

WYNIKI BADAŃ KLINICZNYCH

Klinika Chirurgiczna Instytutu WAM i Zakład Farmacji Wojskowej z OOZA WAM w Łodzi pod kierunkiem płk prof. dr hab. n. med. St. Barcikowskiego.

W grupach chorych z ranami zakażonymi, ranami oparzeniowymi i owrzodzeniowymi troficznymi goleni zaobserwowano, że:

1. Już po dwu lub trzykrotnej zmianie opatrunku (tj. po około 3-6 dobach leczenia) ustępuje piekący ból ran i okolicznych tkanek, dając choremu uczucie "kojącego działania".
2. Następuje szybkie wygaszanie odczynu zapalnego i zmniejszenie hiperkeratozy skóry otaczającej owrzodzenie .
3. Ropienie owrzodzenia ustępuje po 2-4 dniach stosowania opatrunku nawet bez stosowania antybiotyków.
4. Podczas zmiany opatrunku hydrożelowego zbierane są wraz z nim włókniki i tkanki martwicze leczonych ran.
5. Zmiana opatrunku jest zupełnie niebolesna. Tylko u 5 na 27 chorych występowała mało nasilona bolesność podczas zmiany opatrunku.
6. Ziarninowanie w dniu owrzodzenia ulega wyraźnemu pobudzeniu po kilku dniach stosowania opatrunku. Tkanki martwicze ulegają szybkiej demarkacji.
7. Opatrunek wydaje się również przyspieszać epitalizację i napełnianie nasórka na ziarninę.

Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej AM we Wrocławiu

pod kierunkiem prof. dr hab. med. H. Kusia.

Lokalizacja oraz rodzaje ran leczonych opatrunkami hydrożelowymi były niejednorodne. Dotyczyło to ran od dłuższego czasu leczonych innymi tradycyjnymi środkami opatrunkowymi, jednak bez oczekiwanych efektów.

W materiale klinicznym przeważały rany oparzeniowe, w następnej kolejności rany urazowe oraz odleżyny i owrzodzenia. Wyniki obserwacji były następujące:

1. Duża hydrofilowość i adhezja do podłoża pozwala w czasie zmiany opatrunków na usuwanie wysięku z treścią ropną i tkanek martwiczych z leczonej rany.
2. Zdejmowanie zużytego opatrunku jest łatwe i bezbolesne dla chorych - nie obserwowano uszkodzeń nowo tworzącej się tkanki ziarninowej i powstającego naskórka.
3. Proces regeneracji i odbudowy skóry przebiega znacznie szybciej niż przy stosowaniu tradycyjnych opatrunków.
4. Częstotliwość zmiany opatrunków hydrożelowych była uzależniona od fazy gojenia się rany: w fazie wysiękowej zmiana co 12-24 h, gdy w ranie zaczynają się procesy regeneracyjne co 48 h.
5. U niektórych chorych roztwory antybiotyku wprowadzano pod opatrunek.

Oddział Oparzeń w Siemianowicach pod kierunkiem dr St. Sakiela

Opatrunki hydrożelowe były stosowane w leczeniu oparzeń.

1. Opatrunek hydrożelowy jest dobrym opatrunkiem w leczeniu oparzeń powierzchniowych pośredniej grubości skóry (2a°) czystych, niezakażonych. Opatrunki dobrze przylegają do ran i nie wywołują miejscowych objawów ubocznych. Zakładanie i zdejmowanie opatrunków jest niebolesne. Podczas zdejmowania opatrunków nie dochodzi do uszkodzenia powstałego naskórka. Opatrunek dobrze chroni ranę przed wysychaniem i zakażeniem wewnętrznym. Zmiana opatrunku raz na 24 h.
2. W oparzeniach głębokich pośredniej grubości skóry (2b°) opatrunki hydrożelowe mogą być przydatne w pierwszych dniach po oparzeniu jako opatrunek ochronny do momentu

oddzielenia się martwicy z powierzchniowych warstw skóry. W tym okresie wymagana jest częsta zmiana opatrunku, co najmniej 2 razy w ciągu doby.

3. W oparzeniach pełnej grubości skóry (3°) opatrunki hydrożelowe mają ograniczone zastosowanie. W tych oparzeniach dąży się do jak najszybszego usunięcia martwicy z następowym pokryciem ubytku przeszczepem własnej skóry.
4. Dobre wyniki uzyskano w czasowym zastosowaniu opatrunków hydrożelowych po wycięciu martwicy aż do powięzi, do momentu kiedy podejmuje się pokrycie ubytku wolnym przeszczepem skóry pośredniej grubości.
5. Opatrunki hydrożelowe mogą być zastosowane na ziarninę w procesie przygotowania jej do przeszczepu, wtedy wymagana jest jednak częsta ich zmiana – co najmniej dwa razy w ciągu doby.
6. Opatrunki hydrożelowe dobrze zabezpieczają przeszczep siatkowy, dobrze przylegają do podłoża. Warunkiem powodzenia jest jednak dobra ziarnina i niezakażona rana. W ranach czystych opatrunki hydrożelowe należy zmieniać średnio jeden raz na 48 h. W ranach zakażonych 2 razy na 24 h.
7. W oparzeniach rozległych utrzymywanie opatrunków hydrożelowych ułatwia założenie siatki Codofix.

Stołeczny Szpital – Budapeszt Oddział oparzeniowy i Chirurgii Plastycznej - ordynator dr Laszlo Menesi.

AQUA-GEL® stosowaliśmy do leczenia oparzeń powierzchniowych drugiego stopnia (II/1), do ciągłego leczenia głębokich oparzeń drugiego stopnia (II/2), do operacyjnych przygotowań ran infekcyjnych oraz do ran oparzeniowych oczekujących na kolejne operacje przeszczepu. Przy zastosowaniu **AQUA-GEL®** osiągnięto nabłonkowanie oparzeń powierzchniowych drugiego stopnia w dolnych granicach terminu znanego przy zastosowaniu innych środków opatrunkowych (10-12 dni).

Katedra i Klinika Chirurgii Dziecięcej Akademii Medycznej w Bydgoszczy pod kierunkiem prof. dr. hab. med. Olgierda Sarrazina.

1. Opatrunek hydrożelowy **AQUA-GEL®** jest stosowany rutynowo jako pierwszy opatrunek przy przyjęciu dziecka do kliniki we wszystkich stopniach głębokości oparzeń w oparzeniach określanych zgodnie z klasyfikacją American Burns Association jako lekkie i średnie.
2. W oparzeniach stopnia I i II a (rumień i powierzchowne pośredniej grubości skóry) jest wykorzystywane szczególnie chłodzące i kojące działanie opatrunku. Zmiany opatrunku wykonuje się co 24-48 godzin w zależności od ilości wysięku. Szczególne znaczenie ma bezbolesne zdejmowanie opatrunku oraz nie zrywanie już odbudowanego naskórka.
3. W oparzeniach stopnia II b i III opatrunek stosuje się do momentu zakwalifikowania dziecka do zabiegu wycięcia martwicy z równoczesnym położeniem przeszczepu skóry własnej.
4. Opatrunek jest stosowany na wszystkie okolice ciała. Dobre efekty uzyskuje się zwłaszcza przy oparzeniach twarzy. Stosowanie opatrunku zapobiega powstawaniu strupa, gojenie jest maksymalnie skrócone przez co uzyskuje się optymalny kosmetyczny efekt końcowy.
5. Ze względu na łatwość w stosowaniu opatrunek jest szczególnie przydatny w leczeniu ambulatoryjnym, jednak zawsze pod kontrolą chirurga dziecięcego.