

# Treffen Sie eine klare Entscheidung.

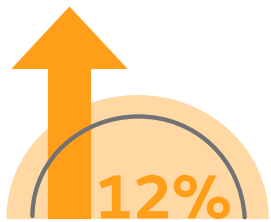
Mit unserer klinischen Entscheidungshilfe T.I.M.E. 2.0 und dem bewährten Portfolio zur richtigen Zeit das richtige Produkt für die richtige Wunde wählen.

**Smith+Nephew**



# + Inhalt

## 1. Wir helfen Ihnen zu helfen Ein System unter Druck



### Chronische Wunden

Die Prävalenz chronischer Wunden steigt jährlich um schätzungsweise 12%<sup>1</sup>



### Keine Standardisierung in der Praxis

Viele klinische Leitfäden sind komplex und ohne eindeutige und einheitliche Hilfsmittel zur Umsetzung in die Praxis



### Stark steigende Kosten

Wenn Wunden nicht heilen, steigen die Kosten stark an<sup>1</sup> - doch die Belastung für das Leben der Patienten kann noch größer sein



### Zeit ist kostbar

Von Pflegekräften wird erwartet, dass sie in weniger Zeit immer mehr leisten - manchmal kann die Wundbehandlung wie ein aussichtsloser Kampf erscheinen

## CLOSER TO ZERO<sup>◇</sup>

Wir bei Smith & Nephew haben es uns zur Aufgabe gemacht, die menschlichen und wirtschaftlichen Belastungen durch Wunden zu senken. Wir haben ein ambitioniertes Ziel: ZERO. Es ist nicht immer erreichbar. Jedoch möchten wir Sie dabei unterstützen, diesem Ziel nach Möglichkeit jeden Tag etwas näher zu kommen.

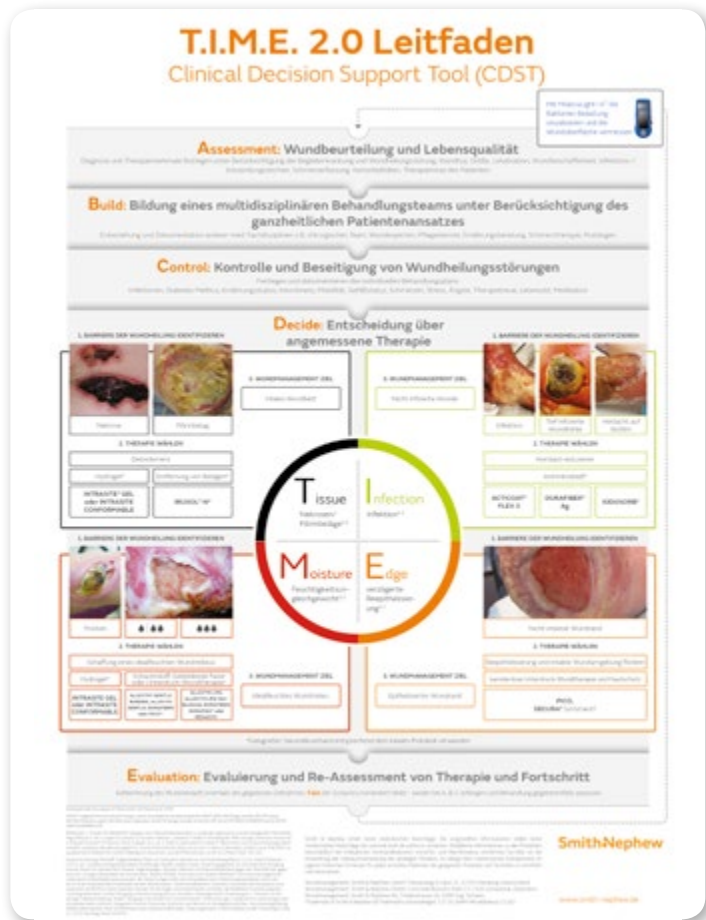
### Ihre Entscheidungen sind wichtig

Daher haben wir uns mit Experten zusammengetan, um einfache Hilfsmittel zu entwickeln, mit denen Sie Probleme schnell feststellen und erkennen, wann eine Überweisung nötig ist. So können Sie die richtigen Behandlungsentscheidungen treffen.

1. Guest et al. The health economic burden that acute and chronic wounds impose on an average clinical commissioning group/health board in the UK. JWC. 2017; 26(6):292-303.

## 2. Vorstellung der klinischen Entscheidungshilfe T.I.M.E. 2.0 (Clinical Decision Support Tool, CDST)\*

### Fünf Schritte, um eine Vereinfachung und systematische Vereinheitlichung in der Praxis leichter zu erreichen



#### **Assessment: Wundbeurteilung und Lebensqualität**

Die Entscheidungshilfe beginnt mit der Einschätzung des Patienten. Es ist wichtig, dass das medizinische Fachpersonal eine ganzheitliche Sicht auf das Wohlbefinden des Patienten hat. Diese bezieht die Entscheidungshilfe mit ein.

#### **Build: Bildung eines multidisziplinären Behandlungsteams unter Berücksichtigung des ganzheitlichen Patientenansatzes**

Das medizinische Fachpersonal muss, bevor es fortfährt, erwägen, ob es den Patienten behandeln kann und ihn, falls nötig, überweisen. Pflegekräfte müssen miteinbezogen werden.

#### **Control: Kontrolle und Beseitigung von Wundheilungsstörungen**

Die ganzheitliche Betrachtung des Wohlbefindens des Patienten ist in die Entscheidungshilfe integriert. Daher muss das medizinische Fachpersonal auch andere zugrunde liegende Probleme berücksichtigen.

#### **Decide: Entscheidung über angemessene Therapie**

Die Einschätzung der Wunde sollte anhand der gut fundierten T.I.M.E.- Prinzipien erfolgen.

#### **Evaluation: Evaluierung und Re-Assessment von Therapie und Fortschritt**

Es ist für die Sicherstellung des Wundverlaufs von entscheidender Bedeutung, dass dieser Schritt einheitlich und regelmäßig durchgeführt wird.

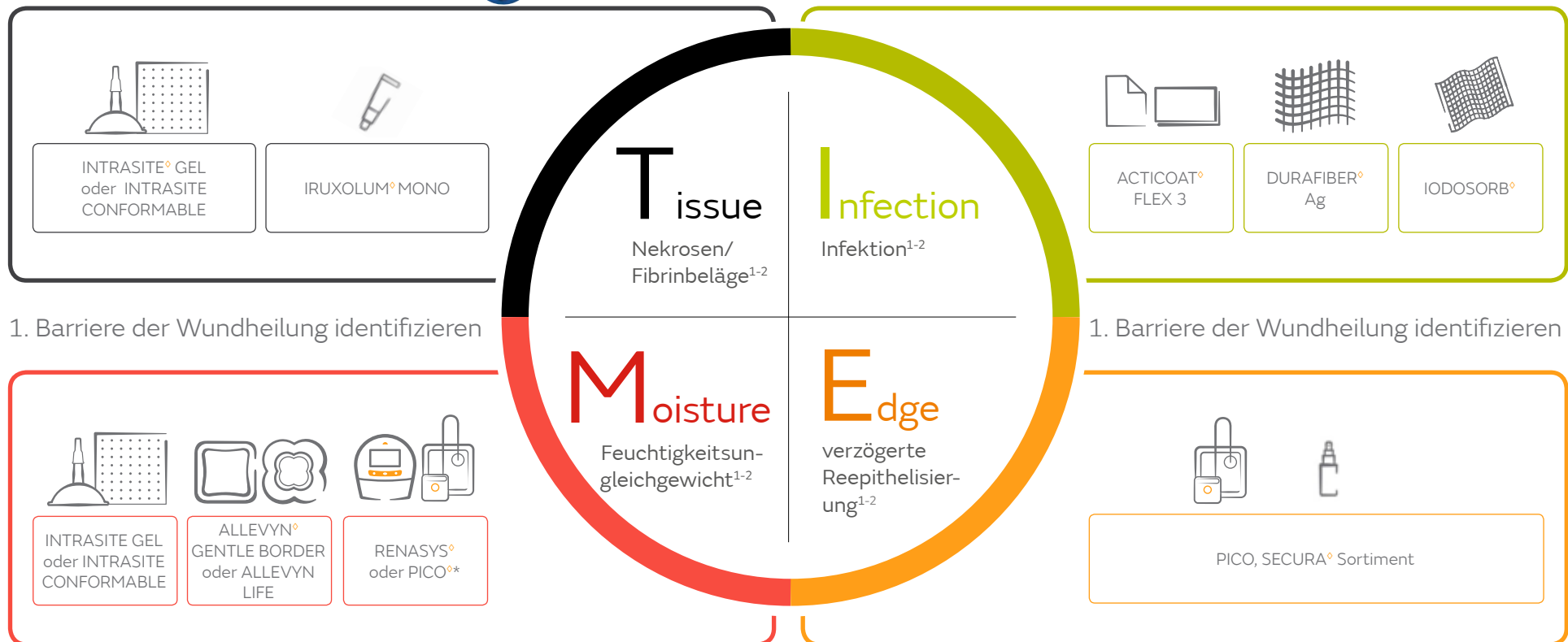
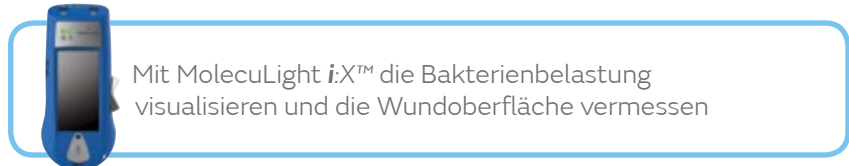
**Kehren Sie zu A, B, C, D zurück, wenn der Wundverlauf nicht gut ist.**

\*Die Entscheidungshilfe wurde mit Unterstützung von Glenn Smith<sup>1</sup> and Moore et al. 2019<sup>2</sup> entwickelt.

1. Smith G, Greenwood M, Searle R. Ward nurses' use of wound dressings before and after a bespoke educational programme. Journal of Wound Care Vol. 19., no. 9, Sept 2010; 2. Moore Z, Dowsett C, Smith G, et al. TIME CDST: an updated tool to address the current challenges in wound care. Journal of Wound Care, vol 28, no 3, March 2019: 154-161.

# 3. Entscheidung über die geeignete Behandlung mit unserem T.I.M.E.-Portfolio

Unser umfangreiches, aufeinander abgestimmtes Portfolio wurde für einzigartige Wundbedürfnisse konzipiert: Entfernung von nekrotischem Gewebe, Handhabung von Keimbelastung und Exsudat bis zur Behandlung von nicht fortschreitender Re-Epithelisierung bzw. anormalen Wundrändern.

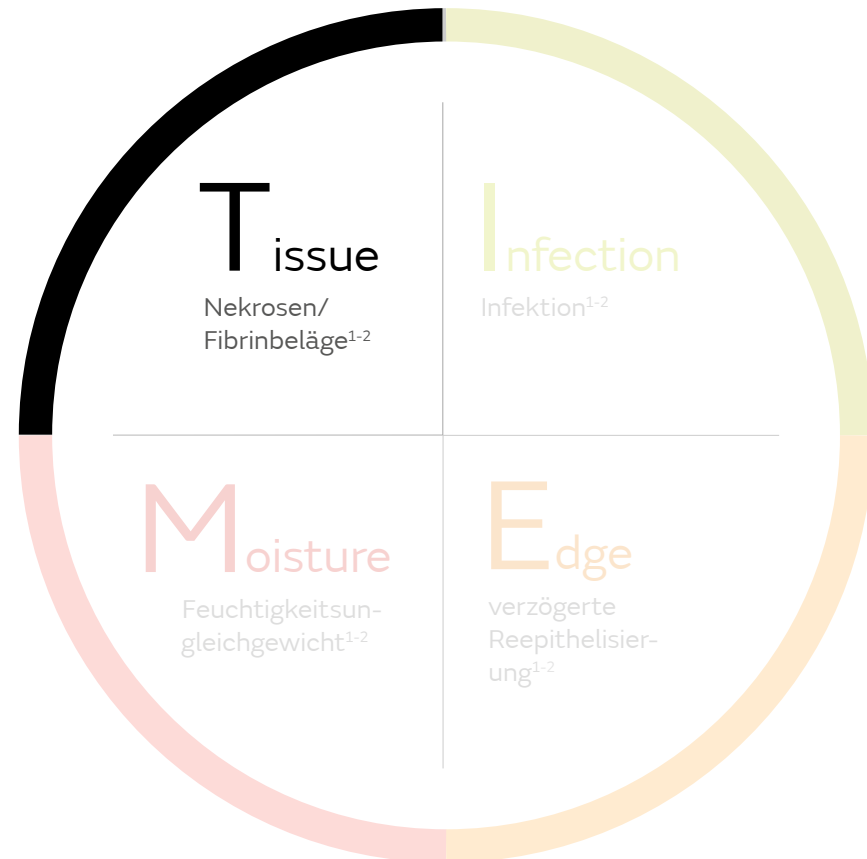


\*Exsukatmenge für NPWT geeignete Wunden. †SECURA Range includes SECURA Spray, SECURA Protective wipes, SECURA Foam Applicator | 1. Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. Wound Rep Reg (2003);11:1-28. 2. Leaper DJ, Schultz G, Carville K, Fletcher J, Swanson T, Drake R. Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years? Int Wound J 2012; 9 (Suppl. 2):1-19.

## 4. Tissue + das Portfolio von S+N

### Übersicht zu T (nekrotisches Gewebe, Fibrinbeläge in T.I.M.E.<sup>1</sup>)

KLINISCHE BEOBACHTUNGEN
nekrotisches Gewebe, Fibrinbeläge
PATHOPHYSIOLOGIE
Defekte Matrix und Zellrückstände beeinträchtigen die Heilung
KLINISCHE MASSNAHMEN ZUR WUNDBETTPRÄPARATION (WBP)
Debridement (episodisch oder kontinuierlich): autolytisch, chirurgisch, enzymatisch, mechanisch, hydrochirurgisch oder biologisch
WIRKUNG VON WBP MASSNAHMEN
Sanierung des Wundbettes
KLINISCHE ERGEBNISSE
Vitales Wundbett



1. Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. Wound Rep Reg (2003);11:1-28.

2. Leaper DJ, Schultz G, Carville K, Fletcher J, Swanson T, Drake R. Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years? Int Wound J 2012; 9 (Suppl. 2):1-19.

## 4. Tissue + das Portfolio von S+N

### Verstehen Ihrer Bedürfnisse

“

Die Wundheilung setzt erst ein, wenn das Debridement erfolgreich beendet wurde<sup>1,3</sup>

---

Werden fortschrittliche Verbände/Therapien auf ein unpräpariertes Wundbett aufgebracht, ist dies eine Verschwendung von Ressourcen und Zeit

“

Das Debridement von nekrotischem Gewebe ist entscheidend für die Erzielung eines Wundbettes mit lebensfähigem Gewebe<sup>1</sup>

---

Die Methoden, Fähigkeiten und Ressourcen der Handhabung des Debridementprozesses weichen stark voneinander ab<sup>2</sup>

“

Schlägt die Auswahl der am besten geeigneten Methode fehl, hat dies Konsequenzen<sup>3</sup>

---

Mögliche Verzögerungen der Wundheilung, höhere Kosten und unnötiges Leiden der Patienten<sup>3</sup>

1. Tallis A, et al. Clinical and Economic Assessment of Diabetic Foot Ulcer Debridement with Collagenase: Results of a Randomized Controlled Study. *Clinical Therapeutics*/Volume 35, 11 (2013). 2. Milne CT, et al. A Comparison of Collagenase to Hydrogel Dressings in Wound Debridement. *Wounds* 22 (11):270–274 (2010). 3. Atkin L. A guide to wound debridement. <http://www.independentnurse.co.uk/clinical-article/a-guide-to-wound-debridement/114500> (2016).

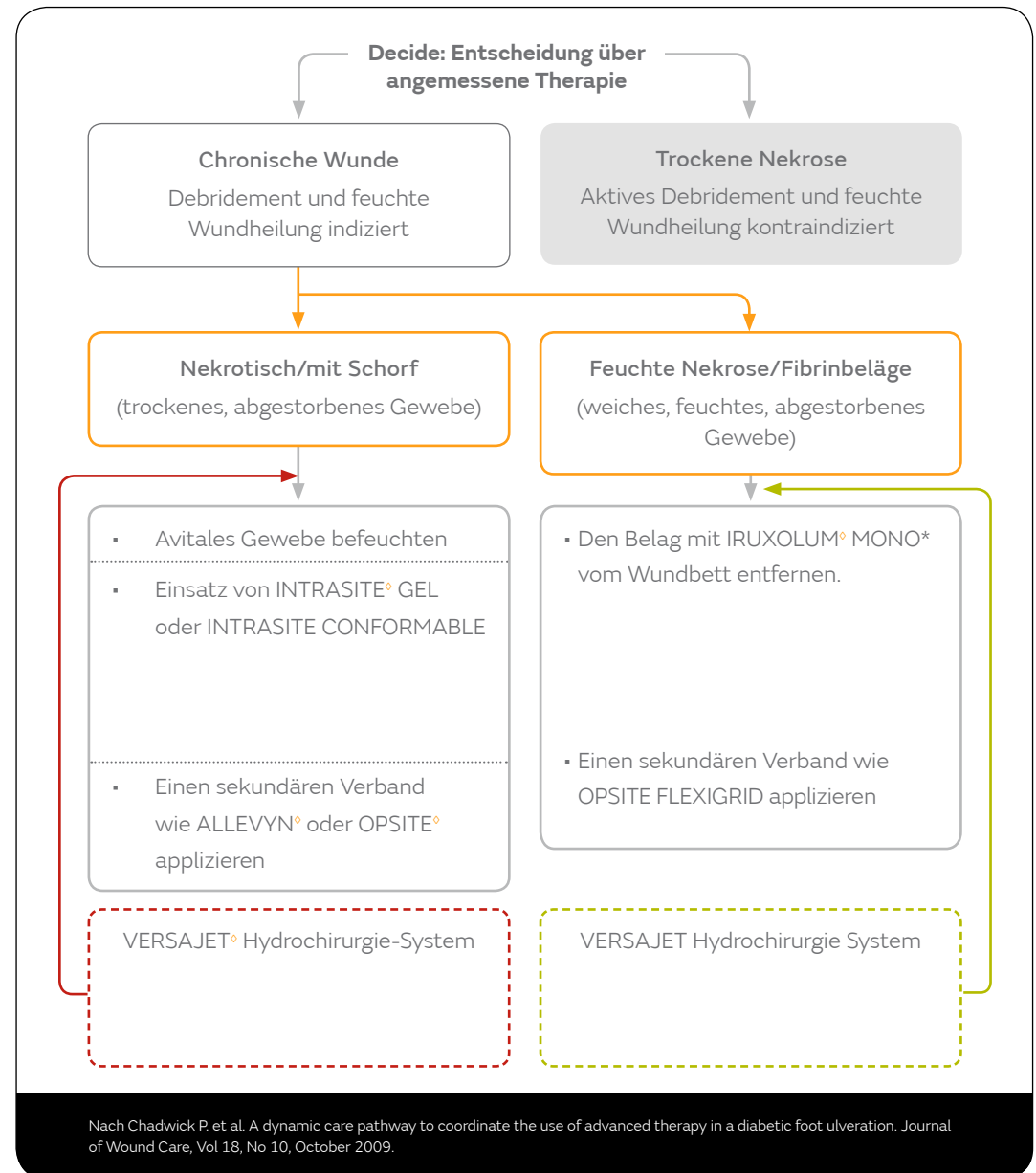
## 4. Die eindeutige Wahl: Ein Leitfaden zur angemessenen Behandlung bei nekrotischem Gewebe

Wunddebridement sollte ein integraler Bestandteil einer guten Wundversorgung sein. Durch Einbeziehung eines eindeutigen Leitfadens kann ein optimales, auf die jeweilige Person und ihre Wunde zugeschnittenes Debridement erfolgen.



Verwendung von  
MolecuLight i:X™ zur Bewertung  
des Keimbelastungsgrades

Die in der klinischen Entscheidungshilfe T.I.M.E verwendeten Produkte können in verschiedenen Märkten voneinander abweichen. Möglicherweise sind nicht alle aufgeführten Produkte für alle Märkte zugelassen oder dort erhältlich. Weitere Einzelheiten zu in Ihrem Markt erhältlichen Produkten erhalten Sie bei Ihrem Vertreter von Smith & Nephew vor Ort. Nur für die Anwendung durch medizinisches Fachpersonal außerhalb der USA vorgesehen.



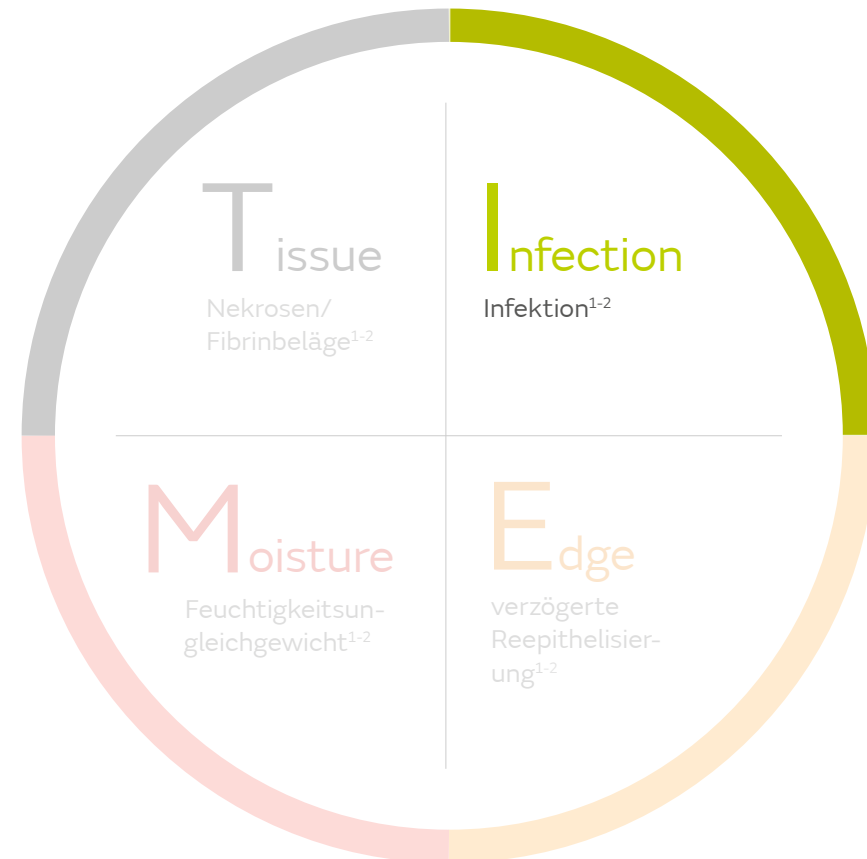
Smith & Nephew erteilt keine medizinischen Ratschläge. Diese Information ist keine medizinische Handlungsempfehlung und nicht als solche vorgesehen. Detaillierte Produktinformationen, einschließlich der Indikationen, Kontraindikationen, Vorsichts- und Warnhinweise entnehmen Sie bitte vor der Anwendung der Gebrauchsanweisung des jeweiligen Produkts. Es obliegt dem medizinischen Fachpersonal, im eigenen klinischen Ermessen für jeden einzelnen Patienten die geeigneten Produkte und Techniken zu ermitteln und einzusetzen.



