



РЕКОМЕНДУЕМЫЕ СХЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ

НОЗОЛОГИЯ	ОБЩЕЕ ОПИСАНИЕ	РАСХОД
ХИРУРГИЧЕСКИЕ РАНЫ		
Трофические язвы (в том числе диабетическая стопа)	В случае обильного отделяемого рану предварительно промывают раствором антисептиков. Покрытие наносится непосредственно на дно раны и прилегающие края раны. После нанесения Покрытия покрыть рану укрывным материалом (например, коллагеновой губкой) и зафиксировать медицинским пластырем или бинтом. Возможно покрыть рану гидрогелевой повязкой или использовать нетканые раневые салфетки.	0,7 - 2,0 мл на 10 кв.см.
Асептические хирургические раны в торакальной и абдоминальной хирургии	На швы сразу после операции. Антисептики не используют. Используют укрывные покрытия в виде нетканых салфеток и их фиксация бинтом.	0,6 – 1,0 мл на 10 кв.см.
Гнойные раны	Наносится после обработки антисептиками и/или хирургического иссечения прилежащих тканей для удаления очага заражения. После хирургической обработки рану промывают антисептиком. Покрытие наносится на дно раны и на ее края. После нанесения Покрытия рекомендуется покрыть рану укрывным материалом (например, коллагеновой губкой) и закрепить медицинским пластырем или бинтом. Возможно покрыть рану гидрогелевой повязкой.	0,7 – 2,0 мл на 10 кв.см.
Скальпированные раны	Промыть дно раны и прилегающие ткани раствором антисептиков. Покрытие наносится непосредственно на дно и края раны. В случае обильного кровотечения используют кровоостанавливающие средства (например, коллагеновую губку) совместно с Покрытием. После нанесения Покрытия покрыть рану укрывными материалами и закрепить медицинским пластырем или бинтом. Возможно применение гидрогелевой повязки.	0,7 - 1,5 мл на 10 кв.см.

СМЕНА ПОВЯЗКИ	СРОКИ ПРИМЕНЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ
ХИРУРГИЧЕСКИЕ РАНЫ	
Через сутки. В случае прилипания к тканям раневые покрытия оставить на ране, отрезав свободноотделяемые участки. В этом случае Покрытие наносится непосредственно на старое покрытие. Если повязки свободно удаляются, расход Покрытия можно снизить до нижнего рекомендуемого предела.	Эпителлизация в зависимости от сложности раны начинается на третьи – пятые сутки. Процесс эпителизации обычно завершается в течение 7-15 дней. При диабете количество сахара в крови обратно пропорционально влияет на скорость процессов регенерации тканей.
1 раз в сутки.	5-7 дней до снятия швов и 2-3 суток после снятия швов.
Через сутки. В случае прилипания к ране укрывной материал отмачивают раствором диоксида или подобными растворами в целях снятия укрывного материала без повреждения грануляционных тканей. В случае наблюдения зрелой грануляции, расход геля снижают до 0,5 мл на 10 кв.см.	Эпителлизация в зависимости от сложности раны начинается на 2-3 сутки. Процесс эпителизации обычно завершается в течение 5-7 дней.
Через сутки. В случае прилипания к ране укрывной материал отмачивают раствором диоксида или подобными растворами в целях снятия укрывного материала без повреждения грануляционных тканей. В некоторых случаях возможно нанесение Геля поверх укрывных материалов без их снятия. Чаще всего ввиду уже формирующейся грануляции середина повязки не адгезирует. Потому можно вырезать часть повязки, оставив прилипшие края к ране на месте до следующей перевязки.	



НОЗОЛОГИЯ	ОБЩЕЕ ОПИСАНИЕ	РАСХОД
ОЖОГИ		
Ожоги I степени (покраснение кожи)	Наносится как можно раньше после момента получения ожога на пораженные участки. В течении первого часа применения Покрытия наносить его каждые 15-20 минут. Антисептики не используют. Специального покрытия не требуется. Распределить равномерно (слоем одинаковой толщины) по всей площади ожога и дать впитаться. Покрытие полностью впитается в течение 10-15 минут.	0,5 – 1,0 мл на 10 кв.см.
Ожоги II степени (пузыри)	В случае загрязнения раны после прорыва пузыря промыть подлежащие ткани раствором антисептика. Покрытие наносится на прилежащие к пузырю ткани, а в случае прорыва пузыря на подлежащую под ним кожу. После нанесения Покрытия, дать ему впитаться в течении 10-15 минут и покрыть рану укрывным материалом (например, коллагеновой губкой) и закрепить медицинским пластырем или бинтом. Возможно применение гидрогелевой повязки.	0,5 – 1,0 мл на 10 кв.см.
Ожоги III степени (повреждение дермы)	Рану предварительно промывают раствором антисептика. Покрытие наносится непосредственно на раневую поверхность и прилегающие края раны. После нанесения Покрытия покрыть рану укрывным материалом (например, коллагеновой губкой) и закрепить медицинским пластырем или бинтом. Возможно использование гидрогелевой повязки или нетканых раневых салфеток. В полевых условиях допускается покрытие ватно-марлевое.	0,7-2,0 мл на 10 кв.см.

