

Издательство
23.01.2013 г. И.И.И.
Иванова д.с. неа-р
по програме

ISSN 0025- 8342

МЕДИЦИНСКАЯ

СЕСТРА

7 2012



ПРОЛЕЖНИ:

НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ И ПУБЛИЦИСТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ







www.rusvrach.ru

уход за раной
23.01.2013 г. Л. С.
Шинкина К. С. мед. с.
по прогностике



АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ

1. Провести локальную обработку кожных покровов в месте повреждения и прилегающей зоны в соответствии с принятым в учреждении протоколом или по рекомендации врача (медсестры).
2. Провести оценку состояния поврежденных кожных покровов, зафиксировать локальный статус (стадию пролежней с указанием размера, характера повреждений, особенностей) в протоколе (принятая в учреждении форма).
3. Наложить повязку или комбинацию повязок в соответствии с общими рекомендациями в зависимости от стадии пролежней, размера, формы, особенностей.

Стадия 1	<p>Стойкая гиперемия Целостность кожных покровов не нарушена. Стойкая гиперемия (покраснение), не исчезающая после устранения в течение длительного времени и локализованная в области костных выступов. Примечания: у пациентов с темной (пигментированной) кожей покраснение может быть не заметно, но цвет поврежденного участка отличается от соседних участков. Рекомендация: использовать гидроколлоидные повязки с целью защиты кожных покровов от повреждения в результате трения и/или защиты от повреждений в результате агрессивного воздействия традиционных пластырей и клеящих покрытий.</p>  <p>(выбрать подходящий размер и форму повязки)</p> 
Стадия 2	<p>Частичное повреждение кожных покровов Кожные покровы повреждены. Образование блистеров или волдырей с серозным содержимым и/или их разрывом. Примечание: характерные поверхностные изъязвления имеют розовое/красное раневое ложе, без струпных наложений. Рекомендация: использовать гидроколлоидные повязки на условно чистых ранах (без клинических признаков инфицирования), стараясь, по возможности, предохранить повязки от случайного смещения или сдвига.</p>  <p>(выбрать подходящий размер и форму повязки)</p>  
Стадия 3	<p>Глубокое повреждение слоев кожи Повреждены все слои кожи с вовлечением подкожной жировой клетчатки. Фасции, мышцы и кость не вовлечены в процесс. Рана может быть покрыта струпом, который, однако, не мешает оценке глубины и степени повреждения тканей. Рана может иметь подрытые края и туннельные ходы. Рекомендация: использовать гидроколлоидные повязки на ране без клинических признаков инфицирования и туннельных ходов.</p>  <p>(выбрать подходящий размер и форму повязки)</p>  
Стадия 4	<p>Глубокое повреждение тканей с вовлечением костей, фасций и мышц Плотный струп может занимать некоторую часть раневого ложа, часто края раны подрыты, рана имеет туннельные ходы. Рекомендация: использовать комбинацию повязок. Повязки-филлеры (наполнители), заполняющие полость раны или туннельный ход, комбинировать с покровными гидроколлоидными повязками, достигая заполнения «мертвого пространства» глубокой раны.</p>  <p>(выбрать подходящий размер и форму повязки для комбинации)</p>   
Некротические ткани	<p>Наличие в ране некротической ткани Плотный струп черного цвета (некротическая ткань). До тех пор, пока некротическая струпная ткань не будет удалена из раны, невозможно определить истинную глубину и стадию пролежня. Рекомендация: использовать гидроколлоидный гель Гранугель для облегчения аутолитического очищения раны (элиминации некротических тканей) в комбинации с покровными гидроколлоидными повязками. Применять до того момента, пока струп не будет удален и раневое дно не откроется для последующей оценки и выбора дальнейшей тактики ведения раны.</p>  <p>(выбрать подходящий размер и форму повязки для комбинации)</p>  

- у повязка легко накладывается и адаптируется на любом участке тела, включая «трудные» места (крестец, ягодицы, межъягодичная складка, пятки, локти, лопатки);
- у повязка влагоустойчива, не препятствует проведению гигиенических процедур;
- у повязка защищает кожу от агрессивного воздействия физиологических отпавлений при недержании;
- у повязка полупрозрачна, что позволяет контролировать состояние раны в динамике сквозь нее;
- у применение повязки комфортно для пациента в течение всего периода применения, а также в момент снятия;
- у повязка может накладываться на срок до 7 дней.