# 5. Infection + das Portfolio von S+N

## Übersicht zu I (Infektion) in T.I.M.E.<sup>1</sup>

KLINISCHE BEOBACHTUNGEN
Infektion
PATHOPHYSIOLOGIE
Hohe Keimzahl oder langanhaltende Entzündung: + Inflammatorische Zytokine + Proteaseaktivität - Wachstumsfaktoraktivität
KLINISCHE MASSNAHME ZUR WUNDBETTPRÄPARATION (WBP)
Topische/systemische Entfernung von Infektionsherden: - Antimikrobiotika - Entzündungshemmer - Proteasehemmung
WIRKUNG VON WBP MASSNAHMEN
Niedrige Keimzahl oder langanhaltende Entzündung: - Inflammatorische Zytokine - Proteaseaktivität + Wachstumsfaktoraktivität
KLINISCHE ERGEBNISSE
Nicht infizierte Wunde



1. Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. Wound Rep Reg (2003);11:1-28. 2. Leaper DJ, Schultz G, Carville K, Fletcher J, Swanson T, Drake R. Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years? Int Wound J 2012; 9 (Suppl. 2):1-19.

## 5. Infektion + das Portfolio von S+N

### Verstehen Ihrer Bedürfnisse



Bei 30% der Patienten mit venösem Beingeschwür (Ulcus Cruris Venosum, UCV) weist die Wunde ein Infektionsrisiko auf oder ist klinisch infiziert<sup>1</sup>

Die Kosten für die Behandlung eines UCV Patienten werden auf einen Mittelwert von 15.651 EUR pro Patient geschätzt<sup>1</sup>



Die Infektion eines diabetischen Fußgeschwürs (Diabetisches Fuß Ulcus, DFU) verzögert nicht nur die Wundheilung, sondern kann auch in 17% der Fälle zu einer Amputation führen<sup>2</sup>

Die Kosten für die Behandlung eines geheilten DFU werden auf 10.415 EUR geschätzt; kommt die Komplikation einer Amputation hinzu, belaufen sich die Kosten auf bis zu 20.000 EUR pro amputierte Wunde<sup>2</sup>



Bis zu 80% der chronischen Wunden weisen einen Biofilm auf<sup>3</sup>. Die meisten, wenn nicht alle chronischen, nicht heilenden Wunden weisen einen Biofilm auf<sup>4</sup>

Biofilme verzögern die Wundheilung ganz wesentlich<sup>5-7</sup>, sie führen zu wiederkehrenden Infektionen<sup>8</sup>, dem Versagen von Antimikrobiotika-Behandlung<sup>9-11</sup> und geringfügigen Entzündungen und Gewebeschäden<sup>8,12#</sup>



Die Lebensqualität eines Patienten ist durch infizierte chronische Wunden stark beeinträchtigt<sup>13</sup>

Infizierte Wunden wirken sich auf den Stress- und Angstpegel des Patienten aus<sup>13</sup>

1. Guest, JF. Costs and Consequences of Managing Infection Associated with Venous Leg Ulcers in the UK. Presentation. CATALYST Health Economics Consultants Ltd Northwood, Middlesex, UK. in (2017). 2. Guest JF, Fuller GW, Vowden P. Diabetic foot ulcer management in clinical practice in the UK: costs and outcomes. *Int Wound J* 15, 43–52 (2018). 3. Malone M, et al. The prevalence of biofilms in chronic wounds: a systematic review and meta-analysis of published data. *J Wound Care* 26, 20–25 (2017). 4. Schultz G, et al. Consensus guidelines for the identification and treatment of biofilms in chronic nonhealing wounds. *Wound Repair Regen.* 25, 744–757 (2017). 5. Schierle CF, De la Garza M, Mustoe TA, Galiano RD. Staphylococcal biofilms impair wound healing by delaying reepithelialization in a murine cutaneous wound model. *Wound Repair Regen.* 17, 354–9 (2009). 6. Roche ED, et al. Increasing the presence of biofilm and healing delay in a porcine model of MRSA-infected wounds. *Wound Repair Regen.* 20, 537–43 (2012). 7. Zhao G, et al. Time course study of delayed wound healing in a biofilm-challenged diabetic mouse model. *Wound Repair Regen* 20, 342–352 (2012). 8. Costerton JW, Stewart PS, Greenberg EP. Bacterial biofilms: a common cause of persistent infections. *Science* 284, 1318–22 (1999). 9. Stewart PS, Costerton JW. Antibiotic resistance of bacteria in biofilms. *Lancet* 358, 135–8 (2001). 10. Stewart PS, Rayner J, Roe F, Rees WM. Biofilm penetration and disinfection efficacy of alkaline hypochlorite and chlorosulfamates. *J. Appl. Microbiol.* 91, 525–32 (2001). 11. Phillips PL, et al. Antimicrobial dressing efficacy against mature *Pseudomonas aeruginosa* biofilm on porcine skin explants. *Int. Wound J.* 12, 469–83 (2013). 12. Bjarnsholt T, et al. Why chronic wounds will not heal: a novel hypothesis. *Wound Repair Regen.* 16, 2–10 (2008). 13. Upton D, Solowiej K. Pain and stress as contributors to delayed wound healing. *Wound Pract. Res.* 18, 114–122 (2010).

# 5. Die eindeutige Wahl

## Ein Leitfaden zur angemessenen Behandlung von lokaler Infektion und Biofilm

Nachfolgend sind die mit der Einführung eines eindeutigen Leitfadens mit frühzeitiger Intervention zur Behandlung einer offensichtlichen klinischen Infektion bzw. eines Biofilms verbundenen potentiellen Vorteile aufgeführt:

<p><b>1.</b></p>  <p>Verringerung der Zeitspanne, die Patienten an ihrer infizierten Wunden leiden<sup>1-4</sup>, verschafft der Pflegekraft wertvollen Freiraum, um ihr erhöhtes Arbeitsaufkommen zu bewältigen.</p>	<p><b>2.</b></p>  <p>Verringerung der Menge der verwendeten antimikrobiellen Verbände, wodurch Ihre Ausgaben in dieser Kategorie reduziert werden könnten<sup>5</sup></p>	<p><b>3.</b></p>  <p>Erhöhung der von den ambulanten Pflegeteams bereitgestellten Versorgungsqualität, Erweiterung ihres Kenntnisstandes und Hilfe bei der Sicherstellung einer angemessenen Anwendung fortschrittlicher Wundverbände</p>	<p><b>4.</b></p>  <p>Minimierung des Fortschreitens einer lokalen Wundinfektion zu einer Ausweitung der Infektion<sup>4</sup></p>	<p><b>5.</b></p>  <p>Verringerung des Zyklus von Behandlungsversagen und wiederkehrenden Infektionen</p>
--	--	--	--	---

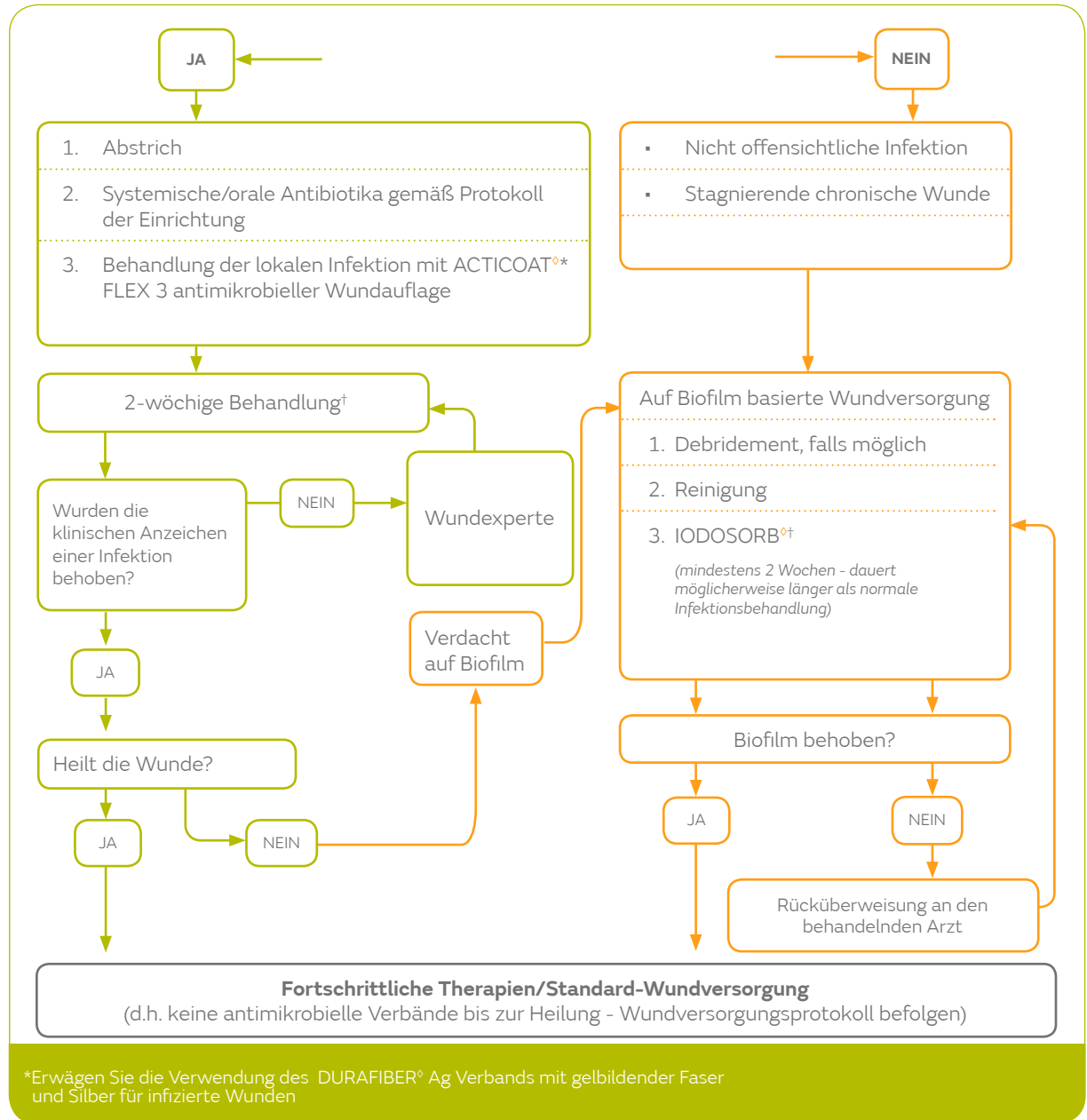
1. Schultz G, et al. Consensus guidelines for the identification and treatment of biofilms in chronic nonhealing wounds. *Wound Repair Regen.* 25, 744–757 (2017). 2. Guest JF, Fuller GW, Vowden P. Venous leg ulcer management in clinical practice in the UK: costs and outcomes. *Int Wound J.* 15, 29–37 (2018). 3. Dowsett C, Bielby A, Searle R. Reconciling increasing wound care demands with available resources. *J. Wound Care* 23, 552, 554, 556–8 passim (2014). 4. Newton H. Reducing MRSA bacteraemias associated with wounds. *Wounds UK* 6, 56–65 (2010). 5. Searle R, Bielby A. Dressing strategies for the management of infected wounds in community wound care : impacts and implications. *Wounds UK* (2010).

# 5. Die eindeutige Wahl Ein Leitfaden zur angemessenen Behandlung von lokaler Infektion und Biofilm



Verwendung von MolecuLight i:X™ zur Bewertung des Keimbelastungsgrades

The products used in the T.I.M.E. clinical decision support tool may vary in different markets. Not all products referred to may be approved for use or available in all markets. Please consult your local Smith+Nephew representative for further details on products available in your market. Intended for healthcare professionals outside of the US only.



Smith & Nephew erteilt keine medizinischen Ratschläge. Diese Information ist keine medizinische Handlungsempfehlung und nicht als solche vorgesehen. Detaillierte Produktinformationen, einschließlich der Indikationen, Kontraindikationen, Vorsichts- und Warnhinweise entnehmen Sie bitte vor der Anwendung der Gebrauchsanweisung des jeweiligen Produkts. Es obliegt dem medizinischen Fachpersonal, im eigenen klinischen Ermessen für jeden einzelnen Patienten die geeigneten Produkte und Techniken zu ermitteln und einzusetzen.

## 6. Moisture + das Portfolio von S+N

### Übersicht zu M (Feuchtigkeitsungleichgewicht)

#### KLINISCHE BEOBACHTUNG

Feuchtigkeitsungleichgewicht

#### PATHOPHYSIOLOGIE

Austrocknung verlangsamt die Migration von Epithelzellen  
Überschüssige Flüssigkeit verursacht Mazeration des Wundrandes

#### KLINISCHE MASSNAHMEN ZUR WUNDBETTPRÄPARATION (WBP)

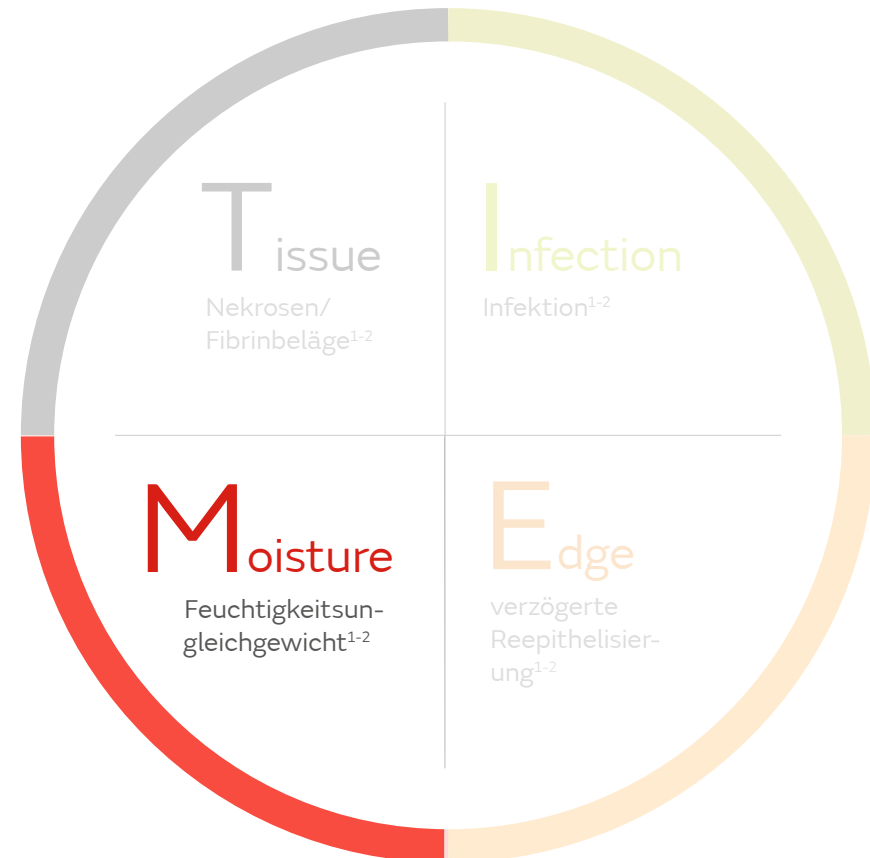
Applikation von Verbänden für das Feuchtigkeitsgleichgewicht  
Kompression oder Unterdruck-Wundtherapie (NWPT) oder andere Methoden zur Beseitigung von Flüssigkeiten

#### WIRKUNG VON WBP MASSNAHMEN

Wiederherstellung der Migration von Epithelzellen, Austrocknung vermeiden  
Ödeme, überschüssige Flüssigkeit unter Kontrolle, Mazeration vermieden

#### KLINISCHE ERGEBNISSE

Idealfeuchtes Wundmilieu



1. Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. Wound Rep Reg (2003);11:1-28. 2. Leaper DJ, Schultz G, Carville K, Fletcher J, Swanson T, Drake R. Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years? Int Wound J 2012; 9 (Suppl. 2):1-19.

## 6. Moisture + das Portfolio von S+N

### Verstehen Ihrer Bedürfnisse

“

Ambulante Pflegekräfte verbringen mehr als die Hälfte ihrer Arbeitszeit mit der Wundversorgung<sup>2</sup>

---

“

Das Exsudathandling ist zeitaufwändig, besonderes bei stark exsudierenden Wunden und der Notwendigkeit mehrerer Verbandwechsel

---

“

Ambulante Pflegekräfte müssen über eine Vielzahl an Fähigkeiten verfügen, um die ganze Bandbreite klinischer Erscheinungsbilder handhaben zu können<sup>4</sup>

---

“

All diese Zusatzarbeit nimmt den Pflegekräften die Zeit für die Personen, der ihre Haupt Sorge gilt - ihren Patienten.<sup>1,4</sup>

---

1. Tickle J, 2015. Wound exudate assessment and management: a challenge for clinicians. British Journal Of Nursing 24, pp. S38-S43. 2. O'Keefe M. Evaluation of a community based wound care programme in an urban area. Poster presented at EWMA Conference 2006. 3. College of Nursing; Nursing Shortage Preventing Access to Crucial Training. Says RCN. Healthwatch Trafford. 2015. <https://healthwatchtrafford.co.uk/news/nursingshortage-preventing-access-to-crucial-training-says-rcn/>. 4. Maranozov R, Huxley C, Manzoni C, Pike G. 2017. Royal college of nursing employment survey, Institute of employment studies.

# 6. Die eindeutige Wahl Ein Leitfaden zur angemessenen Behandlung für das Exsudat- management bei chronischen Wunden

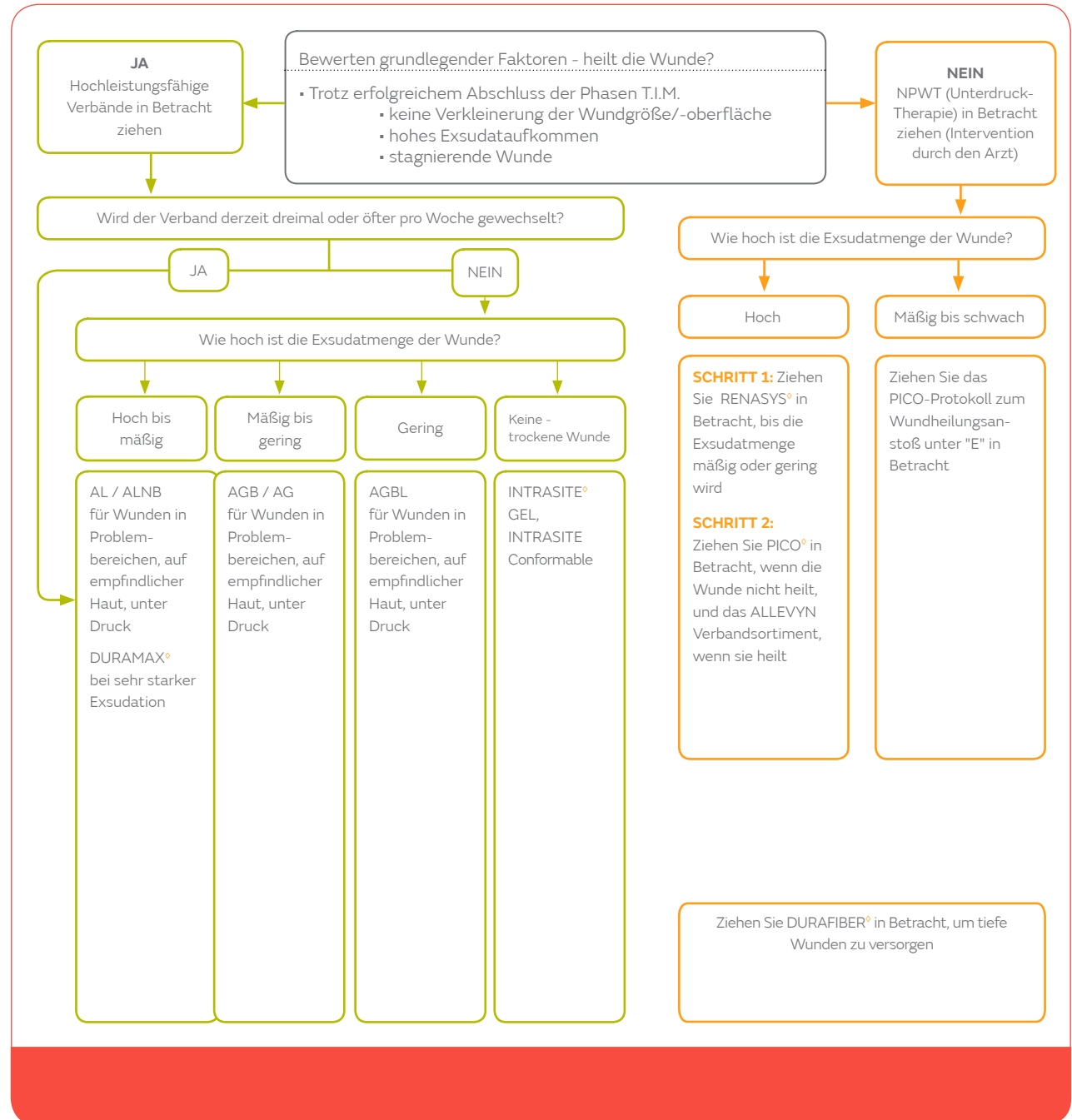
## Abkürzungsschlüssel:

- AL: ALLEVYN<sup>◊</sup> LIFE
- ALNB: ALLEVYN LIFE Non Bordered
- AG: ALLEVYN Gentle
- AGB: ALLEVYN Gentle Border
- AGBL: ALLEVYN Gentle Border Lite

Clinical learnings adapted from: Dowsett C, et al. Use of PICO to improve clinical and economic outcomes in hard-to-heal wounds. Wounds International (2017) Vol 8 (No. 2): 53-58.

