались атравматические мазевые повязки «Бранолинд Н», содержащие перуанский бальзам, в сочетании со вторичными впитывающими повязками «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) на основе суперабсорбирующих полимеров и последующим эластичным бинтованием

конечностей. При ежедневных перевязках и амбулаторном контроле хирурга каждые 48 часов (всего 10 визитов) по истечении 21 дня наметилась положительная динамика заживления ран обеих голеней (рис. 4–5).

Лимфорея отмечалась только после выраженной физической нагрузки, явления кожного зуда были купированы, раневые дефекты заполнились активной грануляционной тканью, значительно уменьшился отек подкожной клетчатки в области голеней. Пациентка продолжила лечение, направленное на поддержание процессов заживления ран обеих голеней.

Клинический случай 2

Комплексное консервативное лечение пациентки преклонного возраста с гнойно-некротическими язвами левой нижней конечности и выраженным коморбидным фоном

Пациентка О., 87 лет, в августе 2020 года получила поверхностную царапину левой голени. Лечилась самостоятельно, местно наносила мазь «Левомеколь» без какого-либо эффекта. Вуказанный период отмечала появление выраженных болевых ощущений в области икроножных мышц. В марте 2021 года ее общее состояние сильно ухудшилось за счет усиления боли в ногах, появления выраженных отеков обеих голеней и стоп, увеличения язвенного дефекта в размере, появления выраженной лимфореи. При проведении КТ-ангиографии, в частности, была выявлена критическая ишемия левой нижней конечности на фоне выраженного атеросклероза. С целью сохранения конечности пациентке провели реваскуляризирующую операцию — баллонную ангиопластику

левой поверхностной бедренной артерии, баллонную ангиопластику левой подколенной артерии и артерий голени в условиях отделения сосудистой хирургии.

Для последующего лечения язвенных дефектов в апреле 2021 года пациентка обратилась во ФГАУ «НМИЦ ЛРЦ». При первичном осмотре жаловалась на боли в области левой голени и стопы, общую слабость, наличие язвенного дефекта в области левой голени, выраженную лимфорею. Локально отмечался выраженный отек левой голени и стопы, изменение подкожной клетчатки голени и стопы по типу лимфодерматосклероза, экзематозные изменения кожи.

На передней поверхности голени имелся обширный гнойно-некротический дефект с переходом на тыльную



Рис. 1. Вид гнойно-некротической язвы левой голени при первичном осмотре



Рис. 2. Гнойно-некротическая язва латеральной поверхности левой голени при первичном осмотре



Рис. 3. Гнойно-некротическая язва тыла левой стопы в начале лечения

поверхность стопы без признаков регенерации (рис. 1). По латеральной поверхности на границе нижней и средней трети левой голени присутствовал гнойно-некротический дефект овальной формы до 5 см длиной (рис. 2).

Также на тыльной поверхности левой стопы образовался экссудирующий гнойно-некротический дефект овальной формы на фоне значительного отека и лимфореи (рис. 3). При бактериологическом исследовании был выявлен обильный рост смешанной флоры *Enterococcus faecalis* и *Pseudomonas species*.

С учетом выраженной раневой инфекции были проведены комплексная коррекция общего соматического состояния и местное лечение язв в виде этапных некрэктомий, обработки раневых поверхностей горячей и холодной плазмой, озono-кислородной газовой смесью. В качестве завершающего этапа регулярной обработки раневых дефектов голени использовалась атравматическая мазевая повязка

«Бранолинд Н» с перуанским бальзамом, вторичная супер-абсорбирующая впитывающая повязка «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) и эластичное бинтование нижних конечностей. В течение 60 дней лечения, включавшего 15 амбулаторных посещений хирургического кабинета с частотой от одного раза в два дня с постепенным переходом на один визит в течение двух недель, был достигнут положительный лечебный эффект.

Полностью купированы болевой и отечный синдромы, язвы очищены от гнойно-некротического детрита, их глубина, выраженность раневой экссудации и перифокального воспаления уменьшились (рис. 4–6).

С учетом выраженного коморбидного состояния пациентки и противопоказаний к оперативному лечению продолжено комплексное консервативное лечение, направленное на поддержание процессов заживления язв нижних конечностей с положительным эффектом.



Рис. 4–6. Язвенные дефекты левой голени и стопы после лечения

Клинический случай 3

Комплексное лечение пациентки с болезнью Крона, осложненной гангренозной пиодермией с формированием гнойно-некротической раны правой голени

Пациентка А., 26 лет, считает себя больной с 2004 года, когда по месту жительства был выявлен геморрагический васкулит, на фоне специфического лечения которого у пациентки началась диарея с примесью крови. При проведении колоноскопии был установлен диагноз: болезнь Крона. Проводилась специфическая гормональная терапия, а в качестве противорецидивного лечения были назначены препараты 5-аминосалициловой кислоты. Состояние пациентки ухудшилось с лета 2020 года. На фоне снижения дозы преднизолона у нее появилась некротическая рана в области правой голени. Пациентка неоднократно была

госпитализирована в профильные отделения, где проходила терапию основного заболевания. Также по жизненным показаниям получала препарат «Инфликсимаб» в дозе 200 мг каждые 8 недель. В дальнейшем она обратилась к хирургу ФГАУ «НМИЦ ЛРЦ» МЗ РФ по поводу гнойно-некротической раны правой нижней конечности. На момент осмотра общее состояние было удовлетворительным. При осмотре в нижней трети правой голени по передне-латеральной поверхности с переходом на латеральный край и тыл стопы имелась рана неправильной формы, покрытая грануляционной тканью с участками некроза (рис. 1, 2).



Рис. 1. Некротическая рана правой голени при первичном осмотре



Рис. 2 (А, Б) Гнойно-некротическая рана правой нижней конечности



Рис. 3. Вид раны на втором визите к хирургу после некрэтомии, ОКГС и обработки раны холодной плазмой



Рис. 4. Завершающий этап — фиксация суперабсорбирующей повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus)



Рис. 5. Вид раны через 3 недели лечения

Признаки эпителизации отсутствовали. Лимфорея была выражена умеренно. Отмечалось значительное затруднение при сгибании стопы.

Клинический диагноз: болезнь Крона с поражением толстого кишечника и внекишечными проявлениями — полиартритом, гангренозной пиодермией с формированием гнойно-некротической раны правой нижней конечности. Формирующаяся сгибательная контрактура правого голеностопного сустава в области ахиллова сухожилия.

На первичном этапе была произведена некрэктомия с обработкой раневой поверхности озоно-кислородной газовой смесью — ОКГС (рис. 3).

В комплексном лечении раны в качестве завершающего этапа местной обработки раневого дефекта использовались атравматические мазевые повязки «Бранолинд Н» и вторич-

ные суперабсорбирующие повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) с последующей неадгезивной фиксацией (рис. 4).

В течение трех недель лечения пациентка осуществила четыре плановых визита к хирургу, провела самостоятельные перевязки с частотой 1 раз в 2 дня. Амбулаторные контрольные осмотры проходили 1 раз в 2 недели, подготовлены фото- и видеоотчеты.

Через три недели лечения признаки гнойно-некротического воспаления прошли, появились активная грануляция и выраженная эпителизация раны, стопа обрела способность к активному движению (рис. 5). Уже на третьей неделе пациентка начала заниматься лечебной гимнастикой. В дальнейшем продолжено комплексное консервативное лечение, направленное на полную эпителизацию раневого дефекта и восстановление функции конечности.

Клинический случай 4

Использование атравматических мазевых повязок «Бранолинд Н» и суперабсорбирующих повязок «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) для лечения экссудирющей скальпированной раны голени

Пациент И., 57 лет, обратился к хирургу ФГАУ «НМИЦ ЛРЦ» МЗ РФ с жалобами на наличие скальпированной экссудирющей раны левой голени (рис. 1).

Лечение раны было начато по месту жительства. Проведена первичная хирургическая обработка раны, наложена медикаментозная раневая повязка. При дальнейшем посещении пациенту предложили аутодермопластику раны свободным кожным лоскутом. Пациент самостоятельно обратился к хирургу ФГАУ «НМИЦ ЛРЦ» для определения дальнейшей тактики лечения.

Из анамнеза стало известно, что пациент длительное время находился на гормональной терапии по поводу основного

заболевания. При осмотре врач обратил внимание на истончение кожных покровов, характерное для пациентов, принимающих препараты на основе глюкокортикостероидов. Из-за высокого риска послеоперационных осложнений проведение аутодермопластики пациенту было противопоказано. При осмотре на латеральной поверхности левой голени имелась скальпированная рана до 20,0 x 6,0 см, представленная слабо развитой грануляционной тканью с очагами поверхностных некрозов и скудной лимфореей. С целью приживления собственного скальпированного лоскута на первоначальном этапе была произведена его коррекция и фиксация стрипами (рис. 2).



Рис. 1. Скальпированная рана левой голени.



Рис. 2. Фиксация кожного лоскута стрипами



Рис. 3. Внешний вид раны через 2 недели лечения



Рис. 4. Рана через 2,5 месяца лечения



Рис. 5. Итог лечения через 3 месяца

В комплексном лечении раны на завершающем этапе обработки раневого дефекта использовались атравматические мазевые повязки «Бранолинд Н» и вторичные суперабсорбирующие повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) в течение первой недели лечения.

После стихания перифокального воспаления в области раны и явлений лимфореи необходимость в применении повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) исчезла. Повязки «Бранолинд Н» применялись еще на протяжении недели (рис. 3).

В дальнейшем в процессе местного лечения удалось добиться практически полного закрытия раневой поверхности без образования деформирующего рубца (рис. 4–5).

Пациенту рекомендовано местное лечение, направленное на полную эпителизацию раневого дефекта и восстановление функции конечности.

Клинический случай 5

Использование мазевых атравматических повязок с перуанским бальзамом для местного лечения гнойно-некротической раны культи левой стопы у пациента с сахарным диабетом

Пациент П., 51 год, в течение многих лет страдает сахарным диабетом типа 2 на фоне макро- и микроангиопатии. Также из сопутствующей патологии у пациента была диагностирована хроническая сердечная недостаточность 2-й стадии, облитерирующий атеросклероз прогрессирующего течения, влажная гангрена левой стопы, потребовавшая срочной ампутации пальцев. Послеоперационный период осложнился расхождением и инфицированием послеоперационной раны, развитием остеомиелита левой пяточной кости. Пациент обратился к хирургу ФГАУ «НМИЦ ЛРЦ» для определения дальнейшей тактики лечения. При первичном осмотре отмечался выраженный болевой синдром при попытках

опоры на культю, полное расхождение швов культи, влажный некроз по задней поверхности раны. Дно раны было представлено слабо развитой грануляционной тканью и наличием фрагмента пяточной кости с некрозом (рис. 1).