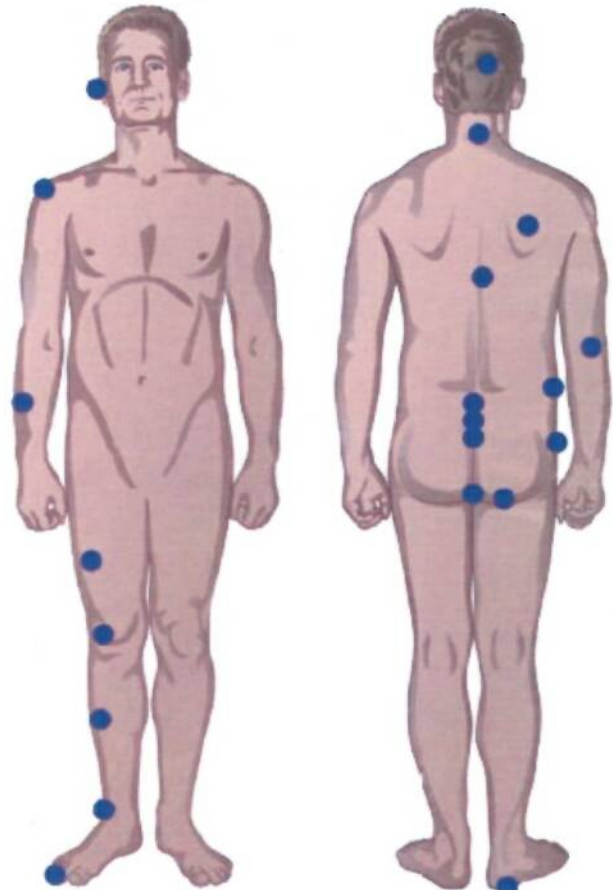
узв ерм сгаен
23.01.2013 г. МЗ
Шушуняв д.р.
МЭН-р по профуци

АЛГОРИТМ ОБЩИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ

1. Проведение индивидуальных гигиенических процедур с регулярной обработкой кожи влажной губкой, а если это возможно, мытье струей воды или под душем.
2. Контроль за качеством и количеством потребляемой пациентом пищи (полноценное сбалансированное питание, микроэлементы, витамины). Контроль достаточного потребления жидкости.
3. Наблюдение за возможностью самостоятельного регулярного мочеиспускания и процесса дефекации.
4. Придание пациенту оптимального положения в постели, смягчающего давление в области костных выступов.
5. Контроль за положением пациента (лежащего или сидячего) во избежание давления в области костных выступов.
6. Смена положения тела каждые 2 ч (лежащий пациент) и каждый 1 ч (сидячий пациент).
7. Применение подушек и специальных приспособлений на пенной основе для удержания тела пациента в оптимальном положении. Не применять подкладные круги и валики!
8. Исключение неблагоприятных позиций тела: с давлением непосредственно на область большого вертела бедра или на область существующей раны.
9. Установка изголовья кровати с наименьшим углом, обеспечивающим комфортное положение (но не выше 30°), если иное не предписано врачом (медсестрой).
10. Использование дополнительных приспособлений для стимуляции самостоятельных действий пациента (перекладина или трапеция над кроватью).
11. Поддержание мышечной активности физическими упражнениями, но без интенсивного растирания области голеней.
12. Не растирайте зоны покраснения кожных покровов в области костных выступов!