The products used in the T.I.M.E. clinical decision support tool may vary in different markets. Not all products referred to may be approved for use or available in all markets. Please consult your local Smith+Nephew representative for further details on products available in your market. Intended for healthcare professionals outside of the US only.

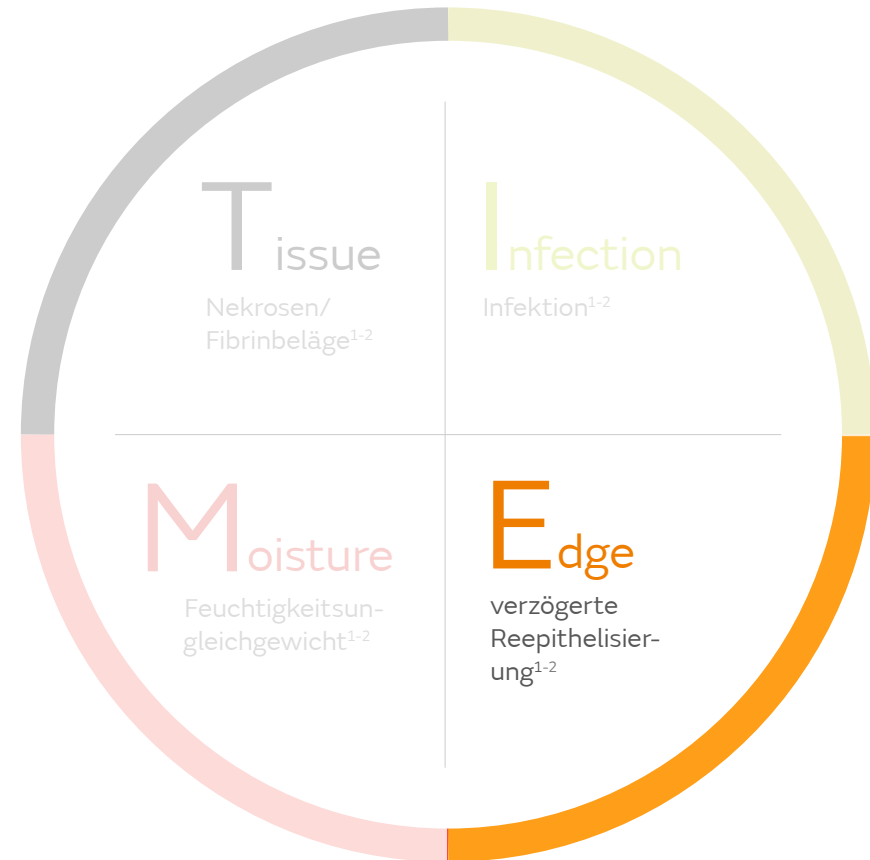
Smith+Nephew does not provide medical advice. The information presented is not, and is not intended to serve as, medical advice. For detailed device information, including indications for use, contraindications, precautions and warnings, please consult the product's Instructions for Use (IFU) prior to use. It is the responsibility of healthcare professionals to determine and utilise the appropriate products and techniques according to their own clinical judgment for each of their patients.



# 7. Edge + das Portfolio von S+N

## Übersicht zu E (Edge of wound non-advancing<sup>1</sup>, verzögerte Reepithelisierung)

<b>KLINISCHE BEOBACHTUNGEN</b>
Verzögerte Reepithelisierung oder anormaler Wundrand
<b>PATHOPHYSIOLOGIE</b>
Nicht migrierende Keratinozyten Nicht respondierende Wundzellen und Anormalitäten in der Proteaseaktivität
<b>KLINISCHE MASSNAHMEN ZUR WUNDBETTPRÄPARATION (WBP)</b>
Ursache erneut einschätzen oder korrektive Therapien in Betracht ziehen: <ul style="list-style-type: none"><li>- Debridement</li><li>- Hauttransplantate</li><li>- Biologische Wirkstoffe</li></ul>
<b>WIRKUNG VON WBP MASSNAHMEN</b>
Migrierende Keratinozyten und responsive Wundzellen Wiederherstellung eines angemessenen Proteaseprofils
<b>KLINISCHE ERGEBNISSE</b>
Epithelisierter Wundrand



1. Schultz G, Sibbald G, Falanga V, Ayello E, Dowsett C, Harding K, Romanelli M, Stacey M, Teot L, Vanscheidt W. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. Wound repair and regeneration. Vol. 11, No. 2, Supplement March–April 2003. S1-S28.



## 7. Edge + das Portfolio von S+N

### Verstehen Ihrer Bedürfnisse



70–80% der Wunden werden von ambulanten Pflegekräften behandelt<sup>1</sup>

64% der im häuslichen Umfeld behandelten Wunden sind chronisch<sup>1</sup>



18% der chronischen Wunden bleiben länger als ein Jahr bestehen<sup>3</sup>

Die Patientenversorgungskosten für nicht verheilte Wunden liegen 135% höher als für verheilte Wunden<sup>2</sup>



Mehr als 60% der Zeit der ambulanten Pflegekräfte wird für Verbandwechsel aufgewendet<sup>1</sup>

Verbandwechsel können den überwiegenden Teil Ihres Patientenbesuchs ausmachen, sodass weniger Zeit für die Pflege bleibt



Die Zahl der ambulanten Pflegekräfte ist um 39%<sup>4</sup> gesunken

40% der ambulanten Pflegekräfte berichten von arbeitsbedingtem Stress<sup>5</sup>

1. Lindholm C, Searle R. Wound management for the 21st century: combining effectiveness and efficiency. *Int Wound J.* 2016;13 (Suppl 2):5–15. 2. Guest JF, Vowden K, Vowden P. The health economic burden that acute and chronic wounds impose on an average clinical commissioning group/health board in the UK. *J Wound Care.* 2017;26:292–303. 3. Ousey K, Stephenson J, Barrett S, et al. Wound care in five English NHS Trusts: results of a survey. *Wounds UK.* 2013;9:20–28. 4. Dowsett C, Bielby A, Searle R. Reconciling increasing wound care demands with available resources. *J Wound Care.* 2014;23:552, 554, 556–8. 5. Leeds Community Healthcare NHS Trust RY6, Community Health Services for adult's quality report. May 2016.

## 7. Edge + das Portfolio von S+N

### Wie können Sie auf nicht heilende Wunden Einfluss nehmen?

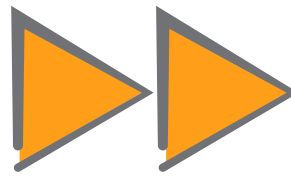


**Der Wunde den Anstoß zur Heilung geben**

64% der Wunden sind im häuslichen Umfeld chronisch

Erkennen Sie Wunden, die nicht zeitgerecht heilen, und ändern Sie die Behandlung, um den Heilungsprozess anzustoßen.

Wussten Sie, dass 64% der im häuslichen Umfeld behandelten Wunden chronisch sind? Bei diesen Patienten liegt auch ein erhöhtes Risiko von Infektionen und Rehospitalisierung vor.



**Die Wundheilung beschleunigen, raschere Heilung erzielen oder Heilungsrate steigern**

9 Monate ist die durchschnittliche Wunddauer

Wussten Sie, dass die durchschnittliche Wunddauer bei neun Monaten<sup>2</sup> liegt? Je früher eine Wunde heilt, desto weniger Ressourcen verbraucht sie - seien Sie jedoch vorsichtig, denn nicht alle Einmalprodukte für die Unterdruck-Wundtherapie (NPWT) haben sich als klinisch wirksam erwiesen.



**Das Nichtheilen von Wunden verhindern**

24% der Patienten leben sechs Monate oder länger<sup>1</sup> mit ihrer Wunde

und fast 16% ein Jahr oder länger<sup>1</sup> - dies sollte sich ändern.

1. Lindholm C, Searle RJ. Wound management for the 21st century: combining effectiveness and efficiency. Int Wound J. 2016;13 Suppl 2:5–15.15. 2. Jørgensen SF, Nygaard R, Posnett J. Meeting the challenges of wound care in Danish home care. J Wound Care. 2013;22:540–2, 544–545.

## 7. Die eindeutige Wahl Ein Leitfaden zur angemessenen Behandlung von verzögerter Reepithelisierung oder anormalen Wundrändern

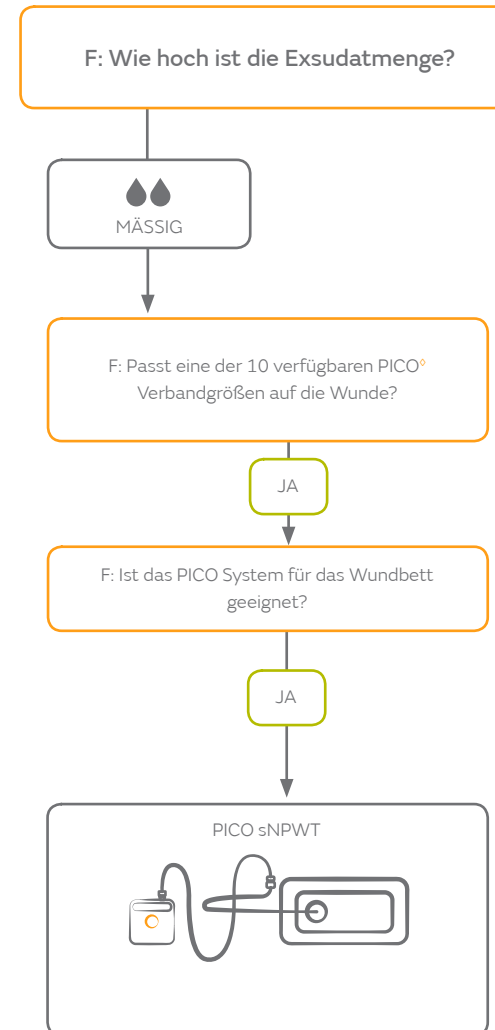
Heilt die Wunde mit den ALLEVYN<sup>◇</sup> Wundverbänden nicht auf ordnungsgemäße und zeitgerechte Weise ab, kann PICO sNPWT durch eine **verbesserte Re-Epithelisation** einen Anstoß zur Heilung geben.



Steriles, reizfreies  
Hautschutz-Produkt

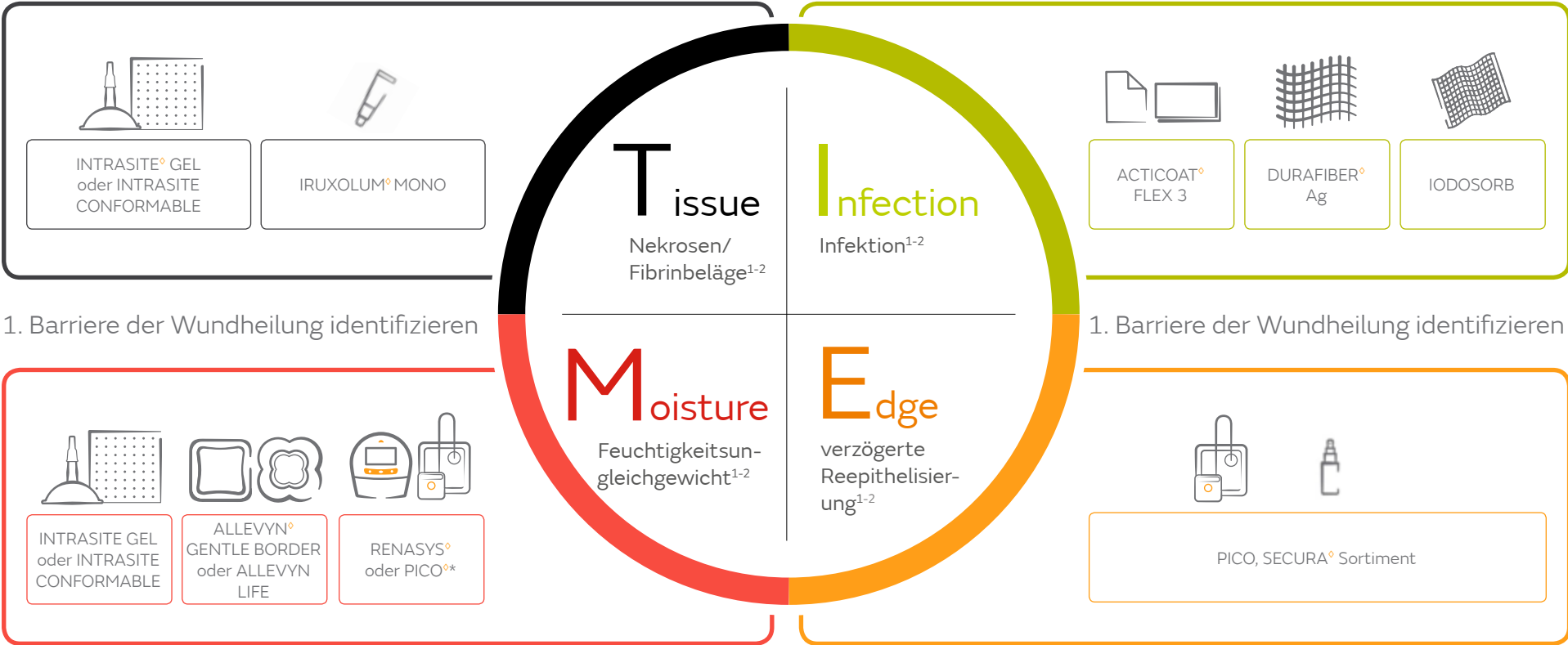
Die in der klinischen Entscheidungshilfe T.I.M.E. verwendeten Produkte können in verschiedenen Märkten voneinander abweichen. Möglicherweise sind nicht alle aufgeführten Produkte für alle Märkte zugelassen oder dort erhältlich. Weitere Einzelheiten zu in Ihrem Markt erhältlichen Produkten erhalten Sie bei Ihrem Vertreter von Smith & Nephew vor Ort.  
Nur für die Anwendung durch medizinisches Fachpersonal außerhalb der USA vorgesehen.

Wunde heilt nicht auf ordnungsgemäße und zeitgerechte Weise



# Produkt Portfolio (T. – E.)

Mit MolecuLight i:X™ die Bakterienbelastung visualisieren und die Wundoberfläche vermessen

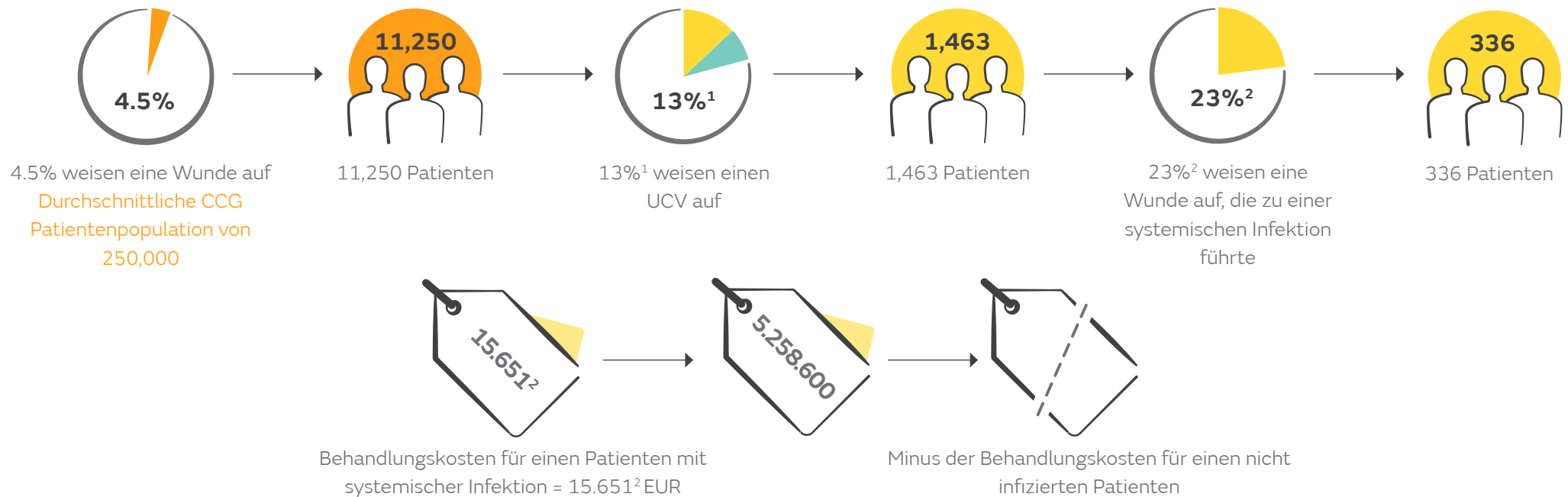
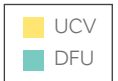


\*Exsuaratmenge für NPWT geeignete Wunden. †SECURA Range includes SECURA Spray, SECURA Protective wipes, SECURA Foam Applicator | 1. Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. Wound Rep Reg (2003);11:1-28. 2. Leaper DJ, Schultz G, Carville K, Fletcher J, Swanson T, Drake R. Extending the TIME concept: what have we learned in the past 10 years? Int Wound J 2012; 9 (Suppl. 2):1-19.

# Kosten von Wunden

# Kosten der Wunden

## Kosten einer systemischen Infektion von UCV für eine durchschnittliche Clinical Commissioning Group CCG\*



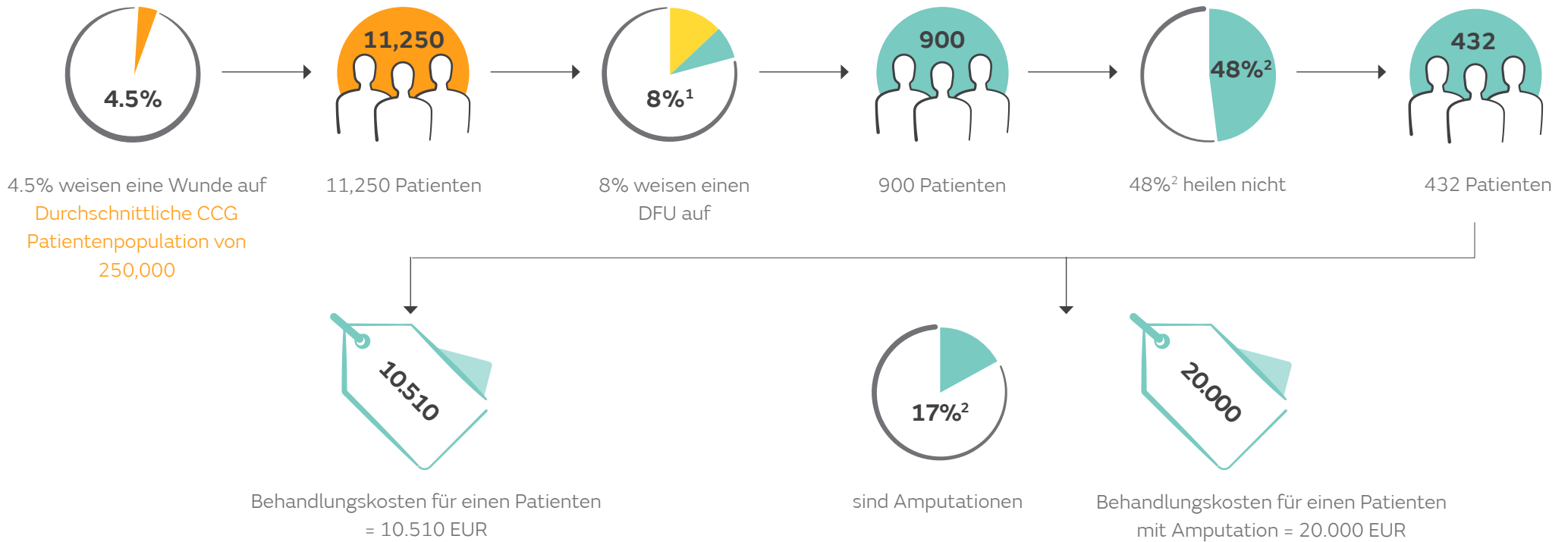
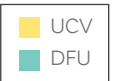
1. Guest JF, et al. Health economic burdens that wounds impose on the National Health Service in the UK. BMJ Open. 2015;5:e009283.

2. Guest JF. Costs and consequences of managing infection associated with venous leg ulcers in the UK. Presented at: CATALYST Health Economics Consultants Ltd Northwood; 2017; Middlesex, UK.

\*Haftungsausschluss: Potenzielle Kosteneinsparungen basieren auf durchschnittlicher Inzidenz und Kosten, die einer durchschnittlich großen Clinical Commissioning Group (CCG) gemeldet wurden und für diese gilt. Die mit der Behandlung verbundenen Kosten können je nach Clinical Commissioning Group und Gesundheitsversorgungsmodellen abweichen.

