

ABSZESSBEHANDLUNG

DIAGNOSE UND ANAMNESE

Weibliche, 85-jährige Patientin, in stationärer Einrichtung lebend, mobil, demenziell verändert.

Z.n. Abszeßausräumung am Unterbauch in der Größe von 2 x 2cm. Unterminierung von 0-12 Uhr bis max. 0,8cm

WUNDBEHANDLUNG

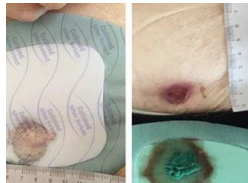
Vor Beginn der Therapie versorgt mit polyhexanidhaltiger Salbe und sterilen Kompressen, täglicher Verbandwechsel erforderlich.

1



Status bei Therapiebeginn.

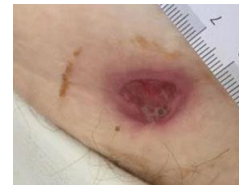
2



Zu Beginn der Therapie wurde Cutimed® Sorbact® Tamponade und Cutimed® Siltec® Sorbact® eingesetzt. Verbandwechselintervall 3x wöchentlich



3



Nach 2 x 3 Tagen Verbandstandzeit war die Wundgröße unverändert, Unterminierung weiterhin von 0-12 Uhr mit 0,6 cm. Putrides Exsudat, beginnender Wundgeruch, keine weiteren Entzündungszeichen wurden beobachtet.



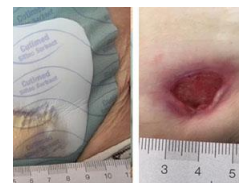
4



Nach weiteren 3 Tagen: reduzierte Wundgröße von 2 x 1,6 cm, Wundgrund wurde unebener, Unterminierung nur noch bis 0,4 cm. Einlage einer Tamponade nicht mehr möglich. Kein putrides Exsudat, reduzierter Wundgeruch.



5



Nach 6 Tagen (2 VW) Wundgröße 1,5 x 1,8 cm. Unterminierte Wundränder nur noch bei 6 -9 Uhr mit 0,4 cm, Granulation am Wundgrund fast auf Hautniveau. Kein Wundgeruch.



BEHANDLUNG NACH TEILRESEKTION

DIAGNOSE UND ANAMNESE

Männlicher, 74-jähriger Patient, Post OP Zustand nach D V und Teilresektion des MT V. Diabetes mell. Typ IIb und pAVK IV n. Widmer, bei gleichzeitigem Verschluss der A. poplitea. Mit anschließender, erfolgloser Prostavasin-Therapie

Eine mögliche Unterschenkelamputation wurde vom Patienten abgelehnt.

WUNDBEHANDLUNG

Zu Beginn bestanden zwei teilweise debridierte Ulzerationen unterhalb der 5. Zehe und über dem Mittelfußknochen.

1



Beginn Wundtherapie mit Cutimed® Sorbact®, Wundabdeckung mit Cutimed® Siltec® Plus. Fixomull® stretch als Fensterverband, zur Fixierung.



2



14. Tag: Verbandwechsel alle 2 Tage bis zur Eliminierung der Infektionsanzeichen.



3



35. Tag: Behebung der Infektion neben kontinuierlichem Heilungsverlauf.



4



93. Tag: Therapie mit Cutimed® Sorbact®, Cutimed® Siltec® L und Cutimed® Sorbact® Gel (zur Vermeidung einer Sekundärinfektion).



5



124. Tag: Verbandwechsel alle 4 Tage.



6



140. Tag: Wundverschluss.

BEHANDLUNG EINER WUNDHEILUNGSSTÖRUNG NACH TUMOREXSTIRPATION

FALLBEISPIEL

DIAGNOSE UND ANAMNESE

Weibliche, 48 - jährige Patientin, Z.n. Prämenopausales, nicht palpierbares, histologisch gesichertes DCIS im Bereich der rechten Mamma. Segmentresektion nach praeop. mammographischer Drahtmarkierung. Nach histologischen Befund caudo-laterale Nachresektion mit lateralem Schwenklappen. 4 Wochen postoperativ kam es zu einer Wundheilungsstörung. Die Wunde wurde für die erforderliche lokale Wundbehandlung weiter eröffnet.

WUNDBEHANDLUNG

Es erfolgten täglich Wundbehandlungen mit geeigneter Wundspüllösung und lockerer Einlage einer Cutimed® Sorbact® Tamponade. Wundabdeckung mit Cutimed® Siltec® Plus

1



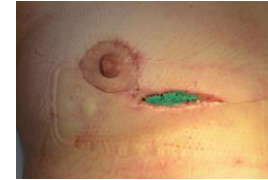
Zustand vor Beginn der Behandlung.

2



Zur optimalen lokalen Wundbehandlung wurde die Wunde unter Lokalanästhesie mittels EMLA-Creme auf ca. 5 cm eröffnet.

3



Die Cutimed® Sorbact® Tamponade kurz vor der Entfernung. Abdeckung mit Cutimed® Siltec®, Fixierung mit Fixomull® gentle touch



4



Nach ausgiebiger Wundspülung und Restentfernung von Fettgewebnekrosen wird erneut eine Cutimed® Sorbact® Tamponade eingelegt.



5



4 Tage nach Behandlungsbeginn verklebte die Wunde im mittleren Bereich. Keine Infektionszeichen mehr. Deshalb jetzt nur noch Exsudatmanagement mit Cutimed® Siltec® L.



6



Ein sekundärer Wundverschluss war nach 20 Tagen erreicht. Die Aufnahme zeigt die Narbe bei einer Kontrolluntersuchung nach 4 Monaten.