На первом этапе лечения было скорректировано соматическое состояние пациента, рана обработана при помощи современных методов физического воздействия. На завершающем этапе перевязки проводилась аппликация атравматической мазевой повязки «Бранолинд Н» с дополнительным использованием вторичной суперабсорбирующей повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) для оптимального контроля над раневой экссудацией. Через 1 месяц и 10 дней



Рис. 1. Рана культи левой стопы при первичном осмотре



Рис. 2. Вид раны культи левой стопы через 1 месяц и 10 дней лечения

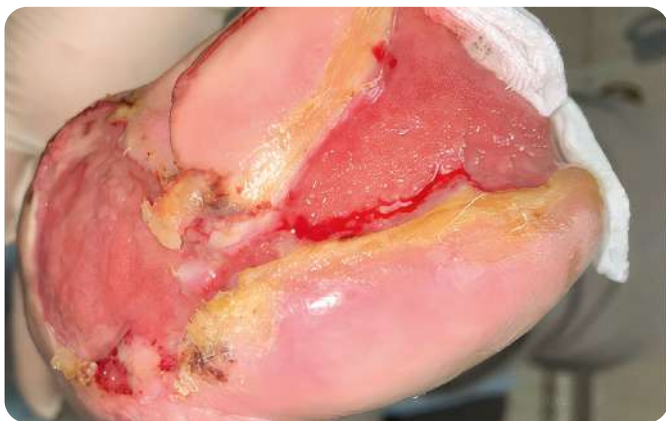


Рис. 3. Вид раны культи левой стопы через 70 дней лечения

лечения, включавшего 10 посещений амбулаторного хирурга и ежедневные перевязки, удалось полностью купировать гнойно-некротический процесс. Вся поверхность раны оказалась заполнена активной грануляционной тканью. Болевые ощущения были купированы, пациент смог частично опираться на культю (рис. 2).

В дальнейшем суперабсорбирующая повязка «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) не применялась, а мазевую атравматическую повязку «Бранолинд Н» использовали в сочетании со вторичными марлевыми впитывающими повязками. Через 70 дней лечения, включавшего 18 амбулаторных визитов к хирургу, рана находилась в стадии активной репарации и была покрыта активной грануляционной тканью, отмечалась выраженная краевая эпителизация (рис. 3).

Пациенту рекомендовано дальнейшее местное лечение, направленное на полную эпителизацию раневого дефекта и восстановление функции конечности.

Клинический случай 6

Использование атравматических мазевых повязок «Бранолинд Н» на основе перуанского бальзама в комплексном лечении ишемических язв правой стопы и голени

Пациент К., 29 лет, обратился к хирургу ФГАУ «НМИЦ ЛРЦ» МЗ РФ с диагнозом: сахарный диабет типа 2, компенсированный; диабетическая микроангиопатия; язвенные дефекты правой голени и стопы. Из сопутствующей патологии — хроническая ишемия нижних конечностей 3-й стадии с формированием трофических язв правой стопы и голени;

хроническая венозная недостаточность; бронхиальная астма. Пациент прошел продолжительную гормональную терапию.

При первичном осмотре предъявлял жалобы на болевые ощущения в правой стопе и голени, снижение чувствительности правой нижней конечности. Осмотр нижних конечностей



Рис. 1. Язвенный дефект в проекционной зоне медиальной лодыжки правой стопы



Рис. 2. Язвенный дефект на тыльной поверхности стопы



Рис. 3. Язва в проекционной зоне медиальной лодыжки правой нижней конечности через 14 дней лечения



Рис. 4. Язва на тыльной поверхности правой стопы через 14 дней лечения

показал ослабление сосудистой пульсации дистальнее проекционной точки бедренной артерии. Также были обнаружены некротические язвы на медиальной поверхности правой голени в проекционной зоне медиальной лодыжки и на тыльной поверхности правой стопы без грануляционной ткани и признаков эпителизации (рис. 1, 2).

Цитологическое исследование пациента выявило обильное количество лейкоцитов в ране. При бактериологическом исследовании выделен *St. aureus* в количестве 10⁶ КОЕ/мл. Проводилась комплексная терапия — коррекция соматического

состояния и местная терапия с использованием метода лечения раны отрицательным давлением (NPWT). Каждая перевязка завершалась использованием повязки «Бранолинд Н».

Всего за 14 дней лечения было проведено четыре сеанса NPWT (четыре амбулаторных посещения). Результат двухнедельного курса лечения представлен на рис. 3–4. Появилась краевая эпителизация, дно язвенных дефектов полностью заполнено активной грануляционной тканью. Продолжена местная терапия, направленная на эпителизацию раневого дефекта, с положительным эффектом.

Клинический случай 7

Лечение реципиентной раны и раны донорского участка после пластического замещения послеоперационного раневого дефекта правой голени с использованием атравматических мажевых повязок «Бранолинд Н»

Пациентка Ч., 38 лет, поступила в клинику для проведения пластической операции — закрытия раневого дефекта правой голени свободным кожным лоскутом. Из анамнеза известно, что 2 года назад пациентка прошла оперативное лечение флегмоны правой голени. В после-

операционном периоде возник раневой дефект без признаков эпителизации, который постепенно увеличивался в размере. Была выполнена пластика раневого дефекта без положительного результата. В послеоперационном периоде выполнялись перевязки с использованием



Рис. 1. Реципиентная рана — третьи сутки послеоперационного периода

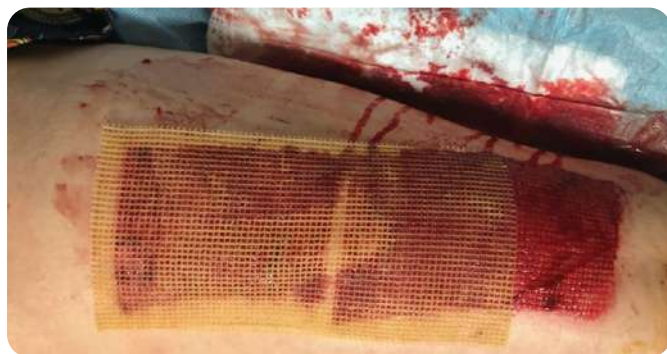


Рис. 2. Донорская рана — третьи сутки послеоперационного периода



Рис. 3. Донорская рана — 10-е сутки послеоперационного периода



Рис. 4. Реципиентная рана — 10-е сутки послеоперационного периода

мазевых средств. Среди сопутствующих патологий — гепатит В.

Пациентке была выполнена пластика свободным кожным лоскутом с закрытием донорской и реципиентной раны атравматической мазевой повязкой «Бранолинд Н» с перуанским бальзамом.

В течение первых пяти суток, когда присутствовал выраженный болевой синдром, проводилась общая

корректирующая терапия (рис. 1, 2). Впоследствии он был купирован. Произошла эпителизация как донорской (рис. 3), так и реципиентной раны (рис. 4).

Пациентке назначена поддерживающая эпителизацию местная терапия, направленная на профилактику грубого рубцевания, и рекомендована консультация профильного специалиста для дальнейшей послеоперационной реабилитации.

Клинический случай 8

Комплексное лечение инфицированной скальпированной раны левой голени с использованием атравматической мазевой повязки «Бранолинд Н» у соматически ослабленной пациентки преклонного возраста.

Пациентка В., 81 год, поступила в клинику для проведения планового обследования и лечения с диагнозом: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения 2-го функционального класса, атеросклеротический кардиосклероз. Из сопутствующей патологии — гипертоническая болезнь 3 ст., 2 ст., риск ССО очень высокий. Хроническая сердечная недостаточность 2А ст., 3-го функционального класса. При первичном осмотре была выявлена инфицированная скальпированная рана латеральной поверхности левой голени — неправильной формы, с мутными выделениями и выраженной гиперемией кожных покровов, окружающих рану. Из анамнеза известно, что пациентка дважды упала

и ударилась о кровать. Пациентка лечилась самостоятельно в течение двух месяцев с помощью перекиси водорода и мазей «Бетадин» и «Левомеколь» на водорастворимой основе (рис. 1).

В клинике рану хирургически обработали с наложением атравматической мазевой повязки «Бранолинд Н» с перуанским бальзамом. Дополнительно по показаниям были назначены антибактериальные препараты.

Пациентке прописана поддерживающая эпителизацию местная терапия, направленная на профилактику грубого рубцевания, и назначена консультация профильного специалиста для дальнейшей реабилитации.



Рис. 1. Инфицированная хроническая скальпированная рана левой голени



Рис. 2. Вторые сутки после хирургической обработки



Рис. 3. 14-е сутки после хирургической обработки



Рис. 4. 21-е сутки после хирургической обработки

Клинический случай 9

Использование атравматической мазевой повязки «Бранолинд Н» в комплексном лечении ишемической язвы единственной левой нижней конечности у пациента с декомпенсированным сахарным диабетом

Пациент М., 51 год, обратился к хирургу ФГАУ «НМИЦ ЛРЦ» МЗ РФ с диагнозом: сахарный диабет типа 2, декомпенсированный; диабетическая микроангиопатия, трофическая язва левой голени. Из сопутствующей патологии — хроническая ишемия нижних конечностей 4-й стадии. В анамнезе атеросклеротическая окклюзия бедренной и задней большеберцовой артерии, ампутации правой нижней конечности на уровне верхней трети бедра.

При первичном осмотре пациент жаловался на болевые ощущения в левой нижней конечности, отек левой голени и стопы, лимфорею из области язвенного дефекта. Осмотр показал ослабление сосудистой пульсации дистальнее проекционной точки бедренной артерии, выявил отек и изменение кожных покровов левой нижней конечности по типу контактного дерматита, наличие глубокого язвенного дефекта в проекционной зоне медиальной лодыжки без грануляционной ткани и признаков эпителизации (рис. 1). Также при проведении обследования была обнаружена артериальная гипертензия и декомпенсация сахарного диабета с колебаниями уровня глюкозы от 10 до 17 ммоль/л. При бактериологическом исследовании выделен *St. aureus* в количестве 105 КОЕ/мл.