СМЕНА ПОВЯЗКИ	СРОКИ ПРИМЕНЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ
ОЖОГИ	
Не осуществляется. Процедуру можно повторить через 4 часа.	Обезболивание в течение 10-30 минут, купирование воспалительного процесса, уменьшение эритемы (покраснения).
Процедуру можно повторить через 6 часов.	Обезболивание в течение 20-40 минут. Обычно пузырь рассасывается в течение 1-2 суток. За то же время происходит полная эпителизация подлежащих тканей. Пузырь не вскрывают. Даже при прорыве пузыря наблюдается быстрая эпителизация. Прилипания повязочных материалов не происходит. Отслоившаяся кожа сходит через полторы – две недели.
Осуществляется через сутки. В случае прилипания к тканям раневые покрытия оставить на ране, отрезав свободноотделяемые участки. В этом случае Покрытие наносится непосредственно на старое покрытие из расчета верхнего рекомендуемого предела. Если повязки свободно удаляются, расход Покрытия снижается до нижнего рекомендуемого предела.	Обезболивание в течение 40-60 минут. Экссудация прекращается в течение первых суток. Грануляция наблюдается со вторых суток. Эпителизация обычно начинается на 2-3 сутки. Процесс эпителизации обычно завершается в течение 5-7 суток. Снижается риск вторичной контаминации.



ОБЗОР ПРИМЕНЕНИЯ ПОКРЫТИЯ ГЕЛЕВОГО «ФЛАМЕНА» В ХИРУРГИИ

УЧРЕЖДЕНИЕ	ИСТОЧНИК	АВТОРЫ
НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского. Отделение острых термических поражений.	Отчет о проведении клинических испытаний покрытий «Фламена», 2009 г.	Руководитель отделения острых термических поражений Смирнов С. В.
Главный клинический госпиталь МВД РФ	Отзыв о проведении клинической апробации гелевых покрытий «Фламена», 2011 год	Полковник внутренней службы Начальник хирургического отделения Врач высшей категории Козловский Ю.Т.
МАУ ЦГКБ г.Реутов Травматолого-ортопедическое отделение	Отчет о применении гелевых покрытий «Фламена®», 2011 год	
Главный военный клинический госпиталь ВВ МВД России.	1-й Международный конгресс «Раны и раневые инфекции». 2012 год. Применение перевязочных покрытий «Фламена» в лечении больных с ранами и поверхностными ожогами.	Начальник гнойной хирургии и ожогового отделения. Заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук, полковник м/с Ковалев А. С.

ДИАГНОЗ И КОЛИЧЕСТВО ПАЦИЕНТОВ	РЕЗУЛЬТАТ И ВЫВОДЫ
20 больных с поверхностными ожогами II - IIIA степени общей площадью от 2 до 9% поверхности тела, возраст от 19 до 78 лет.	Полная эпителизация ожогов II степени при общем количестве перевязок от 6 до 8-ми наступала на 8 - 10 сутки с момента травмы. Полная эпителизация ожогов IIIA степени наступало на 16-18-ые сутки с момента травмы при общем количестве перевязок от 10 до 12.
Количество больных – 27 человек. Заболевания больных: <ul style="list-style-type: none"> • трофические язвы при венозной недостаточности нижних конечностей; • синдром диабетической стопы с раневой поверхностью; • ожоговые поверхности до 2% поверхности тела; • гранулирующие раны после вскрытия флегмон; • пролежни; • раневые поверхности после лазерной абляции до 3,0 см в диаметре. 	Отмечено положительное воздействие на раны - ускорение созревания грануляционной ткани и раннему появлению краевой эпителизации, что привело к более раннему оперативному лечению и уменьшению времени заживления ран в послеоперационном периоде.
Применялось у больных в возрасте от 26 до 80 лет: <ul style="list-style-type: none"> • с поверхностными ожогами II степени общей площадью от 1 до 7% поверхности тела; • с гранулирующими ранами; • с посттравматическими фликтенами. 	Полная эпителизация ожогов II степени при общем количестве перевязок от 10 до 12 наступала на 10-12 сутки с момента начала применения препарата. Полная эпителизация фликтен при общем количестве перевязок 3-9 наступала на 5-7-сутки с момента травмы.
Количество больных – 20 человек в возрасте от 18 до 67 лет. Заболевания: <ul style="list-style-type: none"> • трофические язвы при венозной этиологии; • синдром диабетической стопы с раневой поверхностью; • ожоговые поверхности до 2% поверхности тела; • гранулирующие раны после вскрытия абсцессов; • пролежни. 	Применение в комплексном лечении инфицированных и гранулирующих ран, а так же ожогов II – IIIA на 7 сутки подавляет микробный рост в ранах, на 10-14-е сутки очищает раны от фибрино-некротических масс; ускоряет их заживление и, как следствие, позволяет сократить средние сроки лечения на 14,5±3,5 койко-дней. Использование Покрытия в большинстве случаев позволяет избежать операций пересадки кожи.