АЛГОРИТМ ЛОКАЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ЗАЩИТЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ В МЕСТАХ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ПОВЫШЕННОМУ РИСКУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ

1. Провести локальную гигиеническую обработку кожных покровов в соответствии с принятым в учреждении протоколом или по рекомендации врача (медсестры).
2. Не обрабатывать места с высоким риском развития пролежней красящими и дубящими веществами (бриллиантовый зеленый, перманганат калия и др.). Это резко затрудняет возможность оценки локального состояния кожных покровов.
3. Снизить, по возможности, давление на места, подверженные риску возникновения пролежней и обеспечить контроль физиологических отпавлений (см. Алгоритм общих мероприятий).
4. Защитить «проблемные» места специальными гидроколлоидными повязками с низким профилем и повышенной адаптивностью – «Грануфлекс супертонкий».



ПРОЛЕЖНИ: НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ

В.В. Кулабухов, канд. мед. наук, **И.В. Животнева**, главная медсестра
Клиника гнойно-септической хирургии им. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова
E-mail: info@pirogov-center.ru

Приведены результаты лечения и профилактики пролежней у пациентов, находящихся длительное время в лечебно-профилактических учреждениях.

Ключевые слова: пролежни, стадии развития, пациенты, система для отведения каловых масс.

Одна из самых актуальных проблем для пациентов, находящихся длительное время в вынужденном положении, – появление пролежней. Данные статистики о частоте развития пролежней в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) России практически отсутствуют. Но, согласно исследованиям английских авторов, в медико-профилактических учреждениях по уходу пролежни образуются у 15–20% пациентов.

По результатам исследования, проведенного в США, около 17% всех госпитализированных пациентов находятся в группе риска по развитию пролежней или уже имеют их. Пролежни – одна из главных причин возникновения инфекций у пациентов, длительно находящихся в ЛПУ.

Пролежни могут появляться в любой части тела, но наиболее подвержены им крестец, большой вертел, пятки, наружные лодыжки. Длительное действие давления приводит к обструкции сосудов, сдавлению нервов и мягких тканей. В тканях над костными выступами нарушаются микроциркуляция и трофика, развивается гипоксия и далее – пролежни.

Различают 4 стадии развития пролежней:

I – устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены;

II – стойкая гиперемия кожи, нарушение целостности кожных покровов с распространением на подкожную клетчатку;

III – некроз кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу;

IV – некроз всех мягких тканей, наличие полости с гнойным отделяемым.

Опасность возникновения пролежней усугубляют:

- неподвижность или ограничение подвижности пациента (паралич);
- плохое питание и низкая масса тела;
- анемия;
- недостаточное потребление белка и аскорбиновой кислоты;
- обезвоживание;

- гипотония;
- неврологические расстройства;
- связанные с возрастом изменения кожи;
- сахарный диабет;
- отеки;
- травмы позвоночника, костей таза;
- плохой уход;
- недержание мочи / кала;
- частый жидкий или полужидкий стул.

Пациенты, страдающие недержанием мочи и кала, составляют особую группу риска, так как вероятность инфицирования пролежней у них возрастает. Инфицированные пролежни иногда приводят к развитию таких системных осложнений, как бактериемия, септический тромбоз, остеомиелит.

В клинических исследованиях у пациентов с бактериемией и инфицированными пролежнями последние явились источником бактериемии в половине случаев. Общая частота летальных исходов оказалась равной 55%, показатель атрибутивной летальности – приблизительно 25%. Таким образом, пролежни следует рассматривать как потенциальный источник нозокомиальной бактериемии.

Основными мерами профилактики пролежней являются:

- изменение положения тела пациента каждые 2 ч;
- обеспечение пациента полноценным питанием и питьем;
- подбор адекватной терапии;
- своевременная и правильная замена постельного и нательного белья;
- использование закрытых систем для отведения мочи и жидкого стула.