Пациент получил плановую терапию по коррекции и стабилизации общего соматического состояния. Местная

комплексная терапия включала обработку язвенной поверхности озоно-кислородной газовой смесью (ОКГС), потоками плазмы, использование раневых покрытий. Для коррекции явлений дерматита и исключения дальнейшего повреждения кожных покровов раневым отделяемым использовалась повязка «Цетувит плюс» (Zetuvit plus). Далее пациент прошел лечение язвенного дефекта во влажной среде с использованием интерактивных раневых покрытий в зависимости от клинического состояния раны и в соответствии с международными рекомендациями (система TIME, 2003 г.). Была продолжена комплексная консервативная терапия, коррекция уровня глюкозы крови. На фоне проводимого лечения произошло значительное улучшение общего состояния, нормализация уровня глюкозы, а также гемодинамических, кардиологических показателей. В местном статусе было отмечено купирование отека и болевого синдрома, нормализация цвета кожных покровов, пальпаторно — появление пульсации в стандартных точках.

Произведено закрытие язвенного дефекта свободным расщепленным перфорированным кожным лоскутом (рис. 2). При плановых перевязках использовалась мазевая атравматическая повязка «Бранолинд Н» с перуанским бальзамом в качестве атравматического и стимулирующего процессы репарации раневого покрытия (рис. 3).



Рис. 1. Язвенный дефект в проекционной зоне медиальной лодыжки левой стопы



Рис. 2. Аутодермопластика язвенного дефекта свободным кожным лоскутом, третьи сутки послеоперационного периода



Рис. 3. Закрытие реципиентной раны с помощью повязки «Бранолинд Н», пятые сутки послеоперационного периода



Рис. 4. Использование повязки «Бранолинд Н», 10-е сутки послеоперационного периода

Клинический случай 10

Использование атравматических мазевых повязок «Бранолинд Н» и вторичных суперабсорбирующих повязок «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) при лечении обширных глубоких термических ожогов нижней конечности, туловища и лица



Рис. 1. Ожог правой нижней конечности



Рис. 2. Ожог левой нижней конечности



Рис. 3. Перевязка с использованием мазевой атравматической повязки «Бранолинд Н» с перуанским бальзамом



Рис. 4. Правая голень



Рис. 5. Левая голень



Рис. 6. Задняя поверхность правой голени

Пациент С., 45 лет, обратился к хирургу ФГАУ «НМИЦ ЛРЦ» МЗ РФ с диагнозом: термический ожог II–III степени нижних конечностей, лица, живота, 28 % поверхности тела. Анамнез показал, что за два дня до обращения пациент получил термический ожог пламенем при разжигании костра. Обращался в стационар по месту жительства, где было произведено обследование, однако затем пациент был выписан по собственному желанию и обратился к хирургу ФГАУ «НМИЦ ЛРЦ» МЗ РФ. При первичном осмотре предъявлял жалобы на сильные боли в области ожогов на ногах и на лице. Осмотр нижних конечностей показал массивное поражение кожи на всю глубину, множество пузырей, заполненных кровянистым и серозным содержимым. Выраженный отек мягких тканей, особенно в области ахиллова сухожилия (рис. 1, 2). Наряду с общей соматической терапией применялось местное лечение с обработкой ожоговых

поверхностей кислородосодержащими газовыми смесями, холодными плазменными потоками. На раневые поверхности накладывались атравматические мажевые повязки «Бранолинд Н» (рис. 3). Через 14 дней пациент был выписан и приступил к работе.

При контрольном визите через месяц от начала лечения был отмечен выраженный косметический эффект, отсутствие формирования рубцовой деформации. Пациент полностью сохранил функции нижних конечностей (рис. 4–6). Следует отметить, что во всех случаях выраженной раневой экссудации применялась повязка «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) для купирования и профилактики явлений дерматита и экземы окружающих рану кожных покровов. Повязку «Бранолинд Н» использовали в качестве атравматического раневого покрытия, стимулирующего репаративные процессы.

ОБЩИЕ ВЫВОДЫ:

- Использование мажевой атравматической повязки «Бранолинд Н» с перуанским бальзамом в качестве первичной или дополнительной повязки для местного лечения пациентов с хроническими ранами приводит к выраженной положительной динамике в виде активизации репаративно-регенераторных процессов.
- Применение повязок «Бранолинд Н» и «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) — достаточно простая, эффективная и безопасная процедура. Если у пациента нет возможности амбулаторно посетить врача, во многих случаях можно проводить перевязки самостоятельно в домашних условиях.
- Благодаря активизации процессов репарации и заживления раневых дефектов, купирования сопутствующих болевых ощущений, отеков, признаков дерматита и т. д. применение повязок «Бранолинд Н» и «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) в составе комплексной терапии способствует улучшению качества жизни пациентов.



Клинические случаи лечения ожогов

Малютина Наталья Борисовна,

к.м.н., доцент, ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России», ожоговое отделение ГБУЗ «ГКБ имени Ф. И. Иноземцева ДЗМ», г. Москва

«Основным свойством повязки «Бранолинд Н» является атравматичность и безболезненность перевязок. Тонкий, мягкий, хорошо драпирующийся материал, из которого выполнена повязка, обеспечивает постоянный контакт с раневой поверхностью. Эластичность повязки позволяет моделировать ее на ранах со сложной конфигурацией. Повязка «Бранолинд Н» во всех фазах раневого процесса делает поверхность и края раны эластичными, сохраняя оптимальную влажную среду в ране, предохраняет ее от высыхания.

Гидрофобные компоненты пропитки и гладкая поверхность сетчатого материала с ячейками небольшого диаметра предотвращают врастание вновь образующейся ткани и тем самым противостоят тенденции приклеивания повязки к ране.

При применении повязки «Бранолинд Н» отмечается уменьшение болевых ощущений как после наложения раневого покрытия, так и в период между перевязками, при этом последующие перевязки происходят также практически безболезненно. Повязка «Бранолинд Н» не содержит антибактериальных препаратов, что позволяет использовать ее у больных с полиаллергией.

Применение повязок «Бранолинд Н» после выполнения хирургической некрэктомии глубоких ожогов при подготовке ран к аутодермопластике защищало раневую поверхность от высыхания и сокращало сроки образования грануляций. Использование атравматических мазевых повязок «Бранолинд Н» позволяет улучшить результаты оказания помощи больным с термическими поражениями.

Повязки «Бранолинд Н» являются эффективными перевязочными средствами, обеспечивают благоприятное течение раневого процесса, комфорт пациентов, удобство в работе медперсонала и незаменимы для лечения обожженных как в стационаре, так и в амбулаторных условиях»

Применение повязок «Бранолинд Н» для лечения ожоговых ран»: методические рекомендации. — РМАПО, 2005.

Клинический случай 1

Использование атравматических повязок с перуанским бальзамом при местном лечении 75-летней пациентки с распространенным ожогом I–II степени

Пациентка Д., 75 лет, поступила в ожоговое отделение ГБУЗ «ГКБ имени Ф. И. Иноземцева ДЗМ» через 1,5 часа после получения травмы со следующим диагнозом:

- основной: ожог пламенем I–II степени (МКБ-10) лица, шеи, верхних конечностей, 8 % поверхности тела;
- сопутствующий: послеоперационный гипотиреоз, медикаментозная субкомпенсация. ИБС. Атеросклеротическая болезнь сердца. Гипертоническая болезнь 2 стадии, риск 4, ХСН 2А.

Общее лечение:

инфузионная, реологическая, дезагрегантная, противовоспалительная, антибактериальная терапия, гипотензивная

и кардиотропная терапия, наркотические и ненаркотические анальгетики.

Местное лечение:

В первые сутки выполнена первичная хирургическая обработка ожоговых ран (первичная дермабразия).

С третьих суток начато лечение атравматическими мазевыми повязками «Бранолинд Н» на верхних конечностях (кистях и предплечьях) на площади 4 % поверхности тела. Перевязки проводились через день.

Заключение:

Пациентка 75 лет выписана с выздоровлением на 18-й день после травмы.

1-й день



Кожа истонченная, т.н. «пергаментная», со сниженной способностью к регенерации. Раны расположены по тыльной и ладонной поверхностям. Экссудация умеренная, раневое отделяемое серозное. Имеются новые участки отслойки эпидермиса.

После обработки ран раствором хлоргексидина наложена сетчатая повязка «Бранолинд Н». Повязка хорошо моделируется на сложной поверхности. Сорбирующий слой — хлопчатобумажная марля, фиксация бинтом. Перевязки проводятся 1 раз в 2 дня. Отмечается умеренный болевой синдром (4–5 баллов ВАШ) сразу после наложения повязки на рану. Купируется введением НПВС.

8-й день



На ладонной поверхности кистей — полная эпителизация ран.

На тыле кистей остаются разбросанные раны с сохраненным дермальным слоем и краевой эпителизацией. Экссудация слабо выражена, отделяемое серозно-гнойное. Зажившие участки с явлениями гиперкератоза, умеренная сухость кожи. Признаков перифокального воспаления нет.

15-й день



Наложена атравматичная повязка «Бранолинд Н». Болевой синдром при наложении 1–2 балла ВАШ.

Полная эпителизация всех ран. Новообразованный эпидермис бледно-розовый, гладкий. Функция кистей восстановлена.

Клинический случай 2

Местное лечение пациента с термическим ожогом 35% поверхности тела с использованием комбинации мажевых атравматических и вторичных суперабсорбирующих повязок

Пациент Х., 29 лет, поступил в ожоговое отделение ГБУЗ «ГКБ имени Ф. И. Иноземцева ДЗМ» через 1 сутки после получения травмы с диагнозом:

- основной: ожог пламенем I–II степени (МКБ-10) верхних и нижних конечностей, 35 % поверхности тела. Ожоговый шок;
- сопутствующий: нет.

Общее лечение: противошоковая, инфузионная, реологическая, дезагрегантная, противоязвенная, антибактериальная терапия, наркотические и ненаркотические анальгетики.

Местное лечение:

В первые сутки выполнена первичная хирургическая обработка ожоговых ран (первичная дермабразия) под общим

обезболиванием. Применялись марлевые повязки с раствором хлоргексидина биглюконата 0,05 %.