# Kosten der Wunden

## Kosten für Nichtheilung und Amputation bei DFU in der durchschnittlichen CCG\*



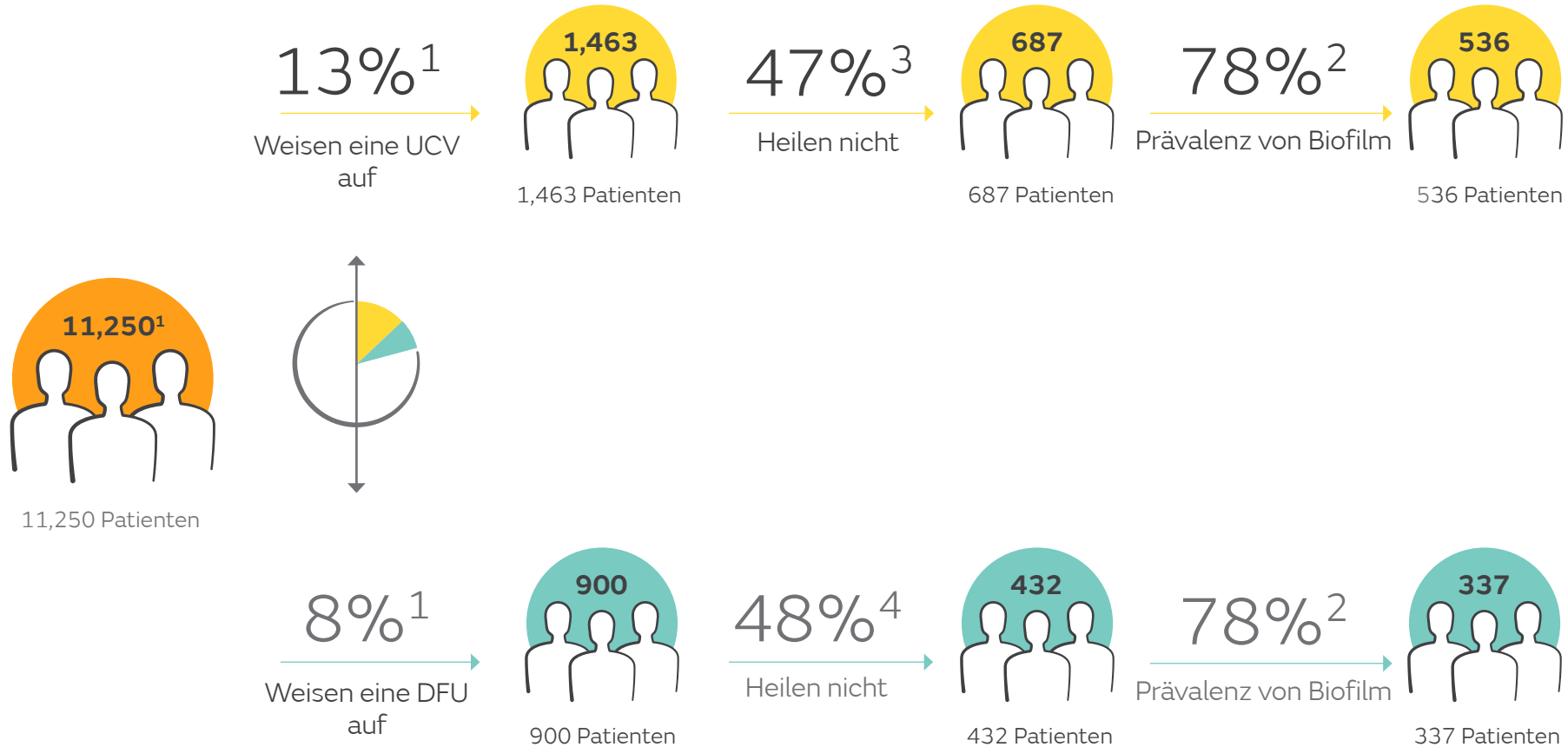
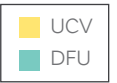
**Mindestkosten bei DFU für die Nichtheilung  
über ein Jahr für eine CCG =  
4.499.240 EUR**

**Mindestkosten bei DFU mit Amputation für  
ein Jahr für eine CCG = 1.460.100 EUR**

1. Guest JF, et al. Health economic burdens that wounds impose on the National Health Service in the UK. BMJ Open. 2015;5:e009283.  
2. Guest JF. Costs and consequences of managing infection associated with venous leg ulcers in the UK. Presented at: CATALYST Health Economics Consultants Ltd Northwood; 2017; Middlesex, UK.  
\*Haftungsausschluss: Potenzielle Kosteneinsparungen basieren auf durchschnittlicher Inzidenz und Kosten, die einer durchschnittlich großen Clinical Commissioning Group (CCG) gemeldet wurden und für diese gilt.  
Die mit der Behandlung verbundenen Kosten können je nach Clinical Commissioning Group und Gesundheitsversorgungsmodellen abweichen.

# Kosten von Wunden

## Anzahl der nicht heilenden DFU- und UCV-Wunden, von denen man annimmt, dass sie einen Biofilm aufweisen



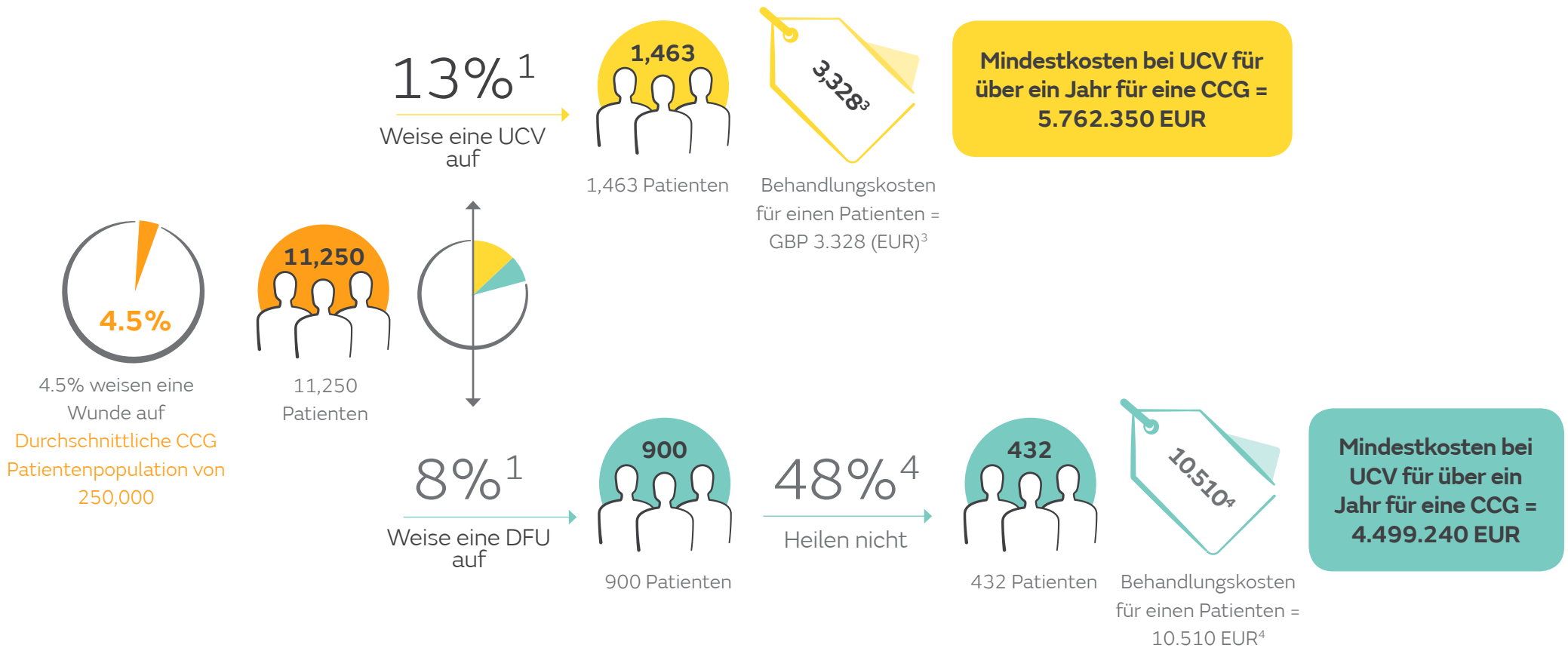
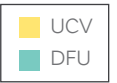
1. Guest JF, et al. Health economic burden that wounds impose on the National Health Service in the UK. *BMJ Open*. 2015;5:e009283.  
 2. Malone M, et al. The prevalence of biofilms in chronic wounds: a systematic review and meta-analysis of published data. *J. Wound Care*. 2017;26:20–25.  
 3. Guest JF, Fuller GW, Vowden P. Venous leg ulcer management in clinical practice in the UK: costs and outcomes. *Int. Wound J*. 2018;15:29–37.  
 4. Guest JF, Fuller GW, Vowden P. Diabetic foot ulcer management in clinical practice in the UK: costs and outcomes. *Int. Wound J*. 2018;15:43–52.

Die mit der Behandlung verbundenen Kosten können je nach Clinical Commissioning Group und Gesundheitsversorgungsmodellen abweichen.



# Kosten von Wunden

## Kosten für die Behandlung eines UCV und DFU für eine durchschnittliche CCG\*



1. Guest JF, et al. Health economic burden that wounds impose on the National Health Service in the UK. *BMJ Open*. 2015;5:e009283.  
 2. Malone M, et al. The prevalence of biofilms in chronic wounds: a systematic review and meta-analysis of published data. *J. Wound Care*. 2017;26:20–25.  
 3. Guest JF, Fuller GW, Vowden P. Venous leg ulcer management in clinical practice in the UK: costs and outcomes. *Int. Wound J*. 2018;15:29–37.  
 4. Guest JF, Fuller GW, Vowden P. Diabetic foot ulcer management in clinical practice in the UK: costs and outcomes. *Int. Wound J*. 2018;15:43–52.

Die mit der Behandlung verbundenen Kosten können je nach Clinical Commissioning Group und Gesundheitsversorgungsmodellen abweichen.



Wundmanagement  
Smith & Nephew GmbH  
Concorde Business Park C3  
2320 Schwechat  
Österreich

[www.smith-nephew.com](http://www.smith-nephew.com)  
◇ Trademark of Smith+Nephew  
All Trademarks acknowledged  
©Dezember 2019 Smith+Nephew  
AWM-Miscellaneous-22309

**Smith+Nephew**

---

Smith+Nephew does not provide medical advice. The information presented is not, and is not intended to serve as, medical advice. For detailed device information, including indications for use, contraindications, precautions and warnings, please consult the product's Instructions for Use (IFU) prior to use. It is the responsibility of healthcare professionals to determine and utilise the appropriate products and techniques according to their own clinical judgment for each of their patients.

## Denken Sie bei der Wundbeurteilung mit

Die herkömmlichen Anzeichen und Symptome einer Wundinfektion können als Leitfaden für klinische Entscheidungen häufig nicht ausreichend genau sein<sup>1</sup>

- Sind Bakterien vorhanden, die eine Wundheilung verzögern können?
- Weiß ich, wo ich eine genaue Probe entnehmen kann?
- Ist ein antimikrobieller Verband erforderlich?
- Welchen Verband sollte ich verwenden?
- Verfolge ich den Fortschritt objektiv nach?
- Wirkt die Behandlung?



1 of 4

## MolecuLight *i:X*<sup>TM</sup>



### Machen Sie es zu einem Teil Ihrer Standardversorgung

In einer kürzlich durchgeführten Pilotstudie kam man zu der Schlussfolgerung, dass die Einbeziehung vom MolecuLight *i:X*<sup>TM</sup> in die Standardversorgung dem medizinischen Personal ermöglichte, die Therapievorbereitung zu optimieren, die Probenentnahme und Behandlung zu steuern und den Bakterienstatus zur besseren Feststellung der Therapieergebnisse nachzuhalten.<sup>1</sup>



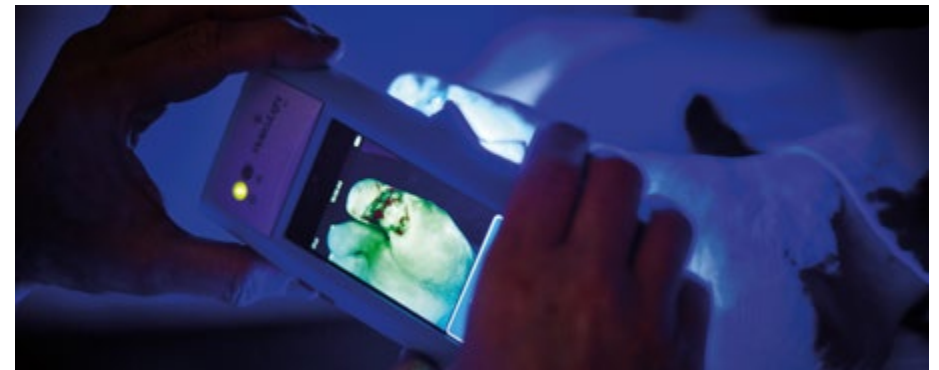
MolecuLight *i:X*<sup>TM</sup> nutzt zur Sichtbarmachung von Bakterien das Fluoreszenzprinzip



Visualisierung von Bakterien  $\geq 10^4$  in Echtzeit und in einer Tiefe bis zu 1,5 mm



Es gibt ein sicheres, violette Licht ab, das Bakterien zum fluoreszieren bringt und bei  $\geq 10^4$  KbE/g wahrnehmbar ist<sup>2</sup>



2 of 4

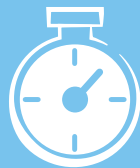
1. DaCosta RS, Kulbatski I, Lindvere-Teene L, Starr D, Blackmore K, Silver JI, et al. Point-of-care autofluorescence imaging for real-time sampling and treatment guidance of bioburden in chronic wounds: first-in-human results. PLOS one. 2015 Mar 19;10(3). 2. Rennie MY, Lindvere-Teene L, Tapang K, Linden R, Point-of-care fluorescence imaging predicts the presence of pathogenic bacteria in wounds: a clinical study. Journal of Wound Care 2017;26(8):452-460.

# THINK



(DENKEN)

Nun können Sie das Vorhandensein von Bakterien besser einschätzen und den Wundoberflächenbereich messen



Schnell



Sicher



Einfach

Fluoreszierende Bakterien sichtbar machen<sup>1</sup> und den Wundoberflächenbereich vor Ort messen<sup>1</sup>

3 of 4

1. DaCosta RS, Kulbatski I, Lindvere-Teene L, Starr D, Blackmore K, Silver JI, et al. Point-of-care autofluorescence imaging for real-time sampling and treatment guidance of bioburden in chronic wounds: first-in-human results. PLOS one. 2015 Mar 19;10(3).

# THINK



## Wie Sie Ihre klinische Praxis verbessern



### Besseres Ressourcenmanagement\*

Hat nachweislich eine verantwortungsbewusstere Entscheidungsfindung vor Ort bezüglich Verbänden, Antimikrobiotika und Antibiotika<sup>1,2</sup>



### Weniger unwirksame Wundbehandlungen

Stattdessen informierte Verbandauswahl und objektives Feedback zur Nachhaltigkeit der Wirksamkeit<sup>1,2</sup>



### Potenzial für weniger unnötige Medikamentenanwendung

Optimiert Therapien und fördert den verantwortungsbewussten Einsatz von Antimikrobiotika<sup>1,2</sup>



### Wirksame Probeentnahme

Macht die Stelle und Verteilung der Keimzahl auf dem Wundbett und der Umgebung sichtbar, was zu einer genaueren Reinigung führt<sup>3</sup>

4 of 4

\*Verglichen mit dem Versorgungsstandard

1. Hill R, Douglas JJ. Real-time bacterial fluorescence imaging guides antimicrobial stewardship in patients with diverse wounds. Proceedings of the Annual Symposium on Advanced Wound Care (SAWC); 2017 Apr 5-9; San Diego, CA. 2. Landis S. Use of fluorescence imaging in visualizing bacteria in chronic ulcers and traumatic soft tissue damage. Proceedings of the Annual Meeting of the Society of Federal Health Professionals (AMSUS); 2016 Nov 29-Dec 2; National Harbor, MD. 3. Ottolino-Perry K, Chamma E, Blackmore KM, Lindvere-Teene L, Starr D, Tapang K, et al. Improved detection of wound bacteria using fluorescence image guided wound sampling in diabetic foot ulcers. Int Wound J. 2017 Feb 28. doi: 10.1111/iwj.12717.



## Ein Hydrogel, das nekrotisches Gewebe rehydriert und so autolytisches Debridement begünstigt.<sup>1-10,12,13,30</sup>

### Wirksames Debridement und wirksame Belagsentfernung



Eine wirksame Rehydrierung kann ein rasches Debridement von nekrotischem Gewebe fördern<sup>3,6,20,21-26</sup> und dabei die umgebende lebensfähige Haut erhalten.<sup>5,9,11,18,19,27</sup>

### Einfache Anwendung



Das einzigartige APPLIPAK<sup>®</sup> System ermöglicht eine einfache, steuerbare und kontrollierte Anwendung auch bei schwieriger Lokalisation.<sup>1,2,6,9,12,13-18,28,29</sup>

### Ein autolytisches Debridement kann nach Anordnung des behandelnden Arztes von jedem medizinischen Personal durchgeführt werden



Auch erhältlich als anschmiegsamer Hydrogel-Verband  
INTRASITE CONFORMABLE

1. Colin D, Kurring P, Quinlan D, Yvon C. The clinical investigation of an amorphous hydrogel compared with a dextranomer paste dressing in the management of sloughy pressure ulcers. Proceedings of the 5th European conference on advances in wound management, Harrogate, UK, November 1995. 2. Flanagan M. The efficacy of a hydrogel in the treatment of wounds with Non-viable tissue. Journal of Wound Care, 1995 Vol 4(6), 264 - 267. 3. Spooner R. Managing a patients multiple pressure sores. Journal of Wound Care (1993), 2(3), 139 - 141. 4. Ricci E, et al. INTRASITE Gel: indications and results in the therapy of Decubitus Ulcers. Personal Communication 1993. 5. Thomas S. The role of moist wound healing in the management of meningococcal skin lesions: a case study. World Wide Wounds, June 1999. 6. Young T, Williams C, Benbow M, et al. A study of two hydrogels used in the management of pressure sores. 103-106. 7. Bale S, Banks V, Haglestein S, et al. A comparison of two amorphous hydrogels in the debridement of pressure sores. Journal of Wound Care 1998; 7 (2): 65-68. 8. Coates TJ, et al. The effect of gel burns dressings on skin temperature. Emergency Medicine Journal. 2002; 19:224-225. 9. Thomas S, Rowe H, Keats J, Morgan R. The management of extravasation injury in neonates. World Wide Wounds October 1997. (Also in Thomas S, Rowe H, Keats J, Morgan R. A new approach to the management of extravasation injury in neonates. The Pharmaceutical Journal 1987;239: 584). 10. Ricci E, Cassino R, Secreto P. Treatment of necrotic tissue with INTRASITE gel. 11. Regan M. The use of INTRASITE Gel in healing open sternal wounds. Ostomy/Wound management, Journal for Extended Patient Care Management, Volume 38, No. 3, April 1992. 12. Flanagan M. The use of a Modified Formulation of an Amorphous Hydrogel Containing Cross-linked Carboxy Methyl Cellulose (CMC) Polymer in the Management of Wounds that Present with Non-viable Tissue – A Multi-centre Clinical Trial. 13. Westerhof W, Mekkes JR. A pilot study comparing INTRASITE Gel with saline soaked gauze for debridement, Ref CTR90/08 by D Myers. 14. Colin D, Kurring PA, Quinlan D, Yvon C. Managing sloughy pressure sores. Journal of Wound Care, 1996 Vol 5(10), 444 – 446. 15. Thomas S, Fear M. The efficacy of INTRASITE Gel as a debrider of nonviable tissue from wounds treated in the community. Poster presentation at the European Wound Management Conference, Harrogate 1993. 16. Pastre L, Wetzberger S, Andriessen A. INTRASITE Gel as a desloughing agent in the management of patients with wounds requiring debridement in the community setting. 17. De Vincentiis G, Caracciolo G, Anselmi A. INTRASITE Gel in the management of deep second and third degree burns in children [Poster] 1996. [Poster] 1995. 18. Thomas S, Rowe HN, et al. A new approach to the management of extravasation injury in neonates. The Pharmaceutical Journal (1987) Nov: 584 - 585. 19. Ratliff CR. INTRASITE Gel to promote wound healing from necrosis. The Cancer Bulletin 191; 43 (1): 85-6. 20. Gates JL, Holloway GA. A comparison of wound environments. A moist wound environment dressing system versus the traditional normal saline wet-to-dry dressing. Ostomy/Wound Management 1992; 38 (8): 35-37. 21. Boardman M, Mellor K, Neville B. Treating a patient with a heavily exuding malodorous fungating ulcer. Journal of Wound Care. 1993 1993;2(2): 74-6. 22. Van Look R, Verbist A. The treatment of complicated and infected wounds [Poster] 1993. 36. Riggs R, Bale S. Management of necrotic wounds as a complication of histiocytosis X. Journal of Wound Care. 1993 1993;2(5):260-1. 23. Mitchell E. Keeping leg ulcers moist. Nurs Times. 1990 9/19/1990;86(38):67-8. 24. Benbow M, Pearce C. The care of an infant with homozygous protein C deficiency. Journal of Wound Care. 1994 1994;3(1):21-4. 25. Hollinworth H. Managing a patient with an infected foot ulcer. Journal of Wound Care. 1993 1993;2(1):22-6. 26. Meier L. Treatment of a patient with an amputation above the left knee [Poster] 1994. 27. Todd M. The use of an amorphous hydrogel in the management of granulating wounds. Poster at Woundcare Society Meeting, Harrogate, UK, November 1994. 28. Ricci E, Barberid S, Ferraris S, Anselmetti G. The treatment of fistulae with INTRASITE Gel; Interim results [Poster] 1993. 29. Cassino R, Ricci E, Carusone A. Management of heavily exuding wounds requiring debridement [Poster] 1997. 30. Gethin G, Cowman S. Manuka Honey vs. Hydrogel—a prospective, open label, multicenter, randomized controlled trial to compare desloughing efficacy and healing outcomes in venous ulcers. J Clin Nurs. 2009 2/2009;18(3):466-74.