Если пролежни уже развились, необходимо продуманное применение современных повязок, способствующих созданию в ране влажной окружающей среды при условии надежной герметичной изоляции раневой поверхности от жидких фекальных масс. Оклюзионные повязки (гидроколлоидные) создают необходимую герметизацию раневой (пролежневой) зоны. В то же время, необходимость проведения частой гигиенической обработки промежностной области крестца и ягодиц, повреждающее действие агрессивной среды жидких фекалий неизбежно приводит к нежелательным сдвигам, смещениям, сползаниям повязки.

Удобрено редакцией
25.04.2013 г. И.И.С.
И.И.С. по проф.

Следствием таких смещений является более частая смена дорогостоящих повязок, которые просто «не успевают» отработать свой ресурс.

В настоящее время на медицинском рынке России появилась система для эффективного отведения и герметизации фекальных масс «Флекси-Сил», при использовании которой риск инфицирования пролежней значительно снижается благодаря поддержанию поврежденных кожных покровов в чистом, сухом и не загрязненном фекалиями состоянии.

Залогом успешного комплексного решения проблемы профилактики и лечения пролежней у обездвиженных пациентов в области крестца, ягодич и сакральных бугров является надежное разобщение потока фекальных масс и пролежня путем отведения жидких фекалий в систему «Флекси-Сил» и одновременного применения гидроколлоидных повязок в режиме длительной защиты и редких перевязок, создающих оптимальные условия для заживления пролежня.

Рассмотрим клинический случай.

Пациентка А. длительное время страдает сахарным диабетом (СД), получала инсулинотерапию. Состояние ухудшилось с декабря 2008 г., когда появились одышка, выраженные отеки на ногах, заметно увеличился в объеме живот, прекратилось мочеотделение. Находилась с декабря на стационарном лечении по месту жительства (в Ереване). На протяжении 3 мес получала программный гемодиализ. В течение последнего месяца отмечались ежедневные эпизоды гипертермии до 38–39°C и пролежни на пяточных областях и крестце. Без положительного эффекта проводились перевязки с препаратом «Левомеколь». В посеве отделяемого из ран – кишечная палочка. Получала системную антибактериальную терапию. Гипертермия сохранялась. Переведена в отделение реанимации Клиники гнойно-септической хирургии им. В.Ф. Войно-Ясенецкого в связи с наличием обширных некротических пролежней пяточных областей, крестца и копчика, осложнившихся развитием сепсиса на фоне тяжелого инсулинзависимого СД в стадии декомпенсации.

Основной диагноз: СД типа 2 тяжелого течения, декомпенсация.

Осложнения: тяжелый сепсис, септический шок 13.03.09, 25.04.09; полиорганная недостаточность: дыхательная, сердечно-сосудистая, энцефалопатия, печеночная, почечная недостаточность; двусторонняя полисегментарная пневмония; синдром диабетической стопы, нейропатическая форма; некротические пролежни обеих стоп в области пяток, обеих голеней; некротические пролежни в области крестца и копчика с формированием гнойных затеков; диабетическая микро-макроангиопатия; диабетическая нефропатия; хроническая почечная недостаточность, терминальная стадия; нефротический синдром; анасарка; серозно-фибринозный асцит; эрозивно-язвенный проктосигмоидит; анемия смешанного генеза средней тяжести.

Сопутствующие заболевания: мочекаменная болезнь, камни обеих почек; желчнокаменная болезнь; хронический калькулезный холецистит; гипотиреоз; полип анального канала.

Операции: пункционно-дилатационная трахеостомия от 03.04.09; лапароцентез от 07.04.09.

Status localis: голени отечны, явления лимфостаза, гиперемированы, мацерированы, с эрозиями. Раны на пяточных областях некротизированы, с гнилостным запахом. На крестце и копчике – обширные пролежни (площадь – >400 см², глубина поражения – до крестца), в зоне копчика – раневый дефект с некрозом и флуктуацией. Выполнена некрэктомия.

Послеоперационный период осложнился развитием госпитальной диареи с частотой более 6 раз в сутки, что требовало частой смены повязок на пораженной зоне. Состояние пролежня – без улучшения. Неблагоприятное течение раневого процесса связано с поступлением жидких фекальных масс в область поражения. Применение отграничивающих лечебных повязок неэффективно по той же причине, кроме того, частая смена дорогостоящих повязок значительно увеличивала стоимость лечения. Через 5 сут принято решение об установке системы отведения «Флекси-Сил». Основная цель ее применения в данном случае – разобщение потока фекальных масс и раны в области крестца и копчика.

Установка системы «Флекси-Сил» произведена в отделении реанимации. Процедура не составляла труда, интуитивно понятна и эстетична. Длительность применения – 17 сут, за этот период состояние пролежня значительно улучшилось. В схеме лечения использовались повязки «Грануфлекс», «Версива». К 6-м суткам отмечена положительная динамика, появились активные грануляции, рана очистилась. К 14-м суткам частота стула нормализовалась. К 17-м суткам клиническая ситуация позволила перевести пациентку в отделение для ее активизации, «Флекси-Сил» удален. При осмотре прямой кишки в зеркалах никаких изменений со стороны слизистой не выявлено. В настоящий момент пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, только использование системы для отведения фекальных масс и раневых покрытий позволило изолировать раневую поверхность, в короткие сроки добиться положительного результата при лечении обширного пролежня и сократить срок госпитализации в отделении реанимации.

NOVELTY IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF BEDSORES

V.V. Kulabukhov, cand. of Med. Sci, I.V. Zhihotneva, Head Nurse N.I. Pirogov National Medical and Surgical Center, V.F. Voynoyasenetskiy Clinic of purulently septic end Surgical, Moscow

The paper gives the results of treatment and prevention of bedsores in patients who long stay in health care facilities.

Key words: bedsores, developmental stages, patients, fecal diversion systems.

СИСТЕМА ДЛЯ КОНТРОЛИРУЕМОГО ОТВЕДЕНИЯ ФЕКАЛЬНЫХ МАСС ФЛЕКСИ-СИЛ СИГНАЛ

Краткая инструкция по применению

КОМПЛЕКТАЦИЯ СИСТЕМЫ FLEXI-SEAL SIGNAL

1 мягкий силиконовый катетер в сборе, 1 шприц, 3 сборных мешка.

Мягкий катетер вводят в прямую кишку для отведения и герметизации каловых масс с целью защиты кожи пациента и постельного белья от загрязнения. На дистальном конце катетера имеется герметизирующая манжета низкого давления, а на другом конце – коннектор для присоединения сборного мешка. В стенках катетера расположены каналы, заканчивающиеся портами. Белый порт с маркировкой «45 мл» и сигнальным пузырьком используется для заполнения герметизирующей манжеты после ее введения в прямую кишку пациента. Синий порт с маркировкой «IRRIG» предназначен для промывания катетера.

ПОКАЗАНИЯ

Система предназначена для выведения жидкого и полужидкого стула у пациентов с фекальной инконтиненцией.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

- Не предназначен для использования:
 - более 29 сут;
 - у пациентов в возрасте до 18 лет.
- Flexi-Seal™ FMST™ не рекомендуется использовать у следующих групп пациентов:
 - с подозрением на наличие или с подтвержденными повреждениями слизистой прямой кишки (например, тяжелый проктит, ишемический проктит, изъязвления слизистой);
 - перенесших хирургическое вмешательство на прямой кишке в течение последнего года;
 - имеющих повреждения прямой кишки или анальной области;
 - имеющих значительные по объему геморроидальные узлы;
 - имеющих стриктуры или стеноз прямой кишки или ануса;
 - с подозрением на наличие или с подтвержденной опухолью прямой кишки или анального канала;
 - с установленными наружными ректальными или анальными медицинскими устройствами (например, термометр), при наличии необходимости в проведении тех или иных ректальных процедур (например, применение свечей, клизм);
 - чувствительных к любому компоненту этой системы или имевших ранее аллергическую реакцию на них.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

Система предназначена для однократного использования и не может быть использована повторно. Повторное применение может привести к повышению риска инфицирования или перекрестной контаминации. Физические свойства системы при повторном использовании могут стать неоптимальными в тех целях, для которых она предназначена.

УКАЗАНИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

А. Подготовка устройства

- Кроме устройства, потребуются перчатки и лубрикант.
- Удалить остатки воздуха из герметизирующей манжеты, присоединив шприц к порту для заполнения манжеты и потянув на себя поршень. Убедиться, что шприц не содержит воздуха. Затем заполнить шприц 45 мл воды или физиологического раствора. Не вводите более 45 мл.
- Соединить шприц с портом для заполнения манжеты (с надписью «45 мл»).
- Надежно присоединить сборный мешок к коннектору на конце катетера.

В. Подготовка пациента

- Пациент должен находиться в положении лежа на левом боку или в другом положении, облегчающем доступ к прямой кишке.
- Обследуйте прямую кишку пальцем для определения возможности установки системы Flexi-Seal™ SIGNAL.

С. Установка системы

Перед введением системы Flexi-Seal™ SIGNAL удалите из прямой кишки пациента любое ранее установленное устройство.

- Расположите катетер на кровати в расправленном виде, присоедините сборный мешок в ножном конце кровати. Вставьте смазанный палец в перчатке в пальцевой карман, обозначенный синей индикаторной полосой под манжетой. Нанесите на герметизирующую манжету лубрикант. Возьмитесь за катетер и аккуратно вставьте его конец с герметизирующей манжетой через анальный сфинктер пока манжета не скроется и не будет расположена точно внутри прямой кишки.
- Наполните манжету 45 мл воды или физиологического раствора, медленно надавливая на поршень. Ни при каких обстоятельствах не вводите в манжету более 45 мл раствора. Сигнальный пузырек (индикатор степени наполнения манжеты) будет расширяться по мере того, как манжета наполняется жидкостью. Это нормальное увеличение может исчезнуть при прекращении давления на поршень. Если индикатор остается чрезмерно расширенным после того, как давление на поршень прекратилось – манжета не заполнена должным образом. Это может быть следствием неправильного ее расположения в ампулярной части прямой кишки. В этом случае с помощью шприца удалите жидкость из манжеты, измените ее положение в прямой кишке или вновь заполните.
- Отсоедините шприц от порта для наполнения манжеты и осторожно потяните за мягкий катетер, чтобы убедиться, что манжета надежно установлена в ампулярной части прямой кишки.
- Расположите гибкий силиконовый катетер вдоль ног пациента, не допуская перегибов или обструкций. Индикаторная линия должна соответствовать анусу пациента. Необходимо регулярно проверять положение индикаторной линии для предупреждения смещения герметизирующей манжеты в прямой кишке пациента.
- С помощью фиксатора закрепите сборный мешок на раме кровати ниже уровня тела пациента.

Д. Промывание системы

Силиконовый катетер может быть промыт водой комнатной температуры. Подсоедините шприц к порту для ирригации (с маркировкой «IRRIG») и надавите на поршень. Убедитесь, что шприц не был случайно присоединен к порту для наполнения манжеты (с маркировкой 45 мл). При необходимости промывание катетера можно повторять так часто, как это требуется для поддержания надлежащего функционирования системы. Промывание системы, как описано выше, применяется по необходимости в тех случаях, когда надо поддержать беспрепятственный отток жидкого или полужидкого стула в сборный мешок. Если повторное промывание водой не приведет к появлению стула в катетере, систему следует осмотреть и убедиться, что нет внешней обструкции (т.е. давления части тела, части оборудования) или прекращения диареи. Если источника обструкции не обнаружено, следует прекратить применение системы.

Е. Уход за системой

Менять сборный мешок следует по мере необходимости. Закрывать заполненный мешок колпачком и утилизировать нужно согласно принятым в лечебном учреждении правилам и нормам. Для предупреждения непроходимости регулярно осматривайте систему на предмет обструкции, вызванной перегибами, оформлением стула или внешним давлением.

Ф. Извлечение системы

Перед извлечением катетера из прямой кишки следует сдуть герметизирующую манжету. Присоедините шприц к серому порту для раздувания манжеты и медленно выведите всю жидкость из манжеты. Отсоедините шприц и утилизируйте его.

Захватите катетер как можно ближе к пациенту и медленно извлеките его из анального отверстия. Утилизируйте изделие в соответствии с правилами утилизации медицинских отходов, принятыми в лечебном учреждении.

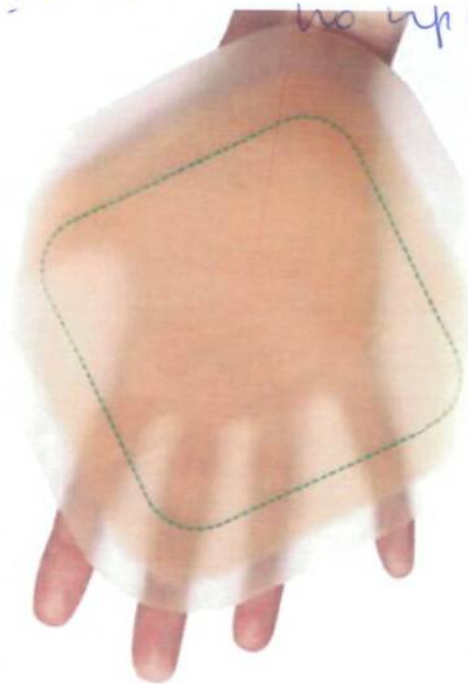
СРОК ГОДНОСТИ: 5 лет с момента изготовления.

устройство сделано
23.01.2013 г. И. И.
И. И. И. И. И. И. И. И. И.
по проекту



Гидроколлоидные раневые покрытия для проблемных зон

- легко накладываются и адаптируются на любом участке тела, включая «трудные» места
- позволяют контролировать состояние раны и кожных покровов
- применение раневого покрытия комфортно для пациента в течение всего периода применения и в момент снятия



Комплексная программа профилактики пролежней от ConvaTec



Система для эффективного отведения и герметизации стула

- профилактика повреждений кожи
- профилактика пролежней, ассоциированных с диареей
- профилактика инфицирования *C.difficile*

За дополнительной информацией Вы можете обратиться по адресу:
115054, Москва, Космодамианская наб., д.52, стр. 1, 9-й этаж;
тел.: +7 (495) 663-70-30, факс: +7 (495) 748-78-94

Русскоязычный сайт: www.convatec.ru

Всероссийская линия информационной поддержки КонваТек:

8 800 200 80 90 (пон-пят. 9.00-17.00)

РУ ФСЗ 2010/07423 от 22 июля 2010. РУ ФСЗ 2007/00368 от 23 марта 2010. РУ ФСЗ 2009/05459 от 25 ноября 2009



уверенность Л.В.А.13
 А.С. - И.И.И.И.И.И.
 И.И.И.И.И.И.
 прогнущи

СРЕДСТВА ПЕРЕВЯЗОЧНЫЕ НА ОСНОВЕ ПОЛИУРЕТАНА И ГИДРОКОЛЛОИДНОГО МАТРИКСА «ГРАНУФЛЕКС»

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ

Средства перевязочные на основе полиуретановой пены и гидроколлоидного матрикса – стерильные, адгезивные, покрытые тонким полиуретановым слоем повязки.

При контакте с раневым экссудатом гидроколлоидные повязки приобретают гелевую консистенцию, которая поддерживает влажную среду, способствующую процессам заживления, а также удерживает экссудат внутри волокон повязки, изолируя рану.

Гидроколлоидные повязки Грануфлекс с окантовкой/Bordered Granuflex по периметру имеют адгезивную окантовку в виде рамки картины, представленную выведенным за адгезивную матрицу внешним адгезивным слоем. Используются в труднодоступных для наложения повязок областях (крестец, пятка, локоть).

Гидроколлоидные повязки Грануфлекс Сигнал/Granuflex Signal имеют индикационную полосу, которая позволяет определить время замены повязки (при достижении пузыря с экссудатом данной полоски повязку необходимо заменить).

Грануфлекс супертонкий/Granuflex Extra Thin разработан специально для щадящей, надежной защиты вновь образованной ткани и сохранения целостности кожи. Имеет прозрачный внешний слой. Может использоваться как первичная, так и вторичная повязка.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Изделие не предназначено для пациентов с выявленной повышенной чувствительностью к повязке или ее компонентам.

ПОДГОТОВКА К ПРИМЕНЕНИЮ ИЗДЕЛИЯ

Необходимо накладывать повязку с запасом в 2 см вокруг раны (не включая окаймление).

1. Разогреть повязку между ладонями.
 2. Снять силиконовую защитную бумагу с повязки, стараясь не прикасаться пальцами к клеящейся поверхности.
 3. Осторожно наложить повязку на рану, не растягивая ее.
 4. Ладонью разгладить повязку на ране таким образом, чтобы обеспечить хорошее прилегание по краям.
 5. В случае необходимости закрепить края повязки гипоаллергенным лейкопластырем.
 6. Снятие повязки: одной ладонью прижать кожу, а второй – осторожно поднять край повязки.
- Рекомендуется не оставлять повязку на ране более 7 дней.

ПОРЯДОК ПРИМЕНЕНИЯ ИЗДЕЛИЯ.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

1. При наличии показаний следует применять дополнительные методы лечения (например, компрессионную терапию при лечении трофических язв нижних конечностей при венозной недостаточности или уменьшение давления при лечении пролежней).

2. Среда, содействующая процессам аутолитического очищения, созданная благодаря применению повязки, может привести к тому, что рана будет казаться больше при нескольких первых сменах повязки.

3. Колонизация хронических ран бактериями не является противопоказанием для применения повязки. В случае инфицированных ран повязка может применяться под наблюдением врача в сочетании с соответствующим лечением антибиотиками и частым наблюдением за ней.

4. В редких случаях было описано раздражение и/или мацерация кожи, а также чрезмерные грануляции и аллергические реакции.

5. Не рекомендуется частая смена повязки в случаях ран с кожными изменениями возле изъязвления.

6. Окклюзионное лечение не рекомендуется в случае выявленной анаэробной инфекции.

Примечание: при абсорбции экссудата повязкой с образованием геля на внешней стороне может образовываться пузырь.

ПРАВИЛА ХРАНЕНИЯ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Продукцию следует хранить при температуре 10–25 °С. Защищать от влаги.

Изделия поставляются в стерильном виде. Не применять, если индивидуальная упаковка повреждена.

Срок годности повязок на основе полиуретана и гидроколлоидного матрикса 5 лет.

За дополнительной информацией Вы можете обратиться по адресу:

115054, Москва, Космодамианская наб., д. 52, стр. 1, 9-й этаж.
 Тел.: +7(495) 663-70-30, факс: +7(495)748-78-94.
www.convatec.ru

Всероссийская линия информационной поддержки КонваТек: 8-800-200-80-90 (пон–пят. 9.00–17.00)

РУ: ФСЗ 2010/07423 от 22 июля 2010