С третьих суток начато лечение атравматическими мажевыми повязками «Бранолинд Н» и «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) в области левой наружной лодыжки на площади 2 % поверхности тела, где отмечались признаки пограничного поражения и значительная экссудация. перевязки проводились через день. В остальных зонах использовались стандартные атравматические повязки с вторичными марлевыми повязками.

Заключение:

Пациент 29 лет выписан с выздоровлением на 18-й день после травмы. Побочных эффектов и осложнений не было.

1-й день



Ожоговые раны представлены дезэпителизацией бледно-розового цвета с белесыми вкраплениями; после дермабразии кровоточат слабо. Признаков струпообразования нет. Экссудация значительная, раневое отделяемое серозное. Наложена сетчатая повязка «Бранолинд Н». Повязка хорошо моделируется на поверхности, обладает собственной адгезией. Вторичная повязка – «Цетувит плюс» (Zetuvit plus); не моделируется, требует фиксации бинтом. Болевой синдром при наложении повязки не оценивался (перевязка под наркозом).

8-й день



Проводится гидротерапия ран.
В области левой наружной лодыжки — активная эпителизация ран. Площадь раны сократилась вдвое. Экссудация уменьшилась. Признаков перифокального воспаления нет. Умеренный отек стопы.

14-й день



Полная эпителизация всех ран. Умеренный гиперкератоз кожи. Функция голеностопного сустава восстановлена.

Клинический случай 3

Лечение термического ожога I–II–III степени у пациентки с тяжелым преморбидным фоном с использованием мазевых атравматических повязок на основе перуанского бальзама

Пациентка Ф., 70 лет, поступила в ожоговое отделение ГБУЗ «ГКБ имени Ф. И. Иноземцева ДЗМ» через 4 суток после получения травмы с диагнозом:

- основной: ожог пламенем I–II–III степени (МКБ-10) правой кисти и правой нижней конечности 20 % поверхности тела. Ожоговая токсемия;

- сопутствующий: церебральный атеросклероз. ИБС. Атеросклеротическая болезнь сердца. Гипертоническая болезнь 3 стадии, риск ССО 3, НК 2А. Бронхиальная астма, ремиссия.

До поступления в стационар лечилась самостоятельно.

1-й день



Ожоговые раны на правой нижней конечности представлены деэпителизацией бледно-розового цвета и плотным белесым и бурым струпом. Экссудация слабо выражена, раневое отделяемое серозно-гнойное.

Общее лечение:

инфузионная, детоксикационная, реологическая, дезагрегантная, противозвонная, антибактериальная терапия, наркотические и ненаркотические анальгетики. Гипотензивная, кардиотропная, ингаляционная, муколитическая терапия. Наблюдение кардиологом, неврологом, пульмонологом.

Местное лечение:

В первые сутки выполнена первичная хирургическая обработка ожоговых ран под общим обезболиванием. Применялись марлевые повязки с раствором хлоргексидина биглюконата 0,05 %.

На третьи сутки начато оперативное лечение глубокого ожога III степени на правой голени и бедре, в подколенной области справа: выполнена отсроченная тангенциальная хирургическая некрэктомия, дермальная и подкожно-жировая, 5 % поверхности тела. В правой подколенной

области — зона наиболее глубокого иссечения; начато лечение атравматическими мазевыми повязками «Бранолинд Н» и «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) на площади 2 % поверхности тела. В остальных зонах использовались стандартные атравматические повязки с вторичными марлевыми повязками. Перевязки проводились через день с использованием наркотических анальгетиков.

На 11-е сутки выполнен второй этап оперативного лечения: тангенциальное иссечение ран с одномоментной аутодермопластикой 5 % поверхности тела на правом бедре, голени, в правой подколенной области. Отмечено полное приживание трансплантатов. Проведен курс реабилитации.

Заключение:

Пациентка 70 лет со множественной сопутствующей патологией выписана с выздоровлением на 30-й день после травмы (26 койко-дней). Побочных эффектов и осложнений не было.

1-й день



Выполнена хирургическая некрэктомия на площади 5 % поверхности тела, дермальная и подкожно-жировая.

В правой подколенной области на послеоперационную рану площадью 2 % поверхности тела наложена сетчатая повязка «Бранолинд Н». Повязка хорошо моделируется на поверхности, обладает собственной адгезией. Вторичная повязка — «Цетувит плюс» (Zetuvit plus); не моделируется, требует фиксации марлей и бинтом.

Болевой синдром при наложении повязки не оценивался (под наркозом).

3-й день



Первая перевязка после некрэктомии. Повязка «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) удалена (обильно промокла экссудатом); повязка «Бранолинд Н» обильно пропитана серозно-гнойным экссудатом, требует замены. После туалета ран — раневая поверхность со множественными остаточными влажными некрозами, признаками роста грануляций. Повторно наложена повязка «Бранолинд Н» и вторичная повязка «Цетувит плюс» (Zetuvit plus).

8-й день



На правой голени и бедре раны очистились от некрозов, наблюдается частичная эпителизация ран. В правой подколенной области гранулирующая рана с небольшими участками остаточных некрозов. Раневое отделяемое серозно-гнойное. Экссудация уменьшилась. Признаков перифокального воспаления нет. Показано выполнение тангенциального иссечения ран и аутодермопластика расщепленным трансплантатом.

19-й день



Полное приживление аутодермотрансплантата, полная эпителизация ячеек трансплантата, а также поверхностных и пограничных ран. Умеренный гиперкератоз кожи. Функция коленного сустава восстановлена. Признаков патологического рубцевания нет.

Клинический случай 4

Использование атравматических мазовых повязок «Бранолинд Н» при местном лечении ожога кипятком I–II–III степени

Пациент А., 42 лет, поступил в ожоговое отделение ГБУЗ «ГКБ имени Ф. И. Иноземцева ДЗМ» через 2 часа после получения травмы с диагнозом:

- основной: ожог кипятком I–II–III степени (МКБ-10) лица, левого предплечья и кисти, 3 % поверхности тела (III степени — 0,5 % поверхности тела). Ожог конъюнктивы и роговицы левого глаза легкой степени.

Общее лечение: инфузионная, реологическая, дезагрегантная, противоязвенная, антибактериальная терапия, наркотические и ненаркотические анальгетики.

Местное лечение:

В первые сутки выполнена первичная хирургическая обработка ожоговых ран под общим обезболиванием.

Применялись марлевые повязки с раствором хлоргексидина биглюконата 0,05 %.

На третьи сутки количество раневого экссудата уменьшилось и было начато местное лечение атравматическими мазовыми повязками «Бранолинд Н» и вторичными марлевыми повязками на площади 2 % поверхности тела в области левой кисти и предплечья.

К 14-м суткам достигнута эпителизация всех поверхностных ран. На 16-е сутки выполнено оперативное лечение в зоне глубокого поражения: тангенциальное иссечение ран с одномоментной аутодермопластикой на тыле пальцев левой кисти на площади 50 кв. см. Отмечено полное приживление трансплантатов. Проведен курс ранней реабилитации, даны рекомендации по дальнейшим реабилитационным мероприятиям.

Заключение:

Пациент 42 лет с поверхностным, пограничным и глубоким ожогом в функционально важной зоне выписан с выздоровлением на 26-й день после травмы. Побочных эффектов и осложнений не было.

1-й день



Ожоговые раны на левой кисти и предплечье представлены участками деэпителизации ярко-розового цвета и белесоватыми участками формирующегося тонкого струпа (на тыле пальцев). Экссудация слабо выражена, раневое отделяемое серозное. Болевой синдром при наложении повязки «Бранолинд Н» оценивался в 7 баллов ВАШ.

5-й день



Ожоговые раны на левой кисти и предплечье представлены участками деэпителизации бледно-розового цвета и тонким белесым струпом (на тыле пальцев). Признаки эпителизации ран на предплечье и запястье. Экссудация слабо выражена, раневое отделяемое серозное. К 14-м суткам достигнута эпителизация всех поверхностных ран. На 16-е сутки лечения выполнено тангенциальное иссечение ран с одномоментной аутодермопластикой на тыле пальцев левой кисти. На трансплантаты использовались повязки «Бранолинд Н». Послеоперационный период без осложнений. Полное приживление трансплантатов.

23-й день



Раневой процесс полностью купирован. Пациент готов к выписке и реабилитационным мероприятиям.

Клинический случай 5

Комбинированное использование повязок «Бранолинд Н» и «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) в местном лечении пациента с термическим ожогом нижних конечностей I–II–III степени

Пациент К., 67 лет, поступил в ожоговое отделение ГБУЗ «ГКБ имени Ф. И. Иноземцева ДЗМ» через двое суток после получения травмы с диагнозом:

- основной: ожог пламенем I–II–III степени (МКБ-10) нижних конечностей, 12 % поверхности тела;
- сопутствующий: ИБС. Атеросклеротическая болезнь сердца. Гипертоническая болезнь 2 стадии, риск ССО 3, НК 2А.

Общее лечение:

инфузионная, реологическая, дезагрегантная, противоязвенная, антибактериальная терапия, гипотензивная и кардиотропная терапия, наркотические и ненаркотические анальгетики.

Местное лечение:

В первые сутки выполнена первичная хирургическая обработка ожоговых ран (первичная дермабразия) под общим обезболива-

нием. Применялись марлевые повязки с раствором хлоргексидина биглюконата 0,05 % и стандартные атравматические раневые покрытия. На шестые сутки в области правой голени и правого коленного сустава на площади 2 % поверхности тела, где отмечались признаки пограничного поражения и значительная экссудация, выполнена тангенциальная хирургическая некрэктомия в пределах дермы (дермабразия) и начато лечение атравматическими мазевыми повязками «Бранолинд Н» и «Цетувит плюс» (Zetuvit plus). Перевязки проводились через день. К 14-м суткам лечения на правой нижней конечности достигнута полная эпителизация ран, признаков патологического рубцового процесса нет. В остальных зонах использовались стандартные атравматические повязки с вторичными марлевыми повязками, а также выполнялось этапное хирургическое лечение глубоких ожогов.

Заключение:

Пациент 67 лет выписан с выздоровлением на 30-й день после травмы. Побочных эффектов и осложнений не было.

1-й день



Ожоговые раны представлены дезэпителизацией бледно-розового цвета с белесыми вкраплениями. Краевая эпителизация поверхностных ожогов. Экссудация значительная, раневое отделяемое серозно-гнойное. Выполнена хирургическая дермабразия. Наложена сетчатая повязка «Бранолинд Н». Повязка хорошо моделируется на поверхности, обладает собственной адгезией. Вторичная повязка — «Цетувит плюс» (Zetuvit plus); не моделируется, требует фиксации бинтом. Болевой синдром при наложении повязки не оценивался (под наркозом).