## IRUXOLUM<sup>◇</sup> MONO

### Monopräparat zur Wundreinigung



✓	Schnelle Wundreinigung
✓	Förderung der Granulation und Epithelisierung
✓	Einfache Anwendung (1x täglich eine 2 mm dicke Schicht auftragen)

\* IRUXOLUM MONO \*\* apotheken- und verschreibungspflichtig

Zusammensetzung: Wirkstoff: Aufgearbeitetes Filtrat von Clostridium histolyticum mit Clostridiopeptidase A 1,2 I.E., andere Proteasen 0,24 I.E. pro 1 g Salbe. Sonstige Bestandteile: Dickflüssiges Paraffin, weißes Vaseline. Anwendungsgebiete: Zur enzymatischen Reinigung kutaner Ulzera von nekrotischem Gewebe. Gegenanzeigen: Absolute: Patienten mit Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder gegen einen der sonstigen Bestandteile des Arzneimittels. Relative: IRUXOLUM MONO bei Ulzera mit starken Infektionen nicht ohne eine begleitende systemische Antibiotikatherapie anwenden. Bei Verbrennungen sollte ohne Konsultation eines Verbrennungsspezialisten nicht mehr als 10 % der Körperoberfläche behandelt werden. Warnhinweise /Vorsichtsmaßnahmen: Tyrothricin, Gramicidin und Tetracykline nicht zusammen mit IRUXOLUM MONO lokal anwenden. Kontakt mit den Augen und Schleimhäuten vermeiden. Bei Diabetikern trockene Gangrän vorsichtig befeuchten, um den Übergang zu feuchten Gangränen zu vermeiden. Schwangerschaft: Anwendung im 1. Trimenon nur bei strenger Indikationsstellung. Stillzeit: Übergang in die Muttermilch unwahrscheinlich. Nebenwirkungen: Häufig können Hautreizungen oder Kontaktdermatitis auftreten. Gelegentlich können Schmerzen, Erytheme oder Brennen im Wundgebiet auftreten. Verschreibungspflichtig. Weitere Informationen siehe Fachinformation bzw. Gebrauchsinformation. Inhaber der Zulassung: Smith & Nephew GmbH, Friesenweg 4, Haus 21, 22763 Hamburg; Stand: April 2019



## VERSAJET<sup>◇</sup> II Hydrochirurgie-System



VERSAJET reduziert die Notwendigkeit einer radikalen Wundexzision und erleichtert stattdessen die Entfernung von Nekrosen und sonstigem unerwünschten Material von der Wundoberfläche, sodass mehr lebensfähiges Gewebe erhalten bleibt.<sup>1-3</sup>

### Ermöglicht dem Chirurg folgendes:



Erhaltung von lebensfähigem Gewebe und Reduzierung der Anzahl der Debridements<sup>1-3</sup>



Wirksame Entfernung eingebetteter Kontaminanten, die eine Keimzelle für Infektionen sein könnte<sup>1-4</sup>



Bilden eines glatten Wundbettes, welches die Aufnahme eines Transplantats erleichtern kann<sup>5</sup>

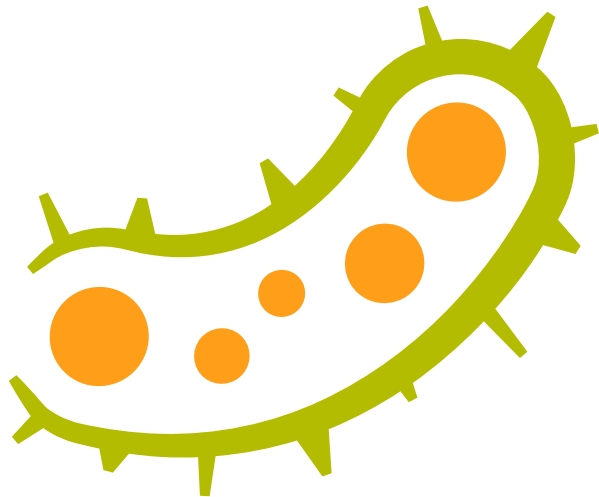
1. Granick MS et al, "Efficacy and cost-effectiveness of a high-powered parallel waterjet for wound debridement", Wound Repair & Regeneration, 2006, 14, 394-397. 2. Granick MS et al, "Toward a common language: surgical wound bed preparation and debridement", Wound Repair & Regeneration, 2006, 14, S1-S10. 3. Cubison CS et al, "Dermal preservation using the Versajet hydrosurgery system for debridement of pediatric burns", Burns, 2006, 32, 714-720. 4. Chammas MF, Gurunluoglu R, Carlsen SN, et al. Surgical debridement of mineral pitch and nonviable penile tissue using water-jet power: a preliminary report. BJU International 2008;103(7):974-976. 5. Vanwijck R, Kaba L, Boland S, et al. Immediate skin grafting of sub-acute and chronic wounds debrided by hydrosurgery. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. 2010;63:544-549.

## Klinische Anzeichen und Symptome einer Infektion<sup>1</sup> (Clinical sign and symptoms of infection, CSI)

Lokale Infektion (sekundär)	Sich ausbreitende Infektion (klassisch/akut)
Neue, verstärkte oder veränderte Schmerzen <sup>†</sup>	Wie bei lokaler Infektion, plus:
Verzögerte oder stockende Heilung <sup>†</sup>	Wundzersetzung <sup>†</sup>
Die Wunde umgebendes Ödem	Sich vom Wundrand ausdehnendes Erythem
Problem eines blutenden oder "krümeligen" (leicht zu beschädigenden) Granulationsgewebes	Sich in den Bereich der Wundumgebung ausbreitende Krepitation, Wärme oder Verfärbung
Ausgeprägter Wundgeruch oder Änderung des Geruchs	Lymphangitis
Verfärbung des Wundbettes	Unwohlsein oder sonstige unspezifische Verschlechterung des Allgemeinzustands vom Patienten
Verstärktes oder verändertes/eitriges Exsudat	–
Verhärtung (vermehrtes Bindegewebe)	–
Taschenbildung	–
Brückenbildung	–

<sup>†</sup>Jeweils hohe Indikation einer Infektion. Eine Infektion ist auch bei Vorhandensein eines oder mehr der anderen aufgeführten Anzeichen äußerst wahrscheinlich

## Anzeichen und Symptome für einen Biofilm



- ✓ Wiederkehrende Infektion
- ✓ Antimikrobielle Therapie zeigt keinen Erfolg
- ✓ Verzögerte Wundheilung
- ✓ Infektionssymptome sind möglicherweise weniger offensichtlich
- ✓ Laborkultur zu Identifikation negativ
- ✓ Immunreaktion auf Biofilm; niedriger Entzündungsgrad und Schädigung von umliegendem Gewebe

# ACTICOAT<sup>◇</sup>

## Antimikrobielle Wundauflage mit einzigartiger Technologie



Unser ACTICOAT Sortiment beginnt in nur 30 Minuten mit der Abtötung von Keimen<sup>1-4</sup>

Mit einer kontinuierlichen Wirkung von bis zu sieben Tagen bei ACTICOAT Flex 7 Verbänden<sup>9,10,13,15</sup>, sowie bis zu drei Tagen bei ACTICOAT Flex 3.<sup>3,14</sup>



Schnell wirkend<sup>1-4</sup>



Breites Wirkspektrum auch gegen antibiotikaresistente Bakterien, inklusive MRSA, VRE<sup>18,19</sup>



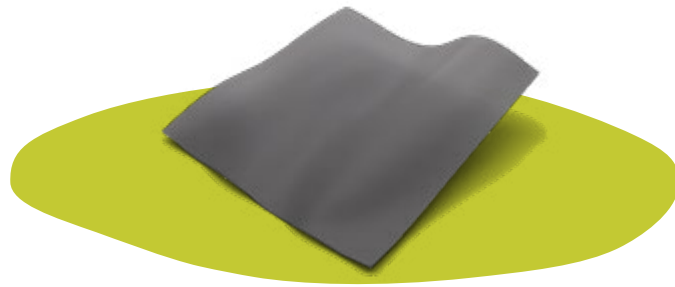
Kontinuierliche Wirkung für bis zu 3 oder 7 Tage<sup>9,10,13-17</sup>

1 of 4

1. Skog E, Arnesjo B, Troeng T, et al. A randomised trial comparing cadexomer iodine and standard treatment in the outpatient management of chronic venous ulcers. *Br J Dermatology* (1983) 109, p77-83. 2. Sundberg J, Meller R. A retrospective review of the use of cadexomer iodine in the treatment of chronic wounds. *Wounds* (1997) 9(3), p68-86. 3. Troeng T, Skog E, Arnesjo B, et al. In Cadexomer Iodine, Fox JA, Fischer H (eds) (1983) p43-50. 4. Holloway GA, Johansen KH, Barnes RW, et al. Multicenter trial of cadexomer iodine to treat venous stasis ulcer. *West J Med* (1989, Jul) 151, p35-38. 5. Ormiston MC, Seymour MTJ, Venn GE, et al. A randomised comparison of cadexomer iodine and a standard treatment in out-patients with chronic leg ulcers. In Cadexomer Iodine, Fox JA, Fischer H (eds) (1983) p63-69. 6. Hansson C. The effects of cadexomer iodine paste in the treatment of venous leg ulcers compared with hydrocolloid dressing and paraffin gauze dressing. *Int J Dermatology* (1998) 37, p390-396. 7. Moberg S, Hoffman L, Grenner M, et al. A randomised trial of cadexomer iodine in decubitus ulcers. *J Am Geriatrics Soc* (1983) 31, p462-465. 8. Lindsay G, Latta D, Lyons KGB, et al. A study in general practice of the efficacy of cadexomer iodine in venous leg ulcers treated on alternate days. *Acta Therapeutica* (1986) 12, p141-148. 9. Johnson A. A combative healer with no ill effect. IODOSORB® in the treatment of infected wounds. *Professional Nurse* (Oct 1991) p60-64. 18. Smith & Nephew Wound Management, Data on file report 0810016, Antimicrobial activity of ACTICOAT FLEX against a broad spectrum of wound pathogens, Driffeld K, October 2008. 19. Smith & Nephew Wound Management, Data on file report 0810012, Antimicrobial activity of ACTICOAT FLEX 7 against a broad spectrum of wound pathogens, Driffeld K, October 2008.

# ACTICOAT<sup>◇</sup>

## Antimikrobielle Wundauflage

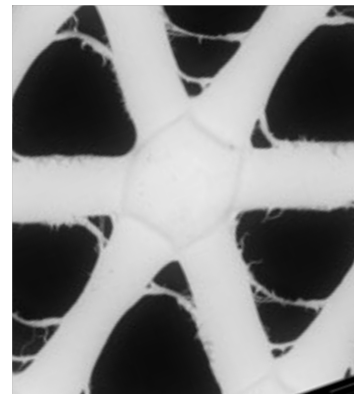
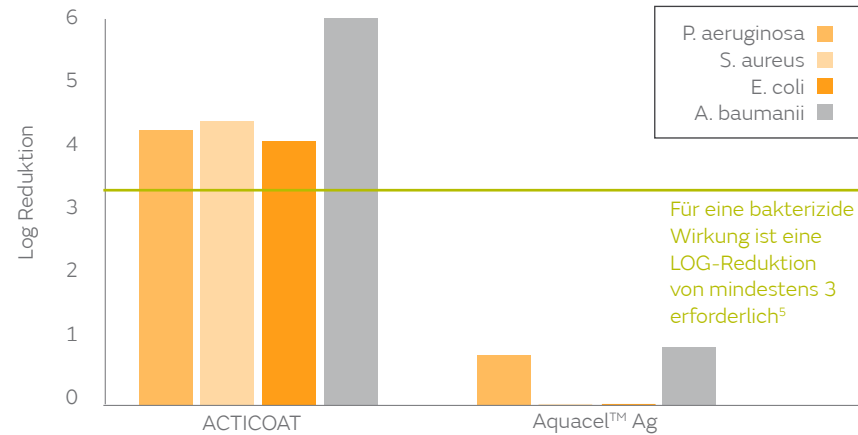


Picture indicates ACTICOAT<sup>◇</sup> FLEX 3

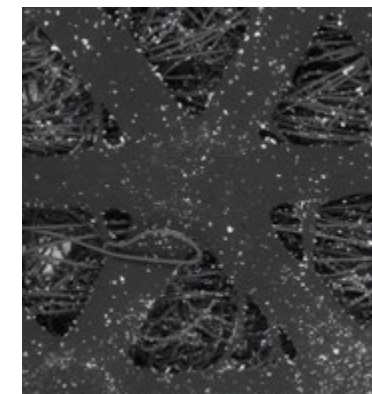
### Die Kraft mit hochdosiertem Silber

ACTICOAT weist eine einzigartige Struktur<sup>1</sup> mit einem großen Oberflächenbereich an Silber auf, sodass bakterizides Silber<sup>2</sup> in Kontakt mit Wundflüssigkeit kommen kann.

Bei Silberverbänden mit niedriger Dosierung besteht das Risiko, dass sie inaktiv werden, wenn sich das Silber an andere Wundflüssigkeitskomponenten bindet, und nur wenig bis kein Ag<sup>+</sup> zur Abtötung von Bakterien verfügbar ist, welches das Risiko einer Wundinfektion erhöht.<sup>3</sup>



Druchgehende Silberbeschichtung von ACTICOAT - 140-fache Vergrößerung<sup>6</sup>



Weniger dichte Silberbeschichtung - 140-fache Vergrößerung<sup>6</sup>

1. Wright JB, et al. (1998) Wound management in an era of increasing bacterial antibiotic resistance: A role for topical silver treatment, American Journal of Infection Control: 26(6):572-577. 2. Driffield K. Antimicrobial activity of ACTICOAT Flex 7 against a broad spectrum of wound pathogens. Data on file 0810012, Smith+Nephew. 3. Upton D. (2010) Pain and stress as contributors to delayed wound healing. Wound Practice and Research. 5. Gago M, et al. (2008) A comparison of Three Silver – containing Dressings in the Treatment of Infected, Chronic Wounds 20(10): 273-278. 6. Daubney L. Silver Release Testing of ACTICOAT Flex 7 Dressings. Report reference DS/08/062/R2.

# ACTICOAT<sup>◇</sup>

## Antimikrobielle Wundauflage



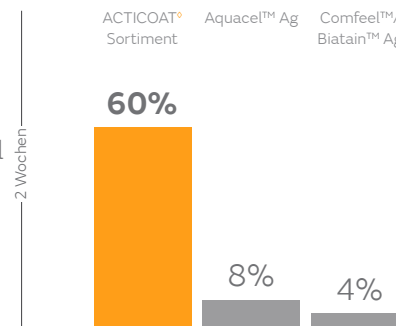
### Schnell wirkend

**Tötet Bakterien innerhalb von 30 Minuten (in vitro)<sup>1-4</sup>**

### In einer klinischen Studie

wurde nachgewiesen, dass der ACTICOAT Verband bei 60% der Wunden innerhalb von zwei Wochen alle Anzeichen und Symptome einer Infektion beseitigte.<sup>5</sup>

% der Wund ohne klinische Anzeichen einer lokalen Infektion nach 2 Wochen<sup>5</sup>



### Breites Wirksamkeitsspektrum

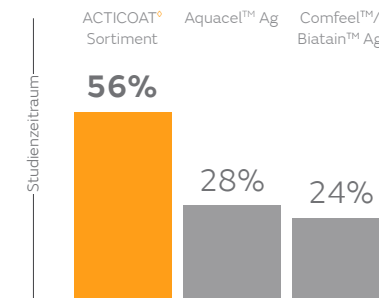
**Wirksam gegen mehr als 150 Pathogene:**

darunter Wundpathogene wie grampositive Bakterien, gramnegative Bakterien, Hefen und Pilze (in vitro).<sup>1,2,7,8,10,11,13</sup>

### In einer klinischen Studie

Mit dem ACTICOAT Verband behandelte Patienten lag die Wahrscheinlichkeit einer Heilung während der Studie fast dreimal höher als bei Patienten, die mit anderen Silberverbänden behandelt wurden.<sup>5</sup>

% der Wund ohne klinische Anzeichen einer lokalen Infektion nach 2 Wochen<sup>5</sup>



ACTICOAT Flex 7

**Wirkt anhaltend bis zu 7 Tage<sup>6-8,14</sup>**

ACTICOAT Flex 3

**Wirkt anhaltend bis zu 3 Tage<sup>9-11,15</sup>**

Aus Patientenperspektive reduzieren weniger Verbandwechsel Stress und Traumata. Die Einschränkung von Störungen der Wunde kann ebenfalls zu einer schnelleren Heilung führen.<sup>12</sup>

1. Wright JB, et al. (1998) Wound management in an era of increasing bacterial antibiotic resistance: A role for topical silver treatment, American Journal of Infection Control: 26(6):572-577. 2. Wright JB, et al. (1998) Efficacy of topical silver against fungal burn wound pathogens, American Journal of Infection Control (1999); 27(4): 344-350. 3. Driffield K. ACTICOAT Flex 3 has antimicrobial activity in 30 minutes. Data on file 0810018, Smith+Nephew. 4. Driffield K. ACTICOAT Flex 7 has antimicrobial activity in 30 minutes. Data on file 0810014, Smith+Nephew. 5. Gago M, et al. (2008) A comparison of Three Silver – containing Dressings in the Treatment of Infected, Chronic Wounds 20(10): 273-278. 6. Westaim Report Ref. #010322. Seven Day Efficacy of ACTICOAT 7 Dressings Against Multiple Organisms. 7. Driffield K. Antimicrobial activity of ACTICOAT Flex 7 against a broad spectrum of wound pathogens. Data on file 0810012, Smith+Nephew. 8. Driffield K. Antimicrobial activity of ACTICOAT Flex 7 dressings in a seven-day repeat challenge. Data on file 0810013, Smith+Nephew. 9. Westaim Report Ref: # 971030. The Antimicrobial Activity of Westaim's ACTICOAT Silver Coated Dressing against Clinically Relevant Organisms over an Extended Period of Time. 10. Driffield K. Antimicrobial Activity of ACTICOAT Flex 3 against a Broad Spectrum of Wound Pathogens. Data on File reference 0810016. 11. Driffield K. Antimicrobial activity of ACTICOAT Flex 3 in a three-day repeat challenge. Data on file 0810017, Smith+Nephew. 12. Upton D. (2010) Pain and stress as contributors to delayed wound healing. Wound Practice and Research. 13. Westaim (Sherritt) Report Ref: 93/001. Broad Spectrum Efficacy. 14. Daubney, L. Silver Release Testing of ACTICOAT Flex 7 Dressings. Report reference DS/08/062/R2. 15. Daubney, L. Silver Release Testing of ACTICOAT Flex 3 Dressings. Report reference DS/08/078/R2.



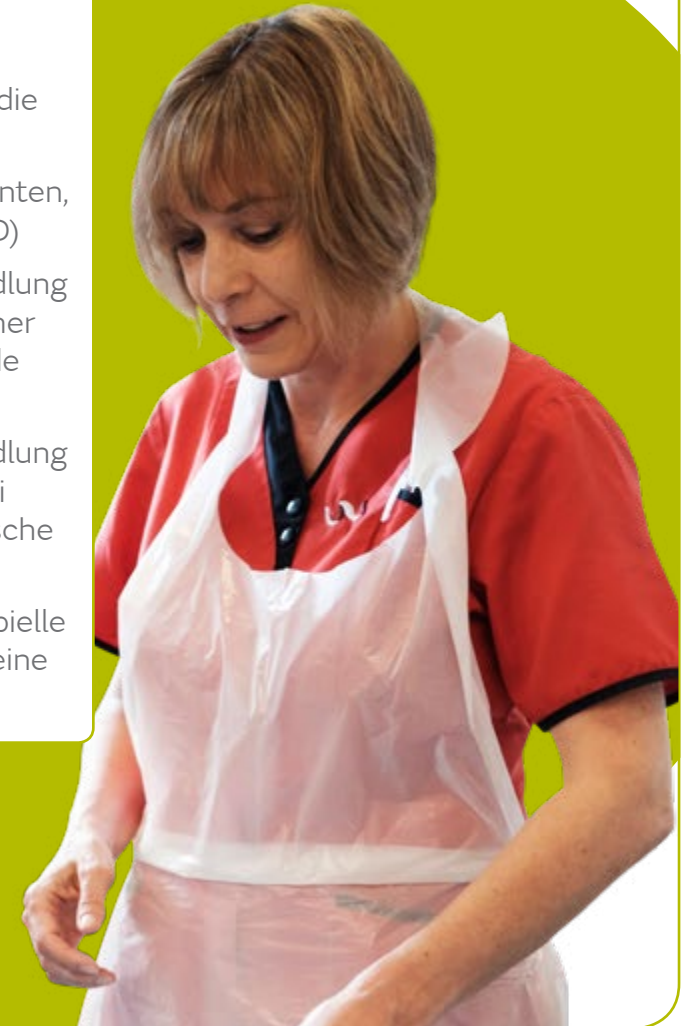
ACTICOAT<sup>◇</sup>

## 2 Wochen-Challenge

Antimikrobielle Verbände anfänglich für die Dauer von 2 Wochen empfohlen

Nach 2 Wochen beurteilen Sie den Patienten, die Wunde (A,B,C) und die Behandlung (D)

- Setzen Sie die antimikrobielle Behandlung ab, wenn die klinischen Anzeichen einer Infektion behoben sind und die Wunde Fortschritte bei der Heilung macht
- Setzen Sie die antimikrobielle Behandlung fort, wenn die Wunde Fortschritte bei der Heilung macht, jedoch noch klinische Anzeichen einer Infektion vorliegen
- Ziehen Sie eine alternative antimikrobielle Behandlung in Betracht, wenn sich keine Besserung zeigt



## IODOSORB<sup>◇</sup> 0,9% Cadexomer Iod Verband



✓	IODOSORB mit intelligenter Cadexomer-Mikroperlen-Technologie hat reifen Biofilm nachweislich physisch aufgehoben <sup>1-4</sup>
✓	IODOSORB Doppelwirkung kann die Schutzmatrix des Biofilms aufbrechen und die Bakterien darin abtöten <sup>4,5-10</sup>
✓	Bei einer Metaanalyse von Daten aus einer randomisierten kontrollierten Studie wurde hervorgehoben, dass Cadexomer-Iod bei venösen Beingeschwüren höhere Heilungsraten erzeugt als die Standardversorgung <sup>11-12</sup>

### IODOSORB: Evidenzgesicherte Wirksamkeit

1 of 4

1. Fitzgerald DJ, Renick PJ, Forrest EC, et al. Cadexomer iodine provides superior efficacy against bacterial wound biofilms in vitro and in vivo. *Wound Repair Regen.* 2017;25(1):13-24. 2. Phillips PL, Yang Q, Davis S, et al. Antimicrobial dressing efficacy against mature *Pseudomonas aeruginosa* biofilm on porcine skin explants. *Int Wound J.* 2015;12(4):469-483. 3. Schultz G, Qingpin Y. Microbicidal Effects of Three Daily Treatments of a Carboxymethylcellulose Silver Dressing or a Cadexomer Iodine on Mature Bactericidal Biofilms Grown on Pig Skin Explants. 2016; Florence. 4. Roche ED, Woodmansey EJ, Yang Q, et al. Cadexomer iodine effectively reduces bacterial biofilm in porcine wounds ex vivo and in vivo. *Int Wound J.* 2019;1-10 [in press]. 5. Akiyama H, Oono T, Saito M, Iwatsuki K. Assessment of Cadexomer iodine against *Staphylococcus aureus* Biofilm In vivo and In vitro Using Confocal Laser Scanning Microscopy. *The Journal of Dermatology.* 2004;31:529-534. 6. Fitzgerald DJ, Renick PJ, Forrest EC, et al. Cadexomer iodine provides superior efficacy against bacterial wound biofilms in vitro and in vivo. *Wound Repair Regen.* 2017;25(1):13-24. 7. Phillips PL, Yang Q, Davis S, et al. Antimicrobial dressing efficacy against mature *Pseudomonas aeruginosa* biofilm on porcine skin explants. *Int Wound J.* 2015;12(4):469-483. 8. Oates JL, Phillips CD, Wolcott R, Woodmansey E. Effect of a Cadexomer Iodine Wound Dressing on a Chronic Wound Multi-Species Biofilm Model with Comparison to a Silver Hydrofiber Antibiofilm Dressing. 2016. 9. Hill KE, Malic S, Mckee R, et al. An in vitro model of chronic wound biofilms to test wound dressings and assess antimicrobial susceptibilities. *J Antimicrob Chemother.* 2010;65(6):1195-1206. 10. Kiamco MM, Atci E, Mohamed A, Call DR, Beyenal H. Hyperosmotic Agents and Antibiotics Affect Dissolved Oxygen and pH Concentration Gradients in *Staphylococcus aureus* Biofilms. *Appl Environ Microbiol.* 2017;83(6). 11. O'Meara S, Al-Kurdi D, Ologun Y, Ovington LG, Martyn-St James M, Richardson R. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014(Issue 1 Art. No.: CD003557). 12. O'Meara S, Al-Kurdi D, Ologun Y, Ovington LG. Antibiotics and antiseptics for venous leg ulcers (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2010(Issue 1 Art. No.: CD003557).