УЧРЕЖДЕНИЕ	ИСТОЧНИК	АВТОРЫ
РМАПО (Москва), ГКБ № 60 (Москва), ГП № 97(Москва)	1-й Международный конгресс «Раны и раневые инфекции». 2012 год. Клиническая эффективность комбинированного местного лечения с применением импульсного высокоинтенсивного оптического облучения и покрытия «Фламена®»	Абдусидов Х.А. Матвеев Д.В. Снигоренко А.С. Шишло В.К. Кузнецов А.Н.
ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России» Факультет дополнительного последиplomного и профессионального образования. Кафедра акушерства и гинекологии. Ивановский областной онкологический диспансер.	1-й Международный конгресс «Раны и раневые инфекции». 2012 год. Опыт применения инновационного покрытия «Фламена®» при расхождении швов.	Лалочкина Н.П. Джалалова П.М.
Российская медицинская академия последиplomного образования, ГКБ № 60 г. Москва	1-й Международный конгресс «Раны и раневые инфекции». 2012 год. Современные технологии местного лечения венозных язв у пациентов пожилого и старческого возраста с применением инновационных медицинских изделий	Снигоренко А.С. Абдусидов Х.А. Семенов С.В. Лукашев А.М.
ГКБ 56, г. Москва ГКБ 29, г. Москва	1-й Международный конгресс «Раны и раневые инфекции». 2012 год. Перспективные перевязочные средства в хирургии гнойных ран	Фоминых Е.М.
ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последиplomного образования» Минздравсоцразвития РФ (Москва)	Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2012, №4(86) часть 2 Опыт применения инновационного покрытия «Фламена» в местном лечении трофических язв у больных пожилого возраста	Абдусидов Х.А. Матвеев Д. В

ДИАГНОЗ И КОЛИЧЕСТВО ПАЦИЕНТОВ	РЕЗУЛЬТАТ И ВЫВОДЫ
Больные старше 60 лет, страдающих трофическими язвами венозной этиологии, с различными фазами раневого процесса. Средняя площадь язвенных дефектов составила 16,5±2,3 см ² .	На 5 день отмечалось уменьшение экссудации, на 14-17 дни отмечалось практически полное очищение язв от фибриновых наложений с появлением сочной и яркорозовой грануляционной ткани на язвенных поверхностях. С 9-12 дня отмечено уменьшение явлений гиперемии и дерматита вокруг язвенных дефектов. На 24-26 день отмечено уменьшение площади язвенных дефектов в среднем на 25% за счет выраженной краевой эпителизации.
Случаи расхождения швов у женщин после операций на брюшной полости, а так же расхождения швов тканей родовых путей.	В результате применения Покрытия раневая поверхность площадью от 5 до 8 см активно эпителизируется в течение 3-5 дней.
42 пациента от 62 до 84 лет с венозными язвами во 2-й – 3-й стадиях раневого процесса, имеющих противопоказания к хирургическому лечению из-за тяжести сопутствующей патологии.	На 5 день отмечалось уменьшение экссудации, на 9-11 день отмечалось полное очищение язв от фибриновых наложений с появлением активной сочной и ярко-розовой грануляционной ткани на язвенных поверхностях. С 15-16 дня отмечено уменьшение явлений перифокального целлюлита вокруг язвенных дефектов. Через 15-20 дней от начала лечения у 28,6% (12 чел.) отмечено значительное уменьшение или полное купирование (у 13 больных – 31%) болевого синдрома и явлений гиперемии вокруг язв. На 22 день отмечено уменьшение площади язвенных дефектов на 25% за счет выраженной краевой эпителизации.
15 больных с поверхностными гнойными ранами общей площадью от 16 до 29 см ² .	Отёк и гиперемия краёв раны при применении покрытия исчезали в среднем на 2,5 дня раньше чем при стандартном лечении. Процесс полной эпителизации у больных в среднем наступал на 17-е сутки от начала лечения.
30 больных с язвенными нарушениями кожного покрова нижних конечностей в результате хронической венозной недостаточности 5-6-й степени по CEAP. У больных выявлены побочные заболевания, являющиеся противопоказаниями к хирургическому лечению.	Применение Покрытия у больных пожилого возраста при местном лечении венозных язв в фазе грануляции и эпителизации способствует полной санации раны, улучшает бактериологический фон и стимулирует репаративные процессы.