7-й день



Проводятся этапные перевязки. Отмечается активная эпителизация ран. Площадь раны сократилась вдвое. Экссудация уменьшилась. Признаков перифокального воспаления нет.

14-й день



Полная эпителизация всех ран на правой нижней конечности. Умеренный гиперкератоз кожи. Функция правого коленного сустава восстановлена. Продолжается лечение глубоких ожогов на левой нижней конечности и ранняя реабилитация.



Клинические случаи лечения гнойных ран

Черненко Владимир Викторович,
к.м.н., доцент кафедры общей хирургии Алтайского государственного
медицинского университета, заведующий отделением гнойной хирургии
КГБУЗ «Городская больница № 8 г. Барнаул»

«Мазевые повязки «Бранолинд Н» с перуанским бальзамом позволяют улучшить результаты активного хирургического лечения гнойных ран. Они способствуют более раннему переходу ран в стадию репарации после хирургической обработки гнойного очага или некрэктомии и позволяют добиться сокращения времени и улучшения качества подготовки вторично заживающих послеоперационных ран к их пластическому закрытию. Повязки «Бранолинд Н» могут быть использованы у пациентов со вторично заживающими хроническими ранами для амбулаторного долечивания или подготовки раневого ложа к этапу пластического замещения» (на основании клинического опыта местного лечения ран).

Клинический случай 1

Лечение гнойно-некротической раны стопы у больного с синдромом диабетической стопы с использованием атравматической мазевой повязки «Бранолинд Н» и суперабсорбирующей повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus)

Пациент Б., 70 лет, обратился в отделение гнойной хирургии с жалобами на почернение 4-го и 5-го пальцев левой стопы, сухость во рту, боли в стопе. Был болен около двух недель. В анамнезе сахарный диабет типа 2 в течение 10 лет. Результаты обследования выявили лейкоцитоз — $16,5 \times 10^9$ в л, сахар крови — 18 ммоль/л, при рентгенографии стопы была обнаружена деструкция ногтевых фаланг 4-го и 5-го пальцев, кальциноз артерий стопы.

При дуплексном исследовании артерий нижних конечностей обнаружена окклюзия задней большеберцовой артерии (ЗББА) с обеих сторон.

Диагноз: сахарный диабет типа 2, синдром диабетической стопы — нейро-ишемическая форма, окклюзия ЗББА с обеих сторон, гангрена 4-го и 5-го пальцев левой стопы.

Под внутривенным наркозом была выполнена экзартикуляция гангренозно измененных пальцев стопы



Рис. 1. Вид левой стопы после этапной некрэктомии



Рис. 2. Вид левой стопы через 14 суток от начала лечения повязками «Бранолинд Н» и «Цетувит плюс» (Zetuvit plus)



Рис. 3. Вид раны левой стопы перед выпиской

с резекцией головок плюсневых костей. Рану частично ушили отдельными швами. Проводилась антибактериальная терапия, коррекция гипергликемии посредством введения инсулинов короткого действия, антикоагулянтная, дезагрегантная терапия, местно накладывались повязки с раствором повидон-йода. При бактериологическом исследовании раны был выявлен обильный рост золотистого стафилококка и клебсиеллы. Через 5 суток появились признаки ишемии раны в области швов, а именно струп черного цвета.

Швы удалили, рана была широко разведена, поврежденные ткани оказались окрашены в серый цвет с большим количеством мутного экссудата с не-

приятным колибациллярным запахом. Под внутривенным наркозом была выполнена этапная некрэктомия (рис. 1). В послеоперационном периоде было продолжено комплексное лечение с использованием атравматической раневой повязки «Бранолинд Н» и суперабсорбирующей повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus).

К 14-м суткам рана полностью очистилась от некрозов (рис. 2), к 18-м суткам активно гранулировала и эпителизировалась от краев (рис. 3).

Пациента в удовлетворительном состоянии выписали на амбулаторное долечивание с рекомендациями выполнения аутодермопластики в плановом порядке.

Клинический случай 2

Использование атравматической мазевой повязки «Бранолинд Н» и суперабсорбирующей повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) в комплексном лечении обширной флегмоны передней брюшной стенки у больного сахарным диабетом

Пациент К., 56 лет, обратился в отделение гнойной хирургии с жалобами на уплотнение, распирающие боли и покраснение брюшной стенки ниже пупка, повышенную до 38,5 °С температуру тела, сильную слабость. Симптомы присутствовали около 6 суток, ранее за медицинской помощью не обращался. Заболевание связывает с тем, что занимался тяжелым физическим трудом с упором инструмента в брюшную стенку.

При поступлении состояние пациента оценивалось как тяжелое: температура тела – 38,5 °С, лейкоцитоз – $24,5 \times 10^9$ в л, сахар крови – 14 ммоль/л, ЭКГ – синусовая тахикардия 120 в минуту.

Локально в мезогастрии ниже пупка и с обеих сторон от него присутствовал резко болезненный плотный инфильтрат, кожа над ним была ярко гиперемизирована. Брюшная полость вне инфильтрата была безболезненна, без перитонеальных симптомов. При УЗИ внутренних органов патологии брюшной полости не выявлено. УЗИ передней

брюшной стенки определило в области инфильтрата анэхогенные участки и линейные жидкостные структуры.

Диагноз: флегмона передней брюшной стенки, впервые выявленный сахарный диабет.

В экстренном порядке по жизненным показаниям под внутривенным наркозом пациенту провели операцию – вскрытие флегмоны передней брюшной стенки с иссечением некротизированных клетчатки и апоневроза. Распространения гнойно-некротического процесса под апоневрозом не наблюдалось. При микробиологическом исследовании раны были выделены энтерококк и ацинетобактер. Пациент прошел комплексное лечение: рациональную антибактериальную терапию, инфузионную терапию, коррекцию гипергликемии инсулином короткого действия, принимал антикоагулянты, дезагреганты. Ежедневно проводилась некрэктомия под наркозом. На 10-е сутки от поступления были начаты ежедневные перевязки с использованием атравматической раневой повязки



Рис. 1–3. Рана передней брюшной стенки на 10-е сутки после операции. Начало лечения повязками «Бранолинд Н» и «Цетувит плюс» (Zetuvit plus)



Рис. 4. Рана передней брюшной стенки на 15-е сутки после операции



Рис. 5. Результат вторичной хирургической обработки раны передней брюшной стенки

«Бранолинд Н» и суперабсорбирующей повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) (рис. 1–3).

На 15-е сутки экссудация полностью прекратилась, рана активно гранулировала (рис. 4). Дальнейшее использование повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) стало нецелесообразным.

Местное лечение раны продолжили с использованием атравматической раневой повязки «Бранолинд Н». На 23-и сутки была выполнена вторичная хирургическая обработка раны с наложением швов (рис. 5).

Больного выписали в удовлетворительном состоянии на амбулаторное долечивание с рекомендациями продолжить лечение остаточной раны посредством местного использования атравматической раневой повязки «Бранолинд Н».

Клинический случай 3

Использование атравматической мазевой повязки «Бранолинд Н» и повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) в комплексном лечении больного с обширной надпоясничной флегмоной волосистой части головы

Пациента А., 34 лет, доставили в отделение санитарным транспортом из ЦРБ. В анамнезе бытовая травма — удар тупым предметом по голове двухнедельной давности. Через 6–7 дней после травмы мужчина обратился в хирургическое отделение ЦРБ с клиникой обширной гематомы волосистой части головы. После поступления в хирургическое отделение гематома была вскрыта. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия, перевязки с антисептиками. Состояние больного прогрессивно ухудшалось: нарастал отек мягких тканей головы и лица, присутствовали фебрильная температура тела, потрясающие ознобы, лейкоцитоз составлял 28×10^9 в л,

определялся палочкоядерный сдвиг влево, в ране теменной области — обильное гнойное отделяемое с неприятным запахом. После консультации с заведующим отделением гнойной хирургии пациент был доставлен в специализированное отделение.

При поступлении состояние пациента было тяжелым вследствие распространенного гнойно-некротического процесса волосистой части головы и неадекватного дренирования раны. Локально имелся выраженный отек лица, на границе затылочной и теменных областей рана составляла 5 x 2 см с отечными гиперемизированными краями, обширный инфильтрат занимал всю затылочную и большую часть



Рис. 1. Рана затылочной и теменных областей после начала лечения повязками «Бранолинд Н» и «Цетувит плюс» (Zetuvit plus)



Рис. 2. Рана волосистой части головы с признаками второй фазы раневого процесса



Рис. 3. Восстановительный этап лечения

теменных областей. Пальпация была резко болезненная, при ее проведении из раны выделялся гной серо-зеленого цвета с пузырьками газа.

Диагноз: обширная посттравматическая флегмона волосяной части головы, сепсис.

По жизненным показаниям в экстренном порядке под эндотрахеальным наркозом из разреза 25 см было выполнено вскрытие флегмоны, удалено около 350 мл гноя, иссечены некротизированные подкожная клетчатка, старая послеоперационная рана. На апоневрозе имелись обильные наложения фибрина, распространения гноя под апоневроз не было обнаружено. Рану санировали большим количеством антисептика и рыхло уложили салфетки с повидон-йодом.

В послеоперационном периоде проводили рациональную антибактериальную терапию — в ране отмечался обильный рост зеленеющего стрептококка. В общем лечении применялась инфузионная терапия, антикоагулянты, антиагреганты. При местном лечении раны использовали растворы повидон-йода и диоксида. В послеоперационном периоде

был реализован принцип активного ведения гнойных ран и выполнено четыре этапных некрэктомии под наркозом.

На 15-е сутки некротический процесс был полностью остановлен. В ране отмечалась обильная экссудация, поэтому решено было начать комбинированное лечение с использованием атравматической маевой повязки «Бранолинд Н» и суперабсорбирующей повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) (рис. 1).

На 5–6-е сутки количество экссудата резко сократилось, в дальнейшем решено было продолжить лечение раны только повязками «Бранолинд Н». Еще через 5 суток вся раневая поверхность активно гранулировалась, присутствовал светлый серозный экссудат в небольшом количестве (рис. 2).

Таким образом, рана была полностью подготовлена к ВХО, и на 22-е сутки от момента поступления пациента в отделение гнойной хирургии была выполнена ВХО раны с наложением поздних швов (рис. 3).

Больной в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное долечивание.

Клинический случай 4

Использование атравматической маевой повязки «Бранолинд Н» и повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) в комплексном лечении пациента с буллезно-геморрагической формой рожистого воспаления левой голени

Пациент Ф., 41 год, поступил в отделение гнойной хирургии с жалобами на повышение температуры тела до 40 °С, отек и покраснение левой голени, наличие багровых высыпаний и пузырей через трое суток от начала заболевания. За медицинской помощью ранее не обращался, принимал дома парацетамол. При поступлении состояние больного средней степени тяжести, по органам компенсирован. Локально: левая голень выражено отечна, ярко гиперемирована на площади 6 % поверхности тела. По передней поверхности голени

отмечались отдельные и сливные геморрагические высыпания и множество буллезных пузырей от 0,5 до 3 см в диаметре, заполненные желтоватой жидкостью. Кожные покровы горячие, в паховой области увеличенные болезненные лимфоузлы.

Диагноз: рожистое воспаление левой голени — буллезно-геморрагическая форма, площадь поражения 6 % поверхности тела, регионарный лимфаденит. На перевязке пузыри были вскрыты, выполнен бактериальный посев, наложена повязка



Рис. 1–4. Вторая фаза раневого процесса, местное лечение раны повязками «Бранолинд Н» и «Цетувит плюс» (Zetuvit plus)

Рис. 5. Рана голени подготовлена к восстановительной операции

с водным раствором хлоргексидина. Назначена консервативная терапия: рациональная антибактериальная терапия, прием антикоагулянтов, антиагрегантов, нестероидных противовоспалительных препаратов. На месте вскрытых буллезных пузырей сформировались некрозы, после удаления которых на передней поверхности голени образовалась рана площадью 2,5% поверхности тела с обильной экссудацией. При бактериальном посеве из раны был выделен золотистый стафилококк. Начато местное лечение ран с использованием маевой атравматической повязки «Бранолинд Н» и суперабсорбирующей повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) (рис. 1–4).

На 6–7-е сутки от начала лечения рана покрылась ровными здоровыми грануляциями и таким образом была полностью подготовлена к аутодермопластике (рис. 5).

На 18-е сутки от момента поступления в отделение гнойной хирургии больному была выполнена аутодермопластика расщепленным кожным лоскутом. Пересаженная кожа находилась под повязками «Бранолинд Н». Площадь приживления кожного лоскута составила 95%. Больного в удовлетворительном состоянии выписали на амбулаторное долечивание. Для обработки пересаженной кожи рекомендованы аппликации с облепиховым маслом.

Клинический случай 5.

Использование атравматической маевой повязки «Бранолинд Н» и повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) в комплексном лечении пациента с эпидемиологической флегмоной правого бедра

Пациента Т., 50 лет, доставила в отделение гнойной хирургии бригада скорой медицинской помощи. Он жаловался на сильные распирающие боли в правом бедре, наличие болезненного уплотнения по внутренней поверхности бедра, боли при ходьбе, повышенную до 38 °С температуру тела. Был болен около пяти суток, свое заболевание связывает с тем, что выдавил гнойник. При поступлении зафиксировано состояние средней степени тяжести, по органам и системам компенсирован. Локально: правое бедро отечно, по внутренней поверхности гиперемия кожи, определялся резко болезненный инфильтрат 18 x 10 см с размягчением в центре. Кожные покровы над инфильтратом горячие.

Диагноз: флегмона правого бедра.

По жизненным показаниям в экстренном порядке под внутривенным наркозом была выполнена операция — вскрытие и дренирование флегмоны, некрэктомия. Полость гнойника имела размеры 20 x 15 см. Было удалено около 400 мл желто-зеленого гноя без запаха, взят бактериальный посев, апоневроз некротизирован. Гнойник распространился в межмышечное пространство. Все некротизированные ткани были

иссечены, гнойный экссудат из межмышечных и клетчаточных пространств удален. В дальнейшем была реализована активная хирургическая тактика лечения гнойных ран, ежедневная этапная некрэктомия. Через 2 недели от начала лечения некротический процесс удалось полностью купировать, сформировалась обильно экссудующая рана, занимающая практически всю внутреннюю поверхность бедра. Начато местное лечение раны с использованием маевой атравматической повязки «Бранолинд Н» (рис. 1–2) и суперабсорбирующей повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus). Через 10 дней от начала лечения этими повязками раневая поверхность полностью покрылась здоровыми грануляциями.

Учитывая большую площадь раны, было решено выполнить восстановительную операцию в два этапа: на первом этапе наложить вторичные швы, на втором, после выписки — сделать аутодермопластику. Под внутривенным наркозом была выполнена вторичная хирургическая обработка раны с наложением поздних швов (рис. 3). В удовлетворительном состоянии больной был выписан на амбулаторное долечивание с рекомендациями местного лечения раны повязками «Бранолинд Н».



Рис. 1–2. Рана во второй фазе раневого процесса, подготовка к восстановительной операции с помощью повязок «Бранолинд Н»

Рис. 3. ВХО раны бедра с наложением швов



Клинические случаи лечения детских ожогов

Будкевич Людмила Иасоновна,
д.м.н., профессор, заведующая 2-м отделением термической травмы детей младшего
возраста Московского НИИ педиатрии и детской хирургии, ДГКБ № 9
имени Г. Н. Сперанского, Москва

«В комбустиологии детского возраста мазевая повязка «Бранолинд Н» зарекомендовала себя как эффективное медицинское средство, которое можно с успехом использовать не только в отношении ожоговых и донорских ран, но и для ухода за пересаженными кожными трансплантатами с целью предотвращения их прилипания ко вторичным повязкам. Результаты лечения пациентов позволяют рекомендовать использование атравматической мазевой повязки «Бранолинд Н» в сочетании со вторичными абсорбирующими повязками в комплексном лечении ожогов I–II–III степени у детей».

Клинический случай 1

Лечение поверхностного ожога правой нижней конечности у ребенка 11 лет

Ребенок Н. (мальчик), 11 лет, получил ожоговую травму дома, опрокинув на себя чашку с горячим чаем. Первую помощь оказали родственники на дому — обработали рану холодной водой. Через час после травмы пациент поступил в состоянии средней тяжести в ожоговый центр ДГКБ № 9 имени Г. Н. Сперанского.

Диагноз при поступлении: ожог горячей жидкостью I–II степени (МКБ-10) правой нижней конечности на площади 4 % п. т. (рис. 1).

В отделении была произведена первичная хирургическая обработка ожоговых ран со вскрытием эпидермальных пузырей и удалением отслоившегося эпидермиса. Дно ран розового цвета. Капиллярная (пальцевая) проба положительная. Выполнена аппликация атравматической ране-

вой повязки «Бранолинд Н» и вторичной абсорбирующей марлевой повязки. Через сутки после госпитализации рану осмотрели врачи ожогового отделения и диагностировали поверхностный ожог I–II степени на площади 4 % п. т. Взят посев с раневой поверхности на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, выделен *St. epidermidis*. После туалета раны 0,02 % водным раствором хлоргексидина была произведена аппликация повязки «Бранолинд Н» (рис. 2) и вторичной повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus).

Учитывая малую степень экссудации, повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) при последующих перевязках не применялись. За время лечения были выполнены три пере-



Рис. 1. Вид раны через сутки после травмы



Рис. 2. Аппликация атравматических повязок «Бранолинд Н»



Рис. 3. Вид ожоговой поверхности на 4-е сутки



Рис. 4. Полная эпителизация ожоговой раны

вязки с интервалом 2–3 дня. Антибактериальная терапия не проводилась. Аллергических реакций на компоненты повязки «Бранолинд Н» не отмечено. Пациента выписали домой на 4-е сутки после травмы. У раны наблюдалась тенденция к краевой и островковой эпителизации (рис. 3).

На 8-е сутки заболевания мальчика осмотрел врач — детский хирург в консультативной поликлинике ДГКБ № 9 имени Г. Н. Сперанского. Отмечена полная эпителизация раны (рис. 4).

Клинический случай 2

Лечение термического ожога правого бедра I–II степени у ребенка 9 лет

Ребенок Н. (мальчик), 9 лет, получил ожоговую травму дома, опрокинув на себя чашку с горячим чаем. Первую помощь оказали родственники на дому — обработали рану пеной «Пантенол». Через сутки после травмы мальчик поступил в состоянии средней тяжести в ожоговый центр ДГКБ № 9 имени Г. Н. Сперанского.

Диагноз при поступлении: ожог горячей жидкостью I–II степени на площади 3 % п. т. (рис. 1).

Пациенту была произведена первичная хирургическая обработка ожоговых ран со вскрытием эпидермальных пузырей и удалением отслоившегося эпидермиса. Дно ран розового цвета. Капиллярная (пальцевая) проба положительная. Выполнена аппликация повязки «Бранолинд Н» со вторичной абсорбирующей повязкой.

Через сутки после госпитализации рану осмотрели врачи ожогового отделения и диагностировали поверхностный ожог I–II степени на площади 4 % п. т. Взят посев с раневой поверхности на микрофлору и чувствительность

к антибиотикам, выделен *St. epidermidis*. После туалета раны 0,02 % водным раствором хлоргексидина была произведена аппликация атрауматической повязки «Бранолинд Н» (рис. 2) в комбинации со вторичной суперабсорбирующей повязкой «Цетувит плюс» (Zetuvit plus). Учитывая малую степень экссудации, повязка «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) при последующих перевязках не применялась. За время лечения были выполнены три перевязки с интервалом 2–3 дня. Антибактериальная терапия не проводилась.

Аллергических реакций на сетчатую атрауматическую повязку «Бранолинд Н» выявлено не было.

Пациента выписали домой на 4-е сутки после травмы. У раны наблюдалась тенденция к краевой и островковой эпителизации (рис. 3).

На 8-е сутки заболевания рану осмотрел врач — детский хирург в консультативной поликлинике ДГКБ № 9 имени Г. Н. Сперанского. Отмечена полная эпителизация раны.



Рис. 1. Вид ожоговых ран I–II ст. в день поступления в ожоговый центр



Рис. 2. Аппликация повязки «Бранолинд Н»



Рис. 3. На 3-и сутки заболевания: рана с тенденцией к эпителизации

Клинический случай 3

Местное лечение термического ожога у ребенка 9 лет с помощью атравматической сетчатой мазевой повязки, содержащей перуанский бальзам

Ребенок Н. (мальчик), 9 лет, получил ожоговую травму дома, опрокинув на себя чашку с горячим чаем. Родственники оказали первую помощь на дому — обработали рану холодной водой. Через 40 минут после травмы ребенок поступил в состоянии средней тяжести в ожоговый центр ДГКБ № 9 имени Г. Н. Сперанского.

Диагноз при поступлении: ожог горячей жидкостью I–II степени левой нижней конечности на площади 6 % п. т. (рис. 1).

Врачи произвели первичную хирургическую обработку ожоговых ран со вскрытием эпидермальных пузырей и удалением отслоившегося эпидермиса. Дно ран розового цвета. Капиллярная (пальцевая) проба положительная. Выполнена аппликация атравматической мазевой повязки «Бранолинд Н» с перуанским бальзамом и вторичной абсорбирующей марлевой повязки. Через сутки после госпитализации при осмотре раны врачи ожогового отделения

диагностировали поверхностный ожог I–II степени на площади 6 % п. т. Взят посев с раневой поверхности на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, выделена культура *St. aureus*. После туалета раны 0,02 % водным раствором хлоргексидина была произведена аппликация повязки «Бранолинд Н» (рис. 2) в сочетании со вторичной суперабсорбирующей повязкой «Цетувит плюс» (Zetuvit plus). Учитывая малую степень экссудации, повязка «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) при последующих перевязках не применялась. За время лечения были выполнены три перевязки с интервалом 2–3 дня. Антибактериальная терапия не проводилась.

На рис. 3 представлен вид ожоговых ран в динамике на 6-е сутки заболевания. Аллергических реакций на «Бранолинд Н» не выявлено.

Пациента выписали домой на 8-е сутки после травмы. Отмечена полная эпителизация ран (рис. 4).



Рис. 1. Вид ожоговых ран I–II ст. при поступлении в стационар



Рис. 2. Аппликация атравматической повязки «Бранолинд Н» на ожоговые раны



Рис. 3. Вид ожоговых ран на 6-е сутки заболевания



Рис. 4. Полная эпителизация ожоговых ран на 8-е сутки после травмы

Клинический случай 4

Использование мазевой атравматической повязки «Бранолинд Н» с перуанским бальзамом при лечении пограничного термического ожога правой верхней конечности

Ребенок Д. (мальчик), 3 года 2 месяца, получил ожоговую травму дома, опрокинув на себя тарелку с супом. Первую помощь оказали родственники на дому — обработали рану яичным белком. Через час после травмы мальчик поступил в состоянии средней тяжести в ожоговый центр ДГКБ № 9 имени Г. Н. Сперанского.

Диагноз при поступлении: ожог горячей жидкостью I–II степени правой верхней конечности на площади 3 % п. т. (рис. 1). В стационаре была произведена первичная хирургическая обработка ожоговых ран со вскрытием эпидермальных пузырей и удалением отслоившегося эпидермиса. Дно ран розового цвета. Капиллярная (пальцевая) проба

положительная. Выполнена аппликация повязки «Бранолинд Н» со вторичной абсорбирующей повязкой. Через сутки после госпитализации рану осмотрели врачи ожогового отделения (рис. 2). Диагностирован поверхностный ожог I–II степени на площади 3 % п. т. Взяты посевы с раневой поверхности на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, выделен *St. aureus*. После туалета раны 0,02 % водным раствором хлоргексидина была произведена аппликация повязки «Бранолинд Н». Учитывая малую степень экссудации, вторичная супер-абсорбирующая повязка «Цетувит плюс» (Zetuvit plus)

не применялась. За время лечения были выполнены три перевязки с интервалом два дня. Антибактериальная терапия не проводилась.

Аллергических реакций на атравматическую мазевую повязку «Бранолинд Н» выявлено не было.

Пациента выписали на амбулаторное долечивание на третьи сутки после травмы. На ране проявилась тенденция к краевой и островковой эпителизации (рис. 3).

На 7-е сутки заболевания при осмотре врача — детского хирурга в консультативной поликлинике ДГКБ № 9 имени Г. Н. Сперанского отмечена полная эпителизация ран.



Рис. 1. Ожог горячей жидкостью I–II ст. правой верхней конечности на площади 3 % п. т.



Рис. 2. Вид ожоговых ран через сутки после госпитализации



Рис. 3. Вид ожоговых ран на 3-и сутки после госпитализации

Клинический случай 5

Использование атравматических мазевых повязок с перуанским бальзамом в сочетании с суперабсорбирующими вторичными повязками при местном лечении термических ожогов нижних конечностей I–II–III степени



Рис. 1. Вид ожоговых ран II–III ст. правой стопы при госпитализации в стационар

Ребенок М. (мальчик), 13 лет, получил ожоговую травму дома, опрокинув на себя чайник с горячей водой. Первую помощь оказали родственники на дому — обработали рану холодной водой. Через 30 минут после травмы мальчик поступил в состоянии средней тяжести в ожоговый центр ДГКБ № 9 имени Г. Н. Сперанского.

Диагноз при поступлении: ожог горячей жидкостью I–II–III степени обеих нижних конечностей на площади 4 % п. т. (рис. 1–3).

При поступлении была произведена первичная хирургическая обработка ожоговых ран со вскрытием эпидермальных пузырей и удалением отслоившегося эпидермиса. Дно ран бледно-розового цвета. Капиллярная (пальцевая) проба сомнительная. Выполнена аппликация атравматической мазевой повязки «Бранолинд Н» и вторичной абсорбирующей марлевой повязки. Через сутки после госпитализации раны осмотрели врачи



Рис. 2. Вид ожоговых ран II–III ст. левой стопы при госпитализации в стационар



Рис. 3. Вид ожоговых ран I–II ст. левой голени и области левого голеностопного сустава при поступлении в стационар



Рис. 4. Аппликация повязки «Бранолинд Н» на ожоговые раны правой стопы



Рис. 5. Аппликация повязки «Бранолинд Н» на ожоговые раны области левой стопы

ожогового отделения и диагностировали ожог I–II–III степени на площади 4 % п. т. Взят посев с раневой поверхности на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, выделен *St. aureus*. После туалета раны 0,02 % водным раствором хлоргексидина была произведена аппликация повязки «Бранолинд Н» (рис. 4, 5) и вторичной суперабсорбирующей повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus), которая с учетом высокой степени экссудации использовалась дважды при последующих перевязках. В процессе лечения были выполнены четыре перевязки

с интервалом 2–3 дня. Антибактериальная терапия не проводилась.

Аллергических реакций на повязку «Бранолинд Н» выявлено не было.

Пациента выписали на амбулаторное долечивание на 13-е сутки после травмы с полной эпителизацией ран и рекомендацией проконсультироваться у реабилитолога через 2 недели после выписки из стационара для профилактики образования грубых рубцов на месте пограничных ожоговых ран тыльной поверхности обеих стоп.

Клинический случай 6

Местное лечение распространенных термических ожогов I–II–III степени с помощью атравматических мазевых повязок с перуанским бальзамом и вторичных суперабсорбирующих повязок у пациента 15 лет

Ребенок А. (мальчик), 15 лет, получил ожоговую травму горячей жидкостью на дому, опрокинув на себя чашку с кипятком. Первую помощь оказал себе сам, используя холодную воду



Рис. 1. Вид больного на первой перевязке

из-под крана. Через 45 минут после травмы поступил в состоянии средней тяжести в ожоговый центр ДГКБ № 9 имени Г. Н. Сперанского.

Диагноз при поступлении: ожог горячей жидкостью I–II–III степени правого бедра, промежности, половых органов на площади 5 % п. т. (рис. 1).

При поступлении была произведена первичная хирургическая обработка ожоговых ран со вскрытием эпидермальных пузырей и удалением отслоившегося эпидермиса. Дно ран ярко-красного цвета, отечное, со множественными петехиями. Капиллярная (пальцевая) проба сомнительная на площади около 1 % п. т. Выполнена аппликация атравматической сетки и асептической повязки.

Через сутки после госпитализации врачи ожогового отделения провели осмотр раны и диагностировали ожог I–II–III степени на площади 5 % п. т. Взят посев с раневой поверхности на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, выделен *St. aureus*. После туалета раны 0,02 % водным раствором



Рис. 2. Аппликация повязки «Бранолинд Н»



Рис. 3, 4. Этапные перевязки с дополнительным использованием повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus)



Рис. 5. Активная эпителизация на 6-е сутки после травмы



Рис. 6. Полная эпителизация раны на 9-е сутки после травмы

хлоргексидина биглюконата была произведена аппликация атравматичной повязки «Бранолинд Н» (рис. 2) и «Цетувит плюс» (Zetuvit plus). Учитывая умеренную степень экссудации, суперабсорбирующая повязка «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) использовалась на последующих перевязках (рис. 3, 4). На третьи сутки после травмы было выполнено оперативное вмешательство — механическая дермabrasия на площади 2 % п. т. Проводилась антибактериальная терапия (синтетический

антибиотик пенициллинового ряда). За время лечения были выполнены четыре перевязки с интервалом 2–3 дня (рис. 5). На 9-е сутки после травмы целостность кожного покрова была восстановлена (рис. 6). Аллергических реакций на атравматичную повязку «Бранолинд Н» не отмечено. Пациента выписали домой с рекомендацией пройти консультации реабилитолога, уролога через две недели после выписки из стационара.

Клинический случай 7

Использование мазевой атравматической повязки «Бранолинд Н» с перуанским бальзамом при лечении обширного термического ожога лица, шеи, туловища и обеих верхних конечностей I–II–III степени

Ребенок Т. (мальчик), 3 года 6 месяцев, получил ожоговую травму дома, опрокинув на себя емкость с горячей жидкостью. Первую помощь оказала мать на дому, используя

«Пантенол» и холодную воду. Через 40 минут после травмы мальчик поступил в состоянии средней тяжести в ожоговый центр ДГКБ № 9 имени Г. Н. Сперанского.

Диагноз при поступлении: ожог горячей жидкостью I–II–III степени лица, шеи, туловища, обеих верхних конечностей на площади 25 % п. т. Под аппаратно-масочным наркозом пациенту была произведена первичная хирургическая обработка ожоговых ран со вскрытием эпидермальных пузырей и удалением отслоившегося эпидермиса. Дно ран ярко-красного цвета, отечное, с петехиальными кровоизлияниями (рис. 1). Выполнена аппликация повязки «Бранолинд Н» и салфетки с 0,02 % водным раствором хлоргексидина. В течение суток проводилась противошоковая терапия.

Через 12 часов после поступления в специализированный стационар была выполнена перевязка, на которой диагностированы ожоговые раны I–II–III степени на площади 25 % п. т. Капиллярная (пальцевая) проба отрицательная на площади около 15 % п. т. Выполнена аппликация атравматичной сетки и асептической повязки.

На 4-е сутки после травмы было выполнено хирургическое вмешательство: хирургическая некрэктомия на площади

15 % п. т. Произведена аутодермопластика свободными расщепленными цельными трансплантатами на площади 15 % п. т. (рис. 2, 3). Сделана аппликация на донорские раны и пересаженные кожные трансплантаты повязки «Бранолинд Н» с наложением асептической повязки с целью профилактики прилипания пересаженных трансплантатов к применяемым перевязочным средствам (рис. 5).

При посеве с раневой поверхности на микрофлору и чувствительность к антибиотикам выделен *St. aureus*. Проводилась антибактериальная терапия (синтетический антибиотик пенициллинового ряда + аминогликозиды + антифунгальная терапия). На этапных перевязках, осуществляемых с интервалом в 3–4 дня, каких-либо осложнений не выявлено. Послеоперационное течение гладкое (рис. 4). За время лечения было выполнено шесть перевязок. Целостность кожного покрова восстановлена на 15-е сутки. Пациент выписан домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение реабилитолога ДГКБ № 9 имени Г. Н. Сперанского.



Рис. 1. Вид раны перед аппликацией повязки «Бранолинд Н»



Рис. 2, 3. Этапные перевязки с дополнительным использованием повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus)



Рис. 4. Активная эпителизация на 6-е сутки после травмы



Рис. 5. Полная эпителизация раны на 9-е сутки после травмы

Клинический случай 8

Местное лечение экссудирующего термического ожога правой нижней конечности II–III степени у пациента 17 лет с помощью атравматической сетчатой мажевой повязки «Бранолинд Н» и вторичной повязки на основе суперабсорбирующего полимера

Ребенок Ш. (мальчик), 17 лет, получил ожоговую травму на улице, когда в кармане его джинсов взорвалась электронная сигарета. Первую помощь оказал себе сам, используя холодную воду из-под крана. Через 30 минут после травмы поступил в состоянии средней тяжести в ожоговый центр ДГКБ № 9 имени Г. Н. Сперанского.

Диагноз при поступлении: ожог правой нижней конечности пламенем II–III степени на площади 8 % п. т. (рис. 1).

При поступлении была произведена первичная хирургическая обработка ожоговых ран со вскрытием эпидермальных пузырей и удалением отслоившегося эпидермиса. Дно ран белесоватого цвета с участками кровоизлияний. Капиллярная (пальцевая) проба отрицательная на площади около 2 % п. т.



Рис. 1. Ожог горячей жидкостью I–II ст. правой верхней конечности на площади 3 % п. т.



Рис. 2. Вид ожоговых ран через сутки после госпитализации

Выполнена аппликация атравматической сетки и асептической повязки. Через сутки после госпитализации рану осмотрели врачи ожогового отделения и диагностировали ожог II–III степени на площади 4 % п. т. (рис. 2). Взят посев с раневой поверхности на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, выделен *St. aureus*. После туалета раны 0,02 % водным раствором хлоргексидина была произведена аппликация повязки «Бранолинд Н» и вторичной повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus). Учитывая высокую степень экссудации, суперабсорбирующая повязка «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) использовалась на последующих перевязках.

Мать пациента долго отказывалась от оперативного лечения. Проводилась антибактериальная терапия (синтетический антибиотик пенициллинового ряда + цефалоспорины II поколения). За время лечения было выполнено пять перевязок с интервалом 2–3 дня.

На 10-е сутки после травмы прошла хирургическая некрэктомия с аутодермопластикой на площади 2 % п. т. (рис. 3). Ожоговые раны II степени эпителизировались на 10-е сутки. Послеоперационный период составил 7 суток.

Аллергических реакций на атравматическую повязку «Бранолинд Н» отмечено не было. Целостность поврежденного кожного покрова восстановлена на 16-е сутки заболевания. Пациента выписали домой с рекомендацией пройти консультации реабилитолога через 2 недели после выписки из стационара. Для профилактики образования грубых рубцов на месте пограничных ожоговых ран в области тыльной поверхности обеих стоп прописано использование компрессионной одежды, противорубцовых кремов и мазей.



Рис. 3. Вид ожоговых ран на 3-и сутки после госпитализации

Клинический случай 9

Использование мазевых атравматических повязок с перуанским бальзамом и вторичных суперабсорбирующих повязок для подготовки раневых поверхностей к аутодермопластике у 6-летней пациентки с глубокими электроожогами кистей обеих рук

Ребенок Х. (девочка), 6 лет, получила ожоговую травму дома, прикоснувшись к неисправному электроприбору. Первую помощь ей оказали в стационаре по месту жительства (аппликация асептической повязки). Через сутки после травмы поступила в состоянии средней тяжести в ожоговый центр ДГКБ № 9 имени Г. Н. Сперанского.

Диагноз при поступлении: ожог пламенем вольтовой дуги III степени обеих кистей на площади 1 % п. т. (рис. 1).

На следующий день после получения травмы была выполнена хирургическая обработка инфицированных ран под аппаратно-масочным наркозом. В процессе лечения выполнялись многократные перевязки под общим обезболиванием с использованием повязки «Бранолинд Н» и «Цетувит плюс» (Zetuvit plus), учитывая высокую степень экссудации. Ребенок перенес неоднократные хирургические некрэктомии.

Выполнялись многократные аппликации повязки «Бранолинд Н» (рис. 2) и «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) (рис. 3) с целью подготовки гранулирующих ран (рис. 4) к кожной пластике. Аутодермопластика свободным расщепленным цельным кожным трансплантатом прошла на 18-е сутки после травмы (рис. 5). В послеоперационном периоде использовались повязки «Бранолинд Н» на кожные трансплантаты.

При посевах с раневых поверхностей выявлялись умеренно резистентные *Enterococcus faecalis* и *St. aureus* с последующей регрессией *Enterococcus faecalis* к моменту выполнения аутодермопластики. Ребенок получал антибактериальную терапию: цефалоспорины I–II поколений, аминогликозиды, антифунгальные препараты. Послеоперационный период протекал без осложнений. Аллергических реакций на используемые перевязочные средства не отмечено.



Рис. 1. Вид ожоговой раны при поступлении



Рис. 2. Аппликация атравматической повязки «Бранолинд Н»



Рис. 3. Аппликация повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus)



Рис. 4. Гранулирующие раны в области правой кисти перед аутодермопластикой



Рис. 5. Вид послеоперационных ран после кожной пластики

Клинический случай 10

Лечение глубокого экссудирующего ожога левой стопы у ребенка 6 лет с помощью мазевых атравматических и вторичных суперабсорбирующих повязок

Ребенок О. (мальчик), 6 лет, получил ожоговую травму дома, опрокинув на себя чашку с горячей водой. Первую помощь оказали родственники — обработали рану холодной водой и «Пантенолом». Через 30 минут после травмы мальчик поступил в состоянии средней тяжести в ожоговый центр ДГКБ № 9 имени Г. Н. Сперанского.

Диагноз при поступлении: ожог горячей жидкостью I–II–III степени левой стопы на площади 1 % п. т.

При поступлении была произведена первичная хирургическая обработка ожоговых ран со вскрытием эпидермальных пузырей и удалением отслоившегося эпидермиса. Дно ран ярко-красное, отечное, с мозаичными белесоватыми участками и петехиальными кровоизлияниями. Капиллярная (пальцевая) проба сомнительная на площади 0,5 % п. т. Выполнена аппликация атравматичной сетки «Бранолинд Н» и асептической повязки.

Через сутки после госпитализации врачи ожогового отделения провели осмотр раны, диагностировали ожог I–II–III степени на площади 1 % п. т. (рис. 1). Взят посев с раневой

поверхности на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, высеян *St. epidermidis*. После туалета раны 0,02 % водным раствором хлоргексидина была произведена аппликация повязки «Бранолинд Н» (рис. 2, 3) и «Цетувит плюс» (Zetuvit plus). Учитывая умеренную степень экссудации, суперабсорбирующая повязка «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) использовалась дважды на последующих перевязках (рис. 4). За время лечения были выполнены четыре перевязки с интервалом 2–3 дня (рис. 5). Антибактериальная терапия не проводилась.

Аллергических реакций на атравматичную повязку «Бранолинд Н» и «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) не отмечено. Целостность кожного покрова восстановлена на 12-е сутки после травмы.

Пациента выписали домой с рекомендацией пройти консультации реабилитолога через 2 недели после выписки из стационара для профилактики образования грубых рубцов на месте пограничных ожоговых ран в области тыльной поверхности левой стопы.



Рис. 1. Вид раны после хирургической обработки



Рис. 2, 3. Аппликация повязки «Бранолинд Н»



Рис. 4. Аппликация повязки «Цетувит плюс» (Zetuvit plus) на умеренно экссудирующую рану



Рис. 5. Вид раны на этапах лечения

HARTMANN



Фиксация, которая не подведет

Для фиксации всех видов повязок, в том числе Бранолинд® Н

- Быстрая и удобная замена повязок
- Надежная фиксация
- Немецкое качество

Пластырь нетканый фиксирующий Omnifix® elastic / Омнификс эластик (нестерильный)

- Эластичный нетканый материал
- Хорошо повторяет форму тела
- Воздухо- и паропроницаемый
- Не содержит латекс
- Сплошная фиксация повязок на раны любого вида

Бинт фиксирующий эластичный самофиксирующийся Peha-haft® / Пеха-хафт

- Бинт нового поколения, который не нужно завязывать
- Воздухопроницаемый
- Не содержит латекс



8 800 505 12 12



www.hartmann.ru

Информация предназначена для специалистов здравоохранения



ООО «ПАУЛЬ ХАРТМАНН»

115114, г. Москва, ул. Кожевническая, д. 7, стр. 1

Тел.: +7 (495) 796 99 61
www.hartmann.ru