# IODOSORB<sup>◇</sup>

## 0,9% Cadexomer Iod Verband

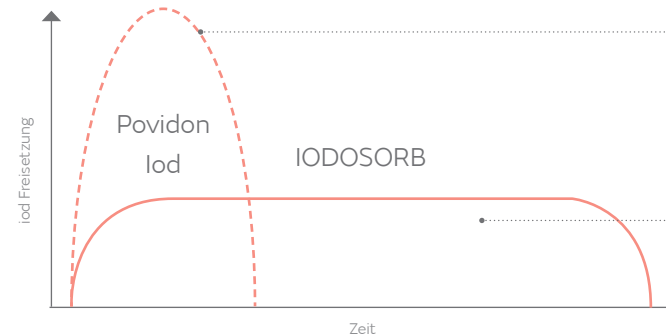


### Intelligente Cadexomer Mikroperlen Technologie



IODOSORB ist ein neuer antimikrobieller Verband aus intelligenten Cadexomer Mikroperlen. Kugelförmige Stärkestrukturen sind mit 0,9%-igen elementaren Iod geladen.

Das Iod ist physisch an die Perle gebunden und wird erst freigesetzt, wenn die Perle mit Wundflüssigkeit in Kontakt kommt.<sup>1-3</sup>



Ältere Iodrezepturen wie z.B. Providon-Iod geben hohe und kurzlebige Dosen ab<sup>4</sup>

Die intelligente Cadexomer Mikroperlen Technologie nutzt die Wirksamkeit von Jod, indem sie es in wirksamen, kontinuierlichen niedrigen Konzentrationen abgibt<sup>1-3</sup>

Zu Illustrationszwecken, nicht basierend auf tatsächlichen Daten

# IODOSORB<sup>◇</sup> 0,9% Cadexomer Iod Verband



## Anti-Biofilm-Wirkmechanismus



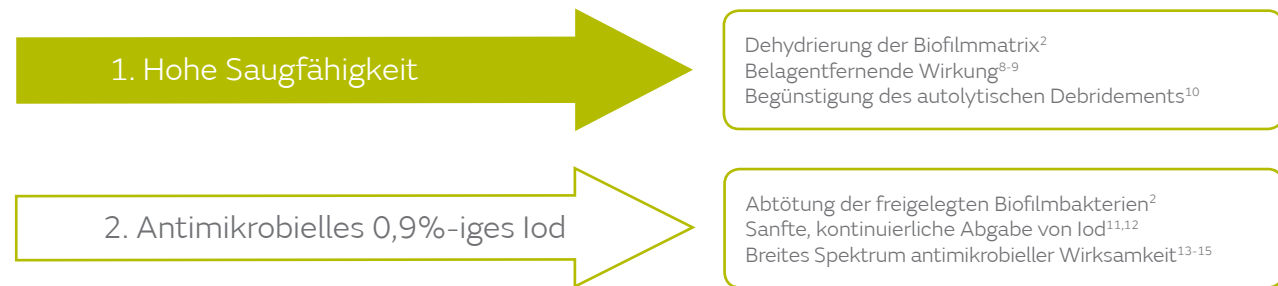
Es wird vermutet, dass die Cadexomer Mikroperlen die Biofilmstruktur dehydrieren und direkt zerstören können.<sup>1</sup>

## Doppelwirkung zum Aufbrechen von Biofilm<sup>1-7</sup>



Sobald die Cadexomer-Perlen die spezifische Biofilmmatrix aufbrechen können, kann das Jod die exponierten Bakterien in der Biofilmgemeinschaft anschließend abtöten.<sup>1</sup>

Die einzigartige Doppelwirkung von IODOSORB ist besonders wirksam beim Aufbrechen von Biofilm:<sup>1-7</sup>

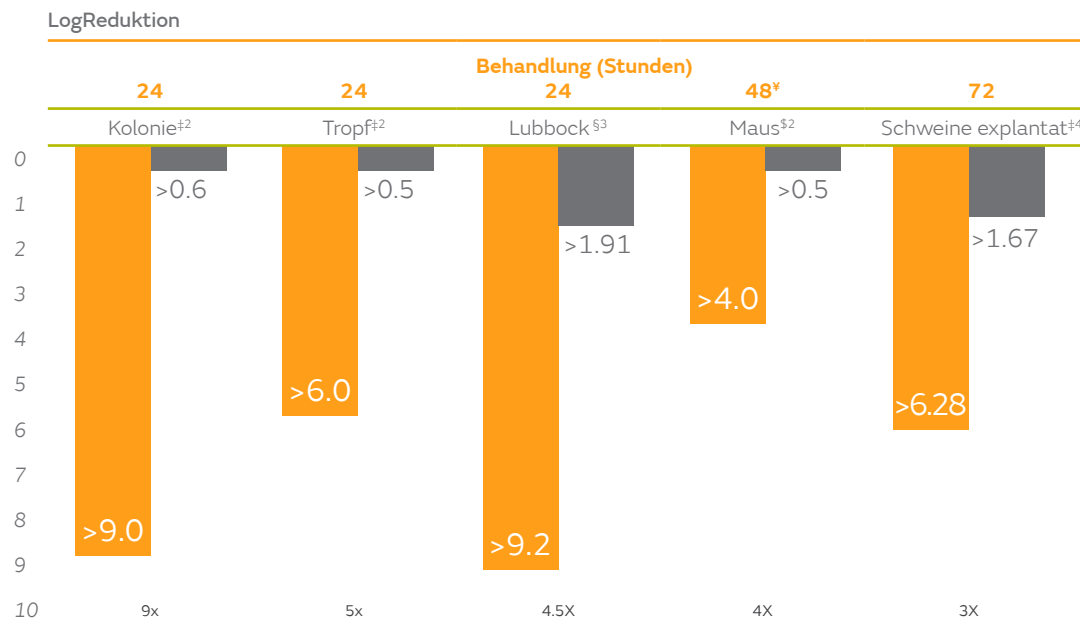
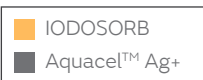


1. Roche ED, Woodmansey EJ, Yang Q, et al. Cadexomer iodine effectively reduces bacterial biofilm in porcine wounds ex vivo and in vivo. *Int Wound J.* 2019;1-10 [in press]. 2. Akiyama H, Oono T, Saito M, Iwatsuki K. Assessment of Cadexomer Iodine against Staphylococcus aureus Biofilm In vivo and In vitro Using Confocal Laser Scanning Microscopy. *The Journal of Dermatology.* 2004;31:529-534. 3. Fitzgerald DJ, Renick PJ, Forrest EC, et al. Cadexomer iodine provides superior efficacy against bacterial wound biofilms in vitro and in vivo. *Wound Repair Regen.* 2017;25(1):13-24. 4. Phillips PL, Yang Q, Davis S, et al. Antimicrobial dressing efficacy against mature Pseudomonas aeruginosa biofilm on porcine skin explants. *Int Wound J.* 2015;12(4):469-483. 5. Oates JL, Phillips CD, Wolcott R, Woodmansey E. Effect of a Cadexomer Iodine Wound Dressing on a Chronic Wound Multi-Species Biofilm Model with Comparison to a Silver Hydrofiber Antibiofilm Dressing. 2016. 6. Hill KE, Malic S, Mckee R, et al. An in vitro model of chronic wound biofilms to test wound dressings and assess antimicrobial susceptibilities. *J Antimicrob Chemother.* 2010;65(6):1195-1206. 7. Kiamco MM, Atci E, Mohamed A, Call DR, Beyenal H. Hyperosmotic Agents and Antibiotics Affect Dissolved Oxygen and pH Concentration Gradients in Staphylococcus aureus Biofilms. *Appl Environ Microbiol.* 2017;83(6). 8. Ormiston MC, Seymour MTJ, Venn GE, Cohen RI, Fox JA. Controlled trial of Iodosorb<sup>®</sup> in chronic venous ulcers. *British Medical Journal.* 1985;291:308-310. 9. Hansson C, Persson L-M, Stenquist B, et al. The effects of cadexomer iodine paste in the treatment of venous leg ulcers compared with hydrocolloid dressing and paraffin gauze dressing. *International Journal of Dermatology.* 1998;37(390-396). 10. Troeng T, Skog E, Arnesjo B, et al. A Randomised Multicentre Trial to Compare the Efficacy of Cadexomer Iodine and Standard Treatment in the Management of Chronic Venous Ulcers in Out-Patients. Stuttgart: Schattauer Verlag; 1983. 11. Skog E, Arnesjo B, Troeng T, et al. A randomized trial comparing cadexomer iodine and standard treatment in the out-patient management of chronic venous ulcers. *British Journal of Dermatology.* 1983;109:77-83. 12. Smith+Nephew data on file 2009; #091101. 13. Gottardi W. Disinfection, sterilization and preservation (ed. Block, S. S.) 152-166 (Lea and Febiger, 1991). 14. Cooper RA. Iodine revisited. *Int Wound J.* 4, 124-37 (2007). 15. Johnson A. A combative healer with no ill-effect Iodosorb in the treatment of infected wounds. *Prof. Nurse* 7, 60, 62, 64 (1991).

## Überlegene Wirksamkeit gegen Biofilm nachgewiesen in verschiedenen Labormodellen<sup>1-4</sup>

IODOSORB<sup>®</sup> hat sich seit langer Zeit als wirksame Behandlung von Biofilm mit überlegenen Ergebnissen gegenüber anderen topischen antimikrobiellen Wirkstoffen, wie z.B. PHMB, Silber und Providon-Iod, bewährt.<sup>5</sup>

In Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Biofilmexperten bezüglich der Auswahl eines wirksamen Antibiofilm-Verbands wurde IODOSORB getestet und hat sich in fünf herausfordernden und klinisch relevanten Biofilm-Modellen als wirksamer als Aquacel<sup>™</sup> Ag+ erwiesen.<sup>1-3</sup>



Überlegende Wirkung von IODOSORB<sup>®</sup> auf in vitro- und Tierbiofilm-Modelle, verglichen mit vielen anderen topischen Antimikrobiotika<sup>1</sup>

<sup>‡</sup> Staphylococcus aureus mature biofilms; <sup>§</sup> MRSA biofilms; <sup>§</sup> Mixed bacterial cultures. Pseudomonas aeruginosa PA01, Staphylococcus aureus Mu50, and Enterococcus faecalis V583; <sup>¥</sup> Treatment every 24 h for 48 h total. 1. Phillips, et al. Int W J. 12: 469-83 (2013) 2. Fitzgerald DJ, et al. Wound Repair Regen. 25: 13-24 (2016); 3. Oates JL, et al. Poster presented at SAWC, Atlanta.(2016); 4. Schultz G, Yang. Poster presented at WUWHS Florence (2016) N.B. Values in red indicate the number of times more effective IODOSORB was demonstrated to be compared to Aquacel Ag+ in that test model.

## Warum wirkt Silber nicht gegen Biofilm?

Aufgeladene Ionen, wie z.B. Silber oder Chloride, werden von der Matrix der extrazellulären polymeren Substanzen leichter neutralisiert.<sup>5</sup>

Darüber hinaus wird die zur Ausmerzungen von Biofilm erforderliche Silberkonzentration auf 10- bis 100-mal höher als die Ausmerzungen von planktonischen Bakterien verwendete geschätzt.<sup>6</sup> Solche Konzentrationen sind derzeit nicht in einem Silberverband verfügbar.

## DURAFIBER<sup>◇</sup> Ag

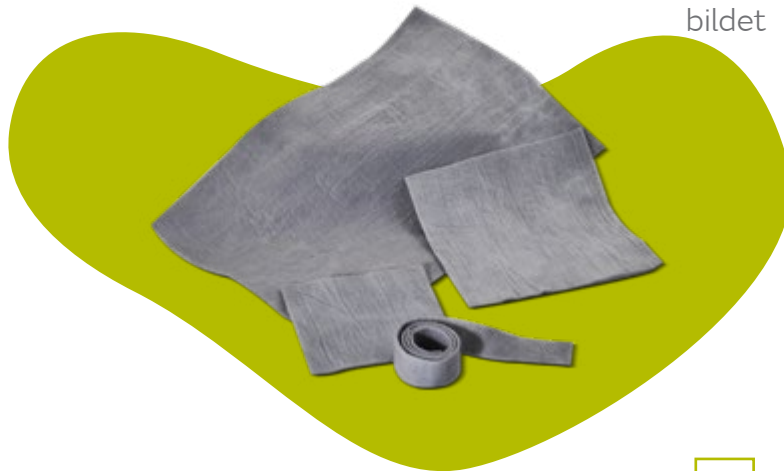
### Stark in Leistung und Design

20% + 80% = 100%

Natürlich stärkende  
Cellulose Fasern

gelbildende Cellulose-  
Ethylsulfonat Fasern (CES)

feingewebte Matrix, die  
bei Kontakt mit Exsudat  
ein weiches, kohäsives Gel  
bildet



1 of 3

#### Indikationen

DURAFIBER Ag wurde für eine  
Verbandliegezeit von bis zu 7 Tagen<sup>2-4</sup>  
entwickelt.

Er kann auf chronische und akute  
Wunden aufgelegt werden, darunter:

- Beingschwüre
- Dekubitus
- Diabetisches Fußsyndrom
- Operationswunden
- Traumatische Wunden
- Tunnelwunden
- Verbrennungen zweiten Grades
- Wunden, die nach dem  
Debridement zur Blutung neigen



DURAFIBER Ag Sortiment





# DURAFIBER<sup>◇</sup> Ag

## Für Patientenbedürfnisse entwickelt

Einige Wunden benötigen einen Verband, der wirksam, leicht zu applizieren und für den Patienten angenehm ist




### Schnelle und hoch saugfähige Eigenschaften<sup>1,2</sup>

-  Saugt<sup>1,2</sup> und hält<sup>5</sup> Flüssigkeit - sogar unter Druck
-  Schließt Exsudat<sup>1,3,6</sup> und jegliche pathogenen Bakterien<sup>7</sup> im Verband ein
-  Silbertechnologie mit antimikrobieller Aktivität<sup>8-10</sup>
-  Minimale Schrumpfung<sup>1-2</sup> für sofortige<sup>11</sup> Anpassung an das Wundbett<sup>3,12</sup>

### Für optimalen Patientenkomfort entwickelt<sup>3</sup>

-  Angenehm für den Patienten<sup>3</sup>
-  Schnelle Gelbildung<sup>1,2</sup> sorgt bei Kontakt mit Flüssigkeit für ein kühles Gefühl<sup>3</sup>
-  Leicht aufzulegen<sup>3</sup>
-  Entfernung in einem ganzen Stück dank der hohen Reißfestigkeit bei Nässe<sup>1-4</sup>

### Schnell wirkend

-  DURAFIBER Ag hat nachweislich innerhalb von 30 Minuten nach Kontakt begonnen, Pathogene abzutöten<sup>13</sup> und verfügt über eine antimikrobielle Aktivität, die bis zu 7 Tage wirksam ist.<sup>8</sup>

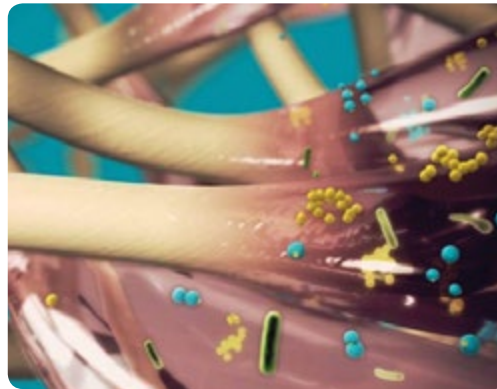
## DURAFIBER<sup>®</sup> Ag

### Wirkmechanismus der Gelbildung mit Silber

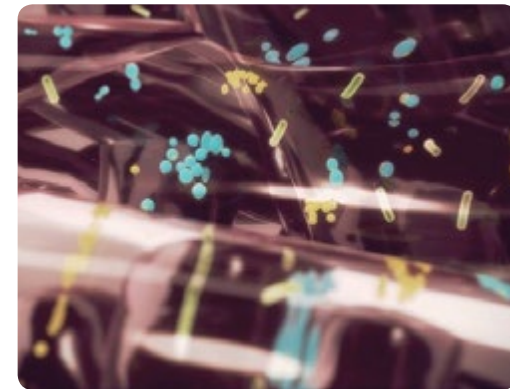
Kommt DURAFIBER Ag mit Exsudat in Kontakt, hydrieren die einzelnen Fasern und schwellen beim Aufsaugen von Wundflüssigkeit an, wobei sie eine weiche, kohäsive Gelschicht bilden.<sup>1,2</sup> Mit dem Anschwellen der Fasern schließen sie das aufgesaugte Exsudat ein<sup>4</sup> und die Silber enthaltende gelierte Verbandmatrix wirkt antimikrobiell. Dies hat sich (in vitro) bei einem breiten Spektrum an Bakterien, darunter auch der Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) und Pseudomonas aeruginosa als wirksam erwiesen.<sup>6-8</sup>



Vor der Anwendung



Gelbildung bei Kontakt mit Exsudat<sup>3</sup>



Schließt Exsudat<sup>1,3,4</sup> und möglicherweise enthaltende schädliche Bakterien<sup>5</sup> ein

1. Smith+Nephew Wound Management laboratory report, reference DS/16/341/R. Analytical and Physical Properties of DURAFIBER Ag Recipe E. Giaffar L, October 2016. 2. Smith+Nephew Wound Management laboratory report, reference DS/15/269/R. DURAFIBER Ag (Recipe E) Testing. Dowler A, December 2015. 3. Forlee M, Rossington A, Searle R. A prospective, open, multicentre study to evaluate a new gelling fibre dressing containing silver in the management of venous leg ulcers. Int. Wound J. 2014;11(4):438-45. 4. Smith+Nephew Wound Management laboratory report, reference DS/12/158/R2. Sequestration Testing of DURAFIBER Ag. Lidster C, April 2014. 5. Smith+Nephew Wound Management data on file report, reference 1412017. Visual demonstration of sequestration of Pseudomonas aeruginosa and Staphylococcus aureus in a DURAFIBER Ag dressing using confocal microscopy. Lumb H, December 2014. 6. Smith+Nephew Wound Management data on file report, reference 1510009. Antimicrobial activity of DURAFIBER Ag against bacteria, yeast and fungi commonly found in wounds over a 7 day period. Lumb H, October 2015. 7. Smith+Nephew Wound Management data on file report, reference 1510008. Antimicrobial activity of DURAFIBER Ag against a broad spectrum of wound pathogens. Lumb H, October 2015. 8. Smith+Nephew Wound Management data on file report, reference 15010010. Antimicrobial activity of DURAFIBER Ag against bacteria, yeast and fungi commonly found in wounds over a 4 hour period. Lumb H, October 2015.

# DURAMAX<sup>◇</sup>

## Superabsorbierender und keimbindender Wundverband



Absorbiert sehr hohe Mengen an Exsudat<sup>1,2</sup> und schließt dieses sicher im superabsorbierenden Kern ein<sup>3</sup>  
Sorgt für eine gleichmäßige Bindung des Exsudats und kann so vor Mazeration<sup>1,2</sup> schützen



Bindet Keime und entzündliche Proteasen, die die Heilung beeinträchtigen können<sup>4,5</sup>



Weniger Traumata beim Verbandwechsel dank Verklebungsschutz<sup>6</sup>  
Blaues Wäschevlies verhindert ein Durchdringen des Exsudats<sup>2</sup>

## ALLEVYN<sup>®</sup> LIFE Schaumverbände

✓	Halten bis zu 2x länger als andere Verbände <sup>1,2</sup>
✓	Fortschrittliches Einschließen von Exsudat, trägt zur Minimierung von Leckagen bei <sup>6,7</sup>
✓	Schloss, verglichen mit MEPILEX <sup>™</sup> Border Flex, unter Druck 1,9 mal mehr Exsudat ein <sup>8,9</sup>
✓	Mit Verbandwechselindikator



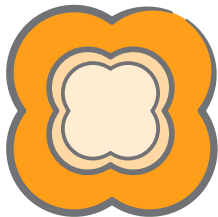
### Einzigartiges, fünflagiges Design

- Duschfester, hoch atmungsaktiver Topfilm<sup>3,4</sup>
- Integrierte diskrete Maskierungsschicht<sup>5</sup>
- Hoch saugfähiger Superabsorber-Verschlusskern<sup>6</sup>
- Hydrozellulärer Schaum
- Perforierte Silikon-Wundkontaktschicht<sup>7</sup>

1 of 2



## Mehr Patientenvertrauen bei gleichzeitiger Zeiteinsparung<sup>1,2</sup>



Die einzigartige Kleeblattform und der extra breite Haftrand ermöglichen eine gute Anpassung an alle Körperkonturen und geben dem Patienten Sicherheit, dass der Verband an Ort und Stelle bleibt



Die Maskierungsschicht minimiert die Sichtbarkeit des Exsudates nach außen, für ein sauberes Gefühl des Patienten auch nach mehreren Tagen



Der Superabsorber-Verschlusskern trägt dazu bei, die Angst vor Verbandsleckagen zu verringern und bietet Geruchskontrolle (in-vitro), auf die sich die Patienten verlassen können<sup>1,3,4</sup>

# ALLEVYN<sup>◇</sup> LIFE

## Non-Bordered Schaumverband

Entwickelt für vertikales Aufsaugen,<sup>1\*</sup> auch unter Druck<sup>2</sup>



### Höhere Saugfähigkeit

Saugt 48% mehr auf als Mepilex<sup>®</sup> XT<sup>3</sup> und 60% mehr als Mepilex<sup>4</sup> unter Druck<sup>‡§</sup>



### 84% der Patienten

Bei 84% der Patienten besseres Exsudatmanagement ggü. dem Versorgungsstandard<sup>||5</sup>



### 49% längere durchschnittliche Tragezeit

49% längere durchschnittliche Tragezeit als die üblichen Verbände des medizinischen Personals<sup>5</sup>

1 of 2

\*Based on proven performance on wound model data. ‡Based on *in vitro* data. §On average. ||In ALNB pilot evaluation with 29 patients vs clinicians' usual dressings.

1. Smith+Nephew data on file DS.16.469.R. ALLEVYN LIFE Non-Bordered Vertical Wound Model. 2. Smith+Nephew R&D Report Version 2 RD/17/097v2 - Technical description of dressing mode of action of ALLEVYN LIFE Non-Bordered. 3. Smith+Nephew data on file DS17.530.R Comparison of fluid absorption under compression between ALLEVYN LIFE Non-Bordered and Mepilex XT 2017. 4. Smith+Nephew data on file DS17.529.R. Comparison of fluid absorption under compression between ALLEVYN LIFE Non-Bordered and Mepilex 2017. 5. Smith+Nephew data on file 171103;10,20-22 Pilot study data summary.

# ALLEVYN<sup>®</sup> LIFE

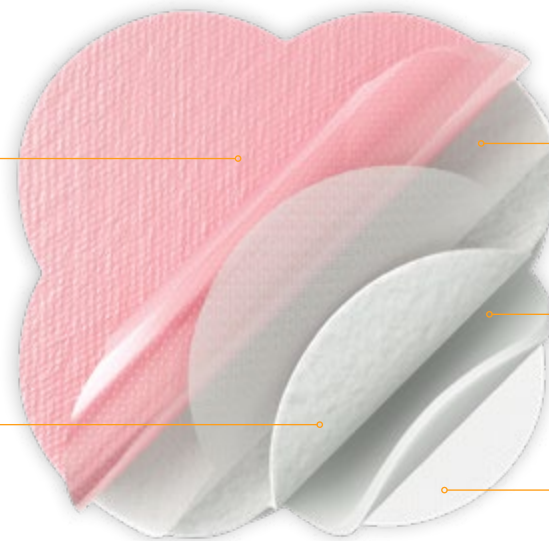
## Non-Bordered Schaumverband

Fünflagiges Design mit **Superabsorber-Verschlusskerntechnologie**, der Exsudat schnell und sicher einschließt<sup>1</sup>

Jede Lage von ALLEVYN LIFE Non-Bordered wurde für einen spezifischen Zweck entwickelt:

Blickdichte rosa Folie trägt zur **Verhinderung eines Bakterienaustritts bei**<sup>4</sup> und ist wasserdicht<sup>5</sup>

Superabsorber-Verschlusskern **schließt Flüssigkeit ein** und reduziert das Leckagerisiko<sup>2,3</sup>



Polyethylen-Netz gibt dem Verband **Struktur und Stabilität**

2 mm dickes ALLEVYN Schaumkissen **nimmt Flüssigkeit aus der Wunde und Wundumgebung auf** und leitet es an den Superabsorber-Verschlusskern weiter<sup>3</sup>

Perforierte Silikon-Wundkontaktschicht ist **sanft und für empfindliche Haut geeignet**<sup>3</sup>

\* When used with appropriate secondary retention

1. Smith+Nephew R&D Report Version 2 WMP/13/507 – Technical description of dressing mode of action of ALLEVYN LIFE Non-Bordered. 2. Smith+Nephew data on file DS17.530.R. Comparison of fluid absorption under compression between ALLEVYN LIFE Non-Bordered and Mepilex XT Smith+Nephew data on file DS.16.334 v2 ALLEVYN LIFE Non-Bordered Fluid Uptake Testing. 3. Rossington A, et al. Clinical performance and positive impact on patient wellbeing of ALLEVYN Life. *Wounds UK* 2013;9(4):91-5. 4. Data on file 1611018 (2016). Bacterial barrier testing of ALLEVYN Life Non-Bordered using modified wet/dry conditions. 5. Smith+Nephew data on file DS.16.328.R ALLEVYN Life Non-Bordered Physical Testing. 2017

ALLEVYN<sup>◇</sup>

## Gentle Border Schaumverband:

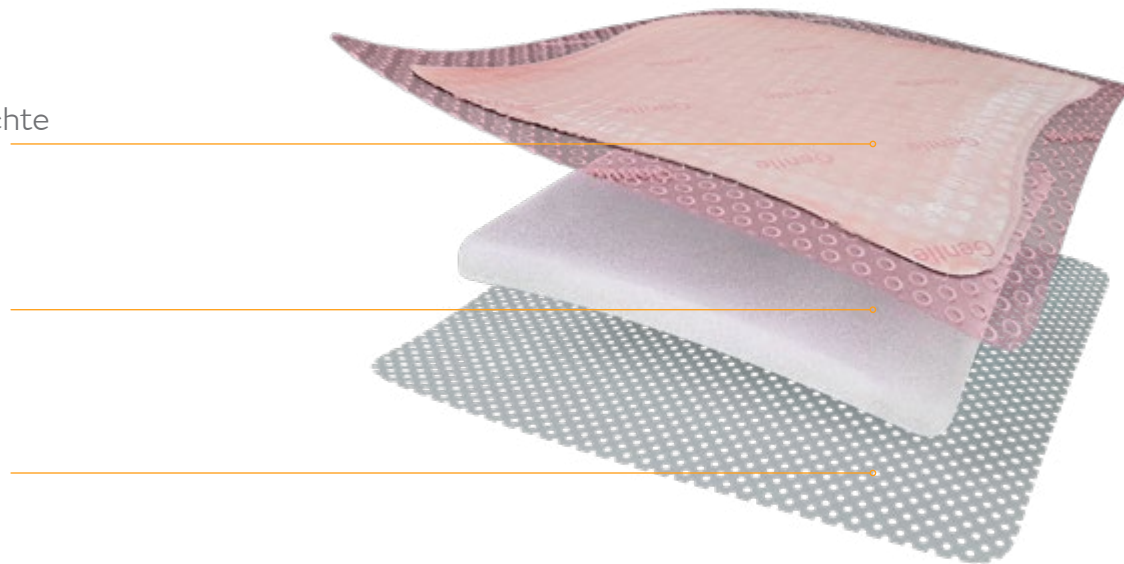
Das vielseitige, auf den Patienten ausgerichtete Design unterstützt Sie bei der Versorgung Ihres Patienten<sup>1,2</sup>

### Dreilagiger Verband

**Atmungsaktiver Topfilm** durch den Feuchtigkeit verdunsten kann und eine feuchte Wundheilungsumgebung, für optimale Wundheilung, gefördert wird<sup>4-7</sup>

**Hydrozelluläres Schaumkern-Kissen** zum Aufsaugen von Exsudat<sup>3</sup>

Wundkontaktschicht mit **sanfter Silikonhaftung** für eine einfache Applikation sowie minimale Schmerzen und Trauma für den Patienten beim Verbandwechsel<sup>4</sup>



1 of 2

## ALLEVYN<sup>◇</sup> Gentle Border: Minimiert nachweislich Verbandwechsel und bietet dem Patienten eine hohe Lebensqualität<sup>1,2,5,6</sup>



Anpassung an verschiedenste Wundbedürfnisse dank eines großen Sortiments an Formen und Größen



Einfaches Zuschneiden\*, dies bietet zusätzliche Flexibilität<sup>3</sup>



Die Elastizität in mehrere Richtungen ist bei schwierig zu verbindenden Konturen und beweglichen Stellen hilfreich<sup>4</sup>



Sanfte Silikonhaftung minimiert Schmerzen während des Verbandwechsels<sup>5-7</sup>

\*The bacterial properties of the dressing will be compromised if it is cut.

1. Rossington A, et al. Clinical performance and positive impact on patient wellbeing of ALLEVYN Life. Wounds UK 2013;9(4):91-5. 2. Joy H, et al. A collaborative project to enhance efficiency through dressing change practice. Journal of Wound Care 2015;24(7):312,314-7. 3. Data on File Report DS/12/127 - Odour reducing properties of ALLEVYN Life. 14 June 2012. 4. Smith & Nephew 20 June 2016. A Randomised Cross-Over Clinical Evaluation to Compare Performance of ALLEVYN Life and Mepilex® Border Dressings on Patient Wellbeing-Related Endpoints. Internal Report. CE/047/ALF

ALLEVYN<sup>®</sup>

## Gentle Border Lite Schaumverband

Geeignet für empfindliche Haut und schwer zu verbindende Bereiche<sup>1,2</sup>

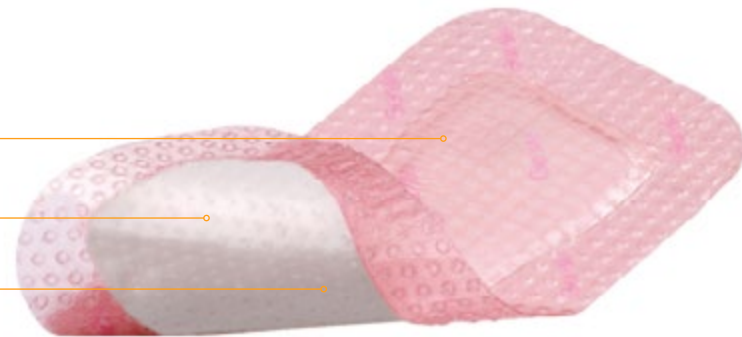
### Hoch anhmiegsamer<sup>2</sup>, dreilagiger Verband

- Passt sich problemlos an Körperkonturen und schwer zu verbindende Bereich wie Nase, Nacken, Schulter, Finger, Hals, Ferse und Abdomen an<sup>2</sup>
- Ideal für empfindliche Haut, dank sanfter Silikonhaftung und minimalen Schmerzen beim Verbandwechsel<sup>2</sup>

Atmungsaktiver Topfilm<sup>3</sup>

2 mm hydrozellulärer ALLEVYN Schaum

Sanft haftende Wundkontaktschicht aus Silikon<sup>4</sup>



# ALLEVYN<sup>◇</sup>

## Gentle Schaumverband

### Atmungsaktiver Topfilm<sup>1</sup>

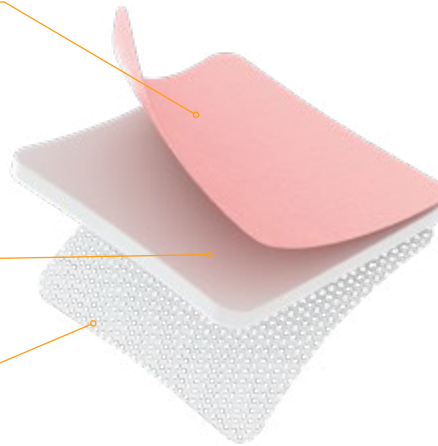
- Wasserabweisend<sup>1</sup>
- Trägt zur Vermeidung von Exsudat- und Bakterienaustritt bei\*<sup>1,4</sup>
- Wird bei Kontakt mit Exsudat durchlässig, sodass Feuchtigkeit durch den Topfilm abdampfen kann<sup>1</sup>

### Weiches<sup>3</sup> hydrozelluläres ALLEVYN Schaumkissen

- Hohe Saugfähigkeit<sup>1</sup>

### Sanfte<sup>5</sup> Silikon-Wundkontaktschicht

- Für die Verwendung auf empfindlicher Haut<sup>6,7</sup>
- Verhindert das Verrutschen des Verbands beim Anlegen<sup>9</sup>
- Lässt sich leicht und ohne Haftungsverlust repositionieren<sup>9</sup>
- Minimiert Wundtraumata und Schmerzen des Patienten beim Verbandwechsel<sup>9,10</sup>



### Für empfindliche Haut konzipiert<sup>6,7</sup>

Sanfte Silikonhaftung für empfindliche Haut<sup>5</sup>, die das Verrutschen des Verbands beim Anlegen<sup>7</sup> verhindert und Schmerzen beim Verbandwechsel reduziert<sup>9,10</sup>



### Hohe Saugfähigkeit<sup>1,11</sup>

Kann auch zähflüssiges Exsudat absorbieren<sup>15</sup> und behält die Absorptionsfähigkeit auch unter Druck<sup>1,12</sup>



### Vielseitig für Ihre Bedürfnisse<sup>1,2</sup>

Kann zugeschnitten werden, ist weich und anschmiegsam<sup>1,2</sup> sowie längs- und querelastisch. Daher geeignet für zahlreiche Wundtypen sowie für schwierige Körperstellen



### Fördert die schnelle Heilung<sup>1,13,14,15</sup>

Fördert die schnelle Heilung durch eine feuchte Wundumgebung, die die Granulation und Epithelisierung unterstützt<sup>1,13-15</sup>

\*Wie in-vitro nachgewiesen. References: 1. Smith+Nephew 2019. New ALLEVYN Gentle with Silicone Wound Contact Layer – Physical Properties. Internal Report. RD/19/083/V2 2. Smith+Nephew 2019. Project Peridot (ALLEVYN Gentle V2 with Alston Silicone WCL) Non-Specification Physical Testing for Verification. Internal Report.DS/19/058/R. 3. Smith+Nephew 2018.Volunteer Evaluation of AWM Product Features. Internal Report. EO.AWM.PCSgen.005.v1. 4. Smith+Nephew 2019.Bacterial Barrier testing of Peridot ALLEVYN Gentle dressing verification batches under wet/wet conditions. Internal Report. MB-TM001-29-R. 5. Smith+Nephew 2019.ALLEVYN Gentle 2 vs ALLEVYN Gentle – horizontalwound model using viscous SWF at a flow rate modelling that of a moderately exuding wound. Internal Report. DS/19/054/R. 6. Rafter L, Reynolds T, Rafter M. An audit of patient outcomes in the management of skin tears using silicone dressings. Wounds UK. 2016;12(2):70-78. 7. Carter J. The use of a silicone adhesive dressing (ALLEVYN Gentle Border) on a patient with extremely fragile skin. Paper presented at: Wounds UK; 2008;Harrogate, UK. 8. Smith+Nephew 2014. An Open, Prospective, Randomised Volunteer Trial to Assess the Retention Qualities of 4 Non-bordered Silicone Foam Dressings under Secondary Retention. Internal Report. VTR/HVT079/ST965. 9. Vowden K. An open, prospective randomised, multi-centre clinical evaluation of a hydrocellular silicone foam dressing\* in the management of exuding chronic and acute wounds. Paper presented at: EWMA; 2011; Brussels. 10. Hurd T, Gregory L, Jones A, Brown S. A multi-centre in-market evaluation of ALLEVYN Gentle Border. Wounds UK. 2009;5(3):32-44. 11. Benbow M. Exploring the concept of moist wound healing and its application in practice. British Journal of Nursing. 2008;17 (Tissue Viability Supplement)(15):S4 -S16. 12. Smith+Nephew 2019.Project Peridot (ALLEVYN Gentle V2 with Alston Silicone WCL) Non-Specification Physical Testing for Verification. Internal Report.DS/19/058/R. 13. Smith+Nephew 2019. ALLEVYN Gentle 2 – 7 day horizontal wound model testing using horse serum at a flow rate modelling that of a highly exuding wound. Internal Report. DS/19/051/R. 14. Smith+Nephew 2019.ALLEVYN Gentle 2 – 7 day horizontal wound model testing using horse serum at a flow rate modelling that of a moderately exudingwound. Internal Report. DS/19/052/R. 15. Smith+Nephew 2019.Use of Moisture Vapour Permeability\* (MVP) and Moisture Vapour Transmission Rate\* (MVTR) data to support ALLEVYN Gentle (Project Peridot) providing a moist wound environment which is optimal for healing. Internal Report. EO.AWM.PCS263.001.v1.



## Ein Hydrogel, das nekrotische Gewebe rehydriert und so autolytisches Debridement begünstigt.<sup>1-10,12,13,30</sup>

### Wirksames Debridement und wirksame Belagentfernung



Eine wirksame Rehydrierung kann ein rasches Debridement von nekrotischem Gewebe fördern<sup>3,6,20,21-26</sup> und dabei die umliegende, gesunde Haut erhalten.<sup>5,9,11,18,19,27</sup>

### Einfache Anwendung



Das einzigartige APPLIPAK<sup>®</sup> System ermöglicht eine einfache, steuerbare und kontrollierte Anwendung auch bei schwieriger Lokalisation.<sup>1,2,6,9,12,13-18,28,29</sup>

### Ein autolytisches Debridement kann nach Anordnung des behandelnden Arztes von jedem medizinischen Personal durchgeführt werden



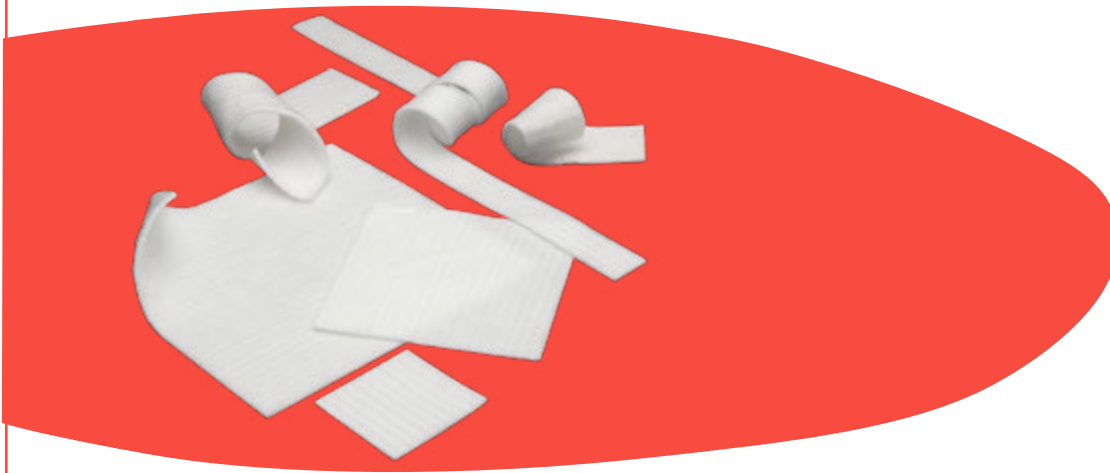
Auch erhältlich als anschmiegsamer Hydrogel-Verband  
INTRASITE CONFORMABLE

1. Colin D, Kurring P, Quinlan D, Yvon C. The clinical investigation of an amorphous hydrogel compared with a dextranomer paste dressing in the management of sloughy pressure ulcers. Proceedings of the 5th European conference on advances in wound management, Harrogate, UK, November 1995. 2. Flanagan M. The efficacy of a hydrogel in the treatment of wounds with Non-viable tissue. Journal of Wound Care, 1995 Vol 4(6), 264 - 267. 3. Spooner R. Managing a patient's multiple pressure sores. Journal of Wound Care (1993), 2(3), 139 - 141. 4. Ricci E, et al. INTRASITE Gel: indications and results in the therapy of Decubitus Ulcers. Personal Communication 1993. 5. Thomas S. The role of moist wound healing in the management of meningococcal skin lesions: a case study. World Wide Wounds, June 1999. 6. Young T, Williams C, Benbow M, et al. A study of two hydrogels used in the management of pressure sores. 103-106. 7. Bale S, Banks V, Haglestein S, et al. A comparison of two amorphous hydrogels in the debridement of pressure sores. Journal of Wound Care 1998; 7 (2): 65-68. 8. Coates TJ, et al. The effect of gel burns dressings on skin temperature. Emergency Medicine Journal. 2002; 19:224-225. 9. Thomas S, Rowe H, Keats J, Morgan R. The management of extravasation injury in neonates. World Wide Wounds October 1997. (Also in Thomas S, Rowe H, Keats J, Morgan R. A new approach to the management of extravasation injury in neonates. The Pharmaceutical Journal 1987;239: 584). 10. Ricci E, Cassino R, Secreto P. Treatment of necrotic tissue with INTRASITE gel. 11. Regan M. The use of INTRASITE Gel in healing open sternal wounds. Ostomy/Wound management, Journal for Extended Patient Care Management, Volume 38, No. 3, April 1992. 12. Flanagan M. The use of a Modified Formulation of an Amorphous Hydrogel Containing Cross-linked Carboxy Methyl Cellulose (CMC) Polymer in the Management of Wounds that Present with Non-viable Tissue – A Multi-centre Clinical Trial. 13. Westerhof W, Mekkes JR. A pilot study comparing INTRASITE Gel with saline soaked gauze for debridement, Ref CTR90/08 by D Myers. 14. Colin D, Kurring PA, Quinlan D, Yvon C. Managing sloughy pressure sores. Journal of Wound Care, 1996 Vol 5(10), 444 - 446. 15. Thomas S, Fear M. The efficacy of INTRASITE Gel as a debrider of nonviable tissue from wounds treated in the community. Poster presentation at the European Wound Management Conference, Harrogate 1993. 16. Pastre L, Wetzberger S, Andriessen A. INTRASITE Gel as a desloughing agent in the management of patients with wounds requiring debridement in the community setting. 17. De Vincentiis G, Caracciolo G, Anselmi A. INTRASITE Gel in the management of deep second and third degree burns in children [Poster] 1996. [Poster] 1995. 18. Thomas S, Rowe HN, et al. A new approach to the management of extravasation injury in neonates. The Pharmaceutical Journal (1987) Nov: 584 - 585. 19. Ratliff CR. INTRASITE Gel to promote wound healing from necrosis. The Cancer Bulletin 191; 43 (1): 85-6. 20. Gates JL, Holloway GA. A comparison of wound environments. A moist wound environment dressing system versus the traditional normal saline wet-to-dry dressing. Ostomy/Wound Management 1992; 38 (8): 35-37. 21. Boardman M, Mellor K, Neville B. Treating a patient with a heavily exuding malodorous fungating ulcer. Journal of Wound Care. 1993 1993;2(2): 74-6. 22. Van Look R, Verbist A. The treatment of complicated and infected wounds [Poster] 1993. 36. Riggs R, Bale S. Management of necrotic wounds as a complication of histiocytosis X. Journal of Wound Care. 1993 1993;2(5):260-1. 23. Mitchell E. Keeping leg ulcers moist. Nurs Times. 1990 9/19/1990;86(38):67-8. 24. Benbow M, Pearce C. The care of an infant with homozygous protein C deficiency. Journal of Wound Care. 1994 1994;3(1):21-4. 25. Hollinworth H. Managing a patient with an infected foot ulcer. Journal of Wound Care. 1993 1993;2(1):22-6. 26. Meier L. Treatment of a patient with an amputation above the left knee [Poster] 1994. 27. Todd M. The use of an amorphous hydrogel in the management of granulating wounds. Poster at Woundcare Society Meeting, Harrogate, UK, November 1994. 28. Ricci E, Barberid S, Ferraris S, Anselmetti G. The treatment of fistulae with INTRASITE Gel; Interim results [Poster] 1993. 29. Cassino R, Ricci E, Carusone A. Management of heavily exuding wounds requiring debridement [Poster] 1997. 30. Gethin G, Cowman S. Manuka Honey vs. Hydrogel—a prospective, open label, multicenter, randomized controlled trial to compare desloughing efficacy and healing outcomes in venous ulcers. J Clin Nurs. 2009 2/2009;18(3):46-74.



## DURAFIBER<sup>◇</sup>

### Verband mit gelbildender Faser

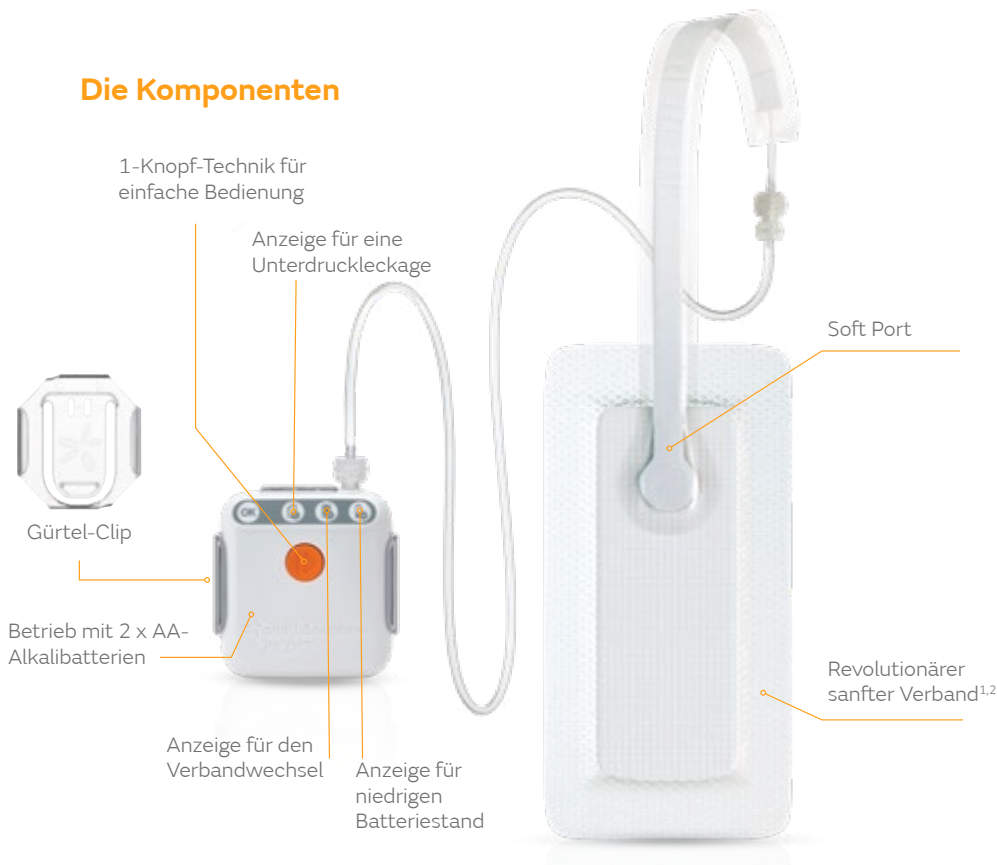


✓	Hohe Saugfähigkeit <sup>1</sup>
✓	Schließt Flüssigkeit auch unter Druck ein <sup>1,2</sup>
✓	Minimiert das Risiko einer Flüssigkeitsansammlung <sup>1-3,6</sup>
✓	Reduziert Totraum, in dem sich Bakterien vermehren können <sup>7,8</sup>
✓	Passt sich an das Wundbett an <sup>5,7</sup>
✓	Weich und hoch anschmiegsam <sup>4,5</sup>
✓	Entfernung in einem Stück <sup>5</sup>
✓	Verbandliegezeit bis zu sieben Tage

1. Dowler A. DURAFIBER Dressing physical properties. Laboratory report DS/10/056/R1 05 2010. 2. Dowler A. Testing of absorption of DURAFIBER and Aquacel<sup>®</sup> while the dressing is under compression. Analytical report DS/10/037/R1 03 2010. 3. Dowler A. Report of testing on lateral wicking of DURAFIBER versus Aquacel and KALTOSTAT<sup>®</sup> dressings. Analytical report DS/10/042/R1 04 2010. 4. Demonstrable. 5. Barret S, et al. Case series evaluation: The use of DURAFIBER on exuding wounds. Wounds UK 2012, Vol 8, No 3. 6. Lumb H. Visual demonstration of sequestration of Pseudomonas aeruginosa and Staphylococcus aureus in a DURAFIBER Dressing using confocal microscopy. Data on file report - 1004001 04 2010. 7. Dowler A. Testing performed as part of DURAFIBER photo shoot. October 2011. Laboratory report DS/11/187/DOF 8. Woodmansey E. The potential for proliferation of bacteria in wound exudate. RR-WMPO6290-40-01 04 2010.

# PICO<sup>◇</sup> 7 Verband mit AIRLOCK<sup>◇</sup> Technologie

## Die Komponenten



## Verbandanatomie

PICO Multifunktions-Wundverbände<sup>2</sup> bieten Ihnen und Ihren Patienten alle Vorteile eines sanften<sup>3</sup>, saugfähigen<sup>2</sup> und dampfdurchlässigen<sup>2</sup> Verbands, der darüber hinaus sicherstellt, dass ein wirksamer Unterdruck<sup>2</sup> auf die Wunde ausgeübt wird

## Saugfähigkeit<sup>2\*</sup>

20%

Etwa 20% der Flüssigkeit bleibt im Verband

## Verdampfung<sup>2\*</sup>

80%

Durchschnittlich 80% des Wundexsudats verdampft.

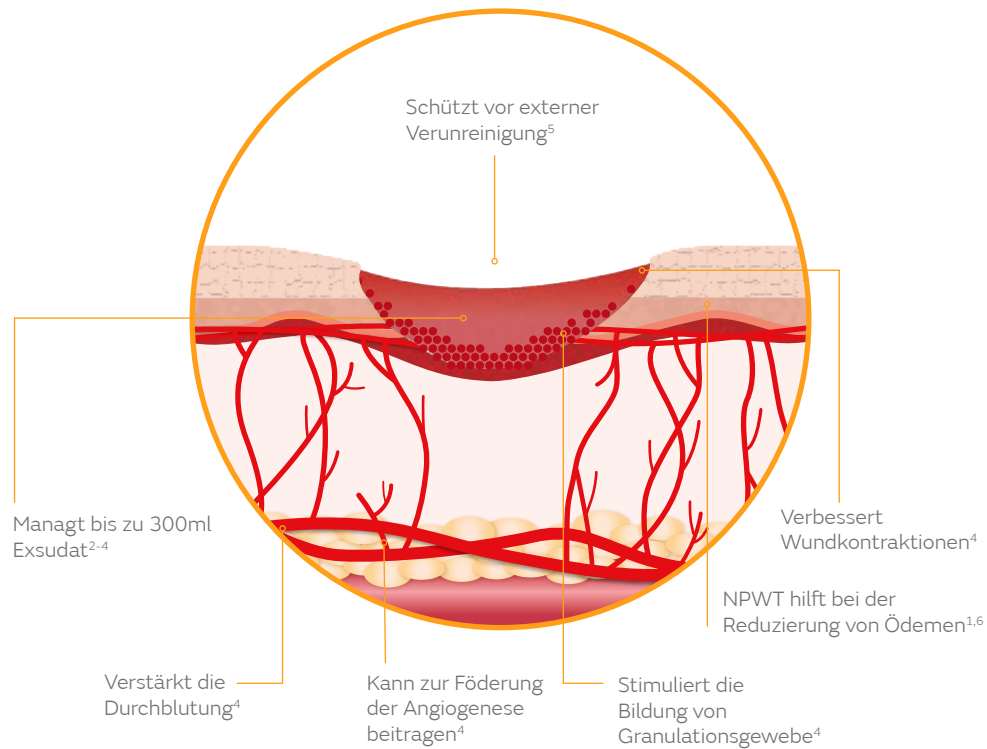
**Hoch saugfähiger Kern** der das Exsudat von der Wunde fernhält<sup>2,4,5\*</sup>

**Topfilm** weist eine hohe Dampfdurchlässigkeit auf<sup>2</sup> und schützt die Wunde vor externer Verschmutzung<sup>1</sup>

Die perforierte **Silikonhaftschiicht** schützt die Wundumgebung und sorgt für weniger Schmerzen beim Entfernen<sup>1,2</sup>

**Innovative AIRLOCK Technologie** sorgt für eine gleichmäßige Druckverteilung über das gesamte Wundbett<sup>2</sup>

## PICO<sup>◇</sup> Wirkmechanismus



- Schützt vor Verunreinigung von außen, dient als Bakterienbarriere und schließt Bakterien ein<sup>5</sup>
- Verbessert ggü. tNPWT die Perfusion<sup>1,4</sup> durch verstärkte Durchblutung<sup>4</sup> und Angiogenese<sup>4</sup>
- Stabilisiert die Haut, wichtig für Hauttransplantate<sup>7,8</sup>
- Fördert die Mikroverformung und erleichtert so die Bildung von Granulationsgewebe<sup>4</sup>
- Unterstützt die Makroverformung und erleichtert so die Wundkontraktion<sup>4</sup>
- Managt geringe bis mäßige Exsudatmengen von bis zu 300ml<sup>2-4</sup>
- NPWT hilft bei der Reduzierung von Ödemen<sup>1,6</sup>
- NPWT fördert die Lymphdrainage<sup>4,6</sup>

## PICO<sup>◇</sup>

# Klinische Evidenz

### Gibt Anstoß zur Heilung oder beschleunigt diese

Die Anwendung von PICO auf nicht heilenden chronischen Wunden verschiedener Ätiologie hat folgendes gezeigt:

- Heilung chronischer Wunden sechs Mal schneller als bei Standardverbänden prognostiziert<sup>1,†2\*</sup>
- Heilung chronischer Wunden durchschnittlich 10 Wochen früher als bei Verbänden in der Standard-Wundversorgung prognostiziert<sup>2\*</sup>
- Verkleinerung der Wundgröße um durchschnittlich 21% (ein Fünftel) pro Woche<sup>2\*</sup>

Über einen 12-wöchigen Zeitraum der Behandlung von venösen Beingeschwüren (UCV) und diabetischen Fußulcus wurde für PICO folgendes nachgewiesen:

- Mehr als doppelt so wirksam bei der Erzielung eines Wundverschlusses als die traditionellen Unterdruck-Wundtherapie (traditional Negative Pressure Wound Therapy, tNPWT) (45% ggü. 22,2%)<sup>3</sup>
- Durchschnittliche Tragezeit von PICO Verbänden 6,5 Tage ggü. 3,1 Tage mit tNPWT<sup>3</sup>
- Signifikante Verkleinerung von Wundfläche-, tiefe und -volumen verglichen mit tNPWT<sup>3</sup> (Abbildung 1 und 2)

Abbildung1: Prozentuale Veränderung der Wundfläche (cm<sup>2</sup>) über 12 Wochen<sup>3</sup>

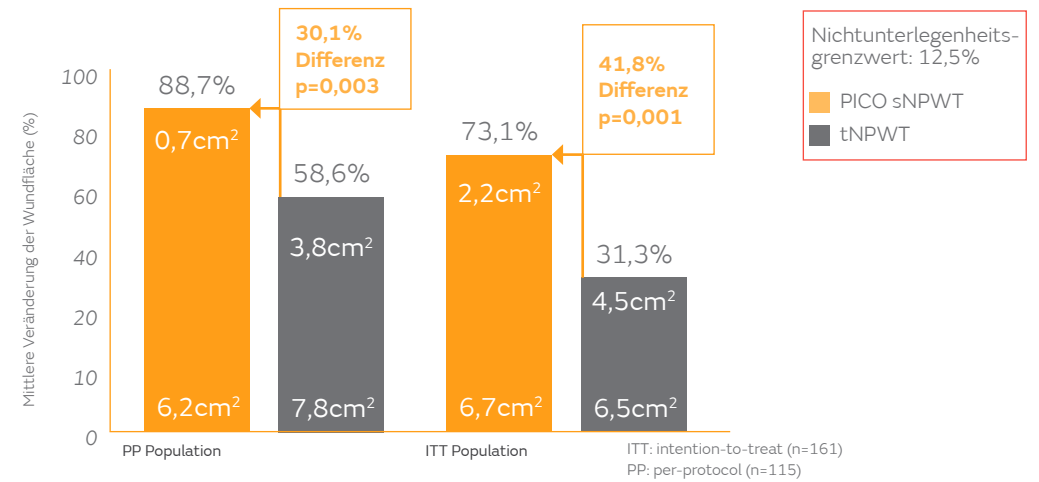
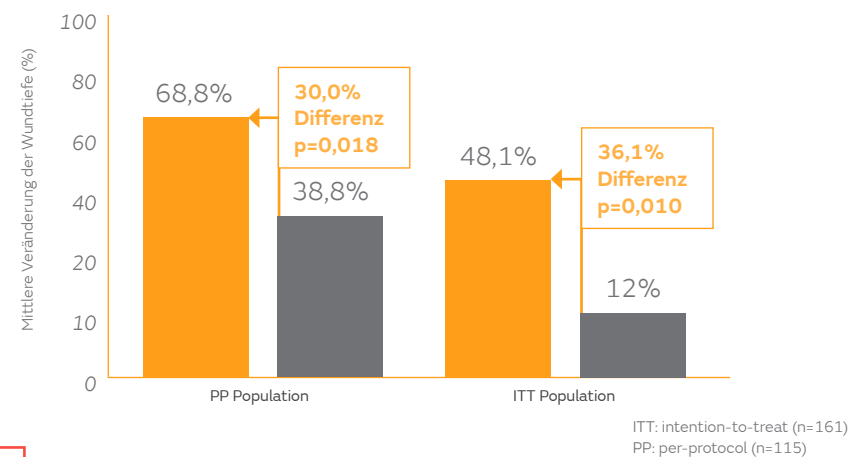


Abbildung2: Prozentuale Veränderung der Wundtiefe (mm) über 12 Wochen<sup>3</sup>



\*Based on 5 out of 9 wounds responding; wound mean duration prior to study 44 week, study size n=9. †A prospective cohort study of 52 wounds, PICO healed wounds n=14

1. Dowsett C, Hampton J, Myers D, Styche T. Use of PICO to improve clinical and economic outcomes in hard-to-heal wounds. Wounds International. 2017;8, p53-58. 2. Hampton J. Providing cost-effective treatment of hard-to-heal wounds in the community through use of NPWT. Br J Community Nurs, 2015. Suppl Community Wound Care:S1, S16-20. (13). 3. Kirsner R, Dove C, Reyzelman A, Vayser D, Jaimes H. Randomized controlled trial on the efficacy and acceptance of a single-use negative pressure wound therapy system versus traditional negative pressure wound therapy in the treatment of lower limb chronic ulcers (VLU and DFU). Poster 8 presented at Wild on Wounds National Wound Conference. September 12-15, 2018, Las Vegas, USA.

# PICO<sup>◇</sup>

## Klinische Evidenz

### Heilungsraten nach der Anwendung von PICO nach Wunddauer<sup>1</sup>

Dauer	Wunden	Geheilt	Heilungsverlauf	Anteile geheilt/ heilend
Weniger als 3 Monate	17	8	8	94.1%
3-6 Monate	7	2	3	71.4%
6-12 Monate	7	1	2	42.9%
Über 1 Jahr	15	2	3	33.3%
Nicht spezifiziert	6	1	2	50.0%

Die Intervention mit der Unterdruck-Wundtherapie (Negative Pressure Wound Therapy, NPWT) kann bei den indizierten Wundarten eine großartige Option für den Wundverschluss sein. Die Zeit bis zur Intervention ist jedoch entscheidend, denn je länger Sie warten, desto geringer sind die Heilungsraten<sup>1</sup>.

In einer kürzlich durchgeführten Studie wurde nachgewiesen, dass eine Wunde, die älter ist als ein Jahr, dreimal länger zur Heilung braucht, als wenn der Beginn der Behandlung nach drei Monaten erfolgt wäre.<sup>1,2\*</sup>

Wunden, die mit PICO behandelt werden, wenn sie über ein Jahr alt sind, weisen nur eine Heilungsrate von 33% auf, doch diese Zahl wird deutlich höher, wenn diese Wunden im Frühstadium behandelt werden. Sie könnten fast dreimal bessere Heilungsraten erzielen, wenn Sie diese Wunden behandeln würden, bevor sie drei Monate alt sind<sup>19</sup>

# RENASYS<sup>◇</sup> TOUCH

## Unterdruck-Wundtherapie-System



- ✓ Intuitive, benutzerfreundliche Touchscreen-Schnittstelle für schnelle, leicht zu erlernende Bedienung<sup>1,2</sup>
- ✓ Klinisch wirksam für eine Reihe chronischer und aktuer Wunden in einer Vielzahl von Versorgungsumgebungen<sup>3</sup>
- ✓ Die justierbare Kompressionrate und der variable intermittierende Modus ermöglichen die Anpassung der Therapie an die Bedürfnisse und den Komfort einzelner Patienten<sup>2</sup>
- ✓ Das Leckage-Messgerät hilft medizinischem Personal bei der sofortigen Lokalisierung und Behebung von Luftleckagen<sup>2</sup>
- ✓ Die anwenderfreundliche Bildschirm-Kurzanleitung hilft bei der Bedienung des Produkts<sup>2,4</sup>
- ✓ Detailliertes Protokoll der Pumpenaktivität ermöglicht die Überwachung der Patienten-Compliance
- ✓ Bis zu 14 Stunden Akkulaufzeit mit nur einer Aufladung<sup>5</sup>

1 of 4

n = 71; Chronic wounds = 24, Sub-acute = 37 and Acute = 10; 4-week RCT study period

1. Smith+Nephew 2016. Smith+Nephew's RENASYS<sup>◇</sup> Touch Device – User Validation. Internal Report. DS/16/174/R. 2. Forlee M, Richardson J. An interim analysis of device functionality and usability of RENASYS TOUCH - a new portable Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) system. Paper presented at Wounds UK 2016, Harrogate, UK. 3. Forlee M, Van Zyl L, Louw H, Nel J, Fourie N, Hartley R. A randomised controlled trial to compare the clinical efficacy and acceptability of adjustable intermittent and continuous Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) in a new portable NPWT system. Paper presented at EWMA, 2018, Krakow, Poland. 4. Smith+Nephew 2016. Smith+Nephew's RENASYS Touch Device Features – Software features. Internal Report. DS.16.179.R. 5. Smith+Nephew 2018. Project Colne Verification of RENASYS TOUCH Connect device battery while in use. 21. DS.17.623.R V2.

## RENASYS<sup>◇</sup> TOUCH

### Die nächste Generation der traditionellen NPWT



#### Einfach Anwendung und Bedienung

97% der Anwender fanden die Therapie mit RENASYS TOUCH sehr einfach einzurichten<sup>1</sup> (RCT, n=71)



#### Klinisch wirksam

Bewährte Wirksamkeit bei einem breiten Spektrum chronischer und akuter Wunden\*<sup>1</sup>

55% mittlere Reduzierung der Wundfläche<sup>1</sup> (p<0.001)

Signifikante Erhöhung der gesunden, lebensfähigen Gewebemenge<sup>1</sup> (p<0.001)



#### Einfache Problemlösung

In 13/14 (93%) behoben die Anwender Probleme und Fehler mit RENASYS TOUCH mit Hilfe der Bildschirmanleitung<sup>2</sup>

\*n = 71; Chronic wounds = 24, Sub-acute = 37 and Acute = 10; 4-week RCT study period

1. Forlee M, Van Zyl L, Louw H, Nel J, Fourie N, Hartley R. A randomised controlled trial to compare the clinical efficacy and acceptability of adjustable intermittent and continuous Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) in a new portable NPWT system. Paper presented at EWMA, 2018. Krakow, Poland. 2. Forlee M, Richardson J. An interim analysis of device functionality and usability of RENASYS<sup>◇</sup> TOUCH - a new portable Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) system. Paper presented at Wounds UK 2016. Harrogate, UK.

## Vergleich von RENASYS<sup>◇</sup> mit V.A.C.<sup>TM</sup> in einer retrospektiven Studie (n=1107)

Die Studie kam zu dem Schluss, dass die beiden Systeme bei der Behandlung komplexer Wunden vergleichbar und gleich wirksam sind  $p > 0.1364$ .<sup>1</sup>

Die mittlere Reduzierung der Wundfläche pro Woche war in **beiden Gruppen gleich**:

65%  
RENASYS

64%  
V.A.C

Der Anteil der Patienten, die das Behandlungsziel erreichten, war in **beiden Gruppen vergleichbar\***:

94%  
RENASYS

90%  
V.A.C

\* Kein statistischer Unterschied

1. Hurd T, et al. A Retrospective Comparison of the Performance of Two Negative Pressure Wound Therapy Systems in the Management of Wounds of Mixed Etiology. *Advances in Wound Care*, 2017. 6(1): p. 33-37.



## RENASYS<sup>◇</sup> Verbandkits und RENASYS Soft Port



### RENASYS Verbandkits

#### Auswahl und Flexibilität<sup>1-2</sup>

- RENASYS-F Schaumstoff-Kits mit Soft Port
- RENASYS-G Gaze Kits mit Soft Port
- RENASYS-F Abdominal Kits mit Soft Port

#### Spezielle Drainagesets

- Runde, flache und Kanal-Drainagen für Sinuswunden und Fistelmanagement



### RENASYS Soft Port

#### Einzigartiges, weiches und flexibles Design für:

- Patientenkomfort und -toleranz<sup>3</sup>
- Einfache und schnellere Applikation, verglichen mit traditionellem Hard Port<sup>3</sup>
- Kann Bedarf an Bridging reduzieren<sup>4</sup>
- Liefert Unterdruck auch dann, wenn der Soft Port verdreht, geknickt oder komprimiert wird<sup>4</sup>

# SECURA<sup>®</sup>

## Hautschutz bis zu 4 Tage nonstop



Langanhaltende Barriere von bis zu 4 Tagen, d.h. zuverlässiger Schutz auch bei längeren Verbandliegezeiten<sup>3</sup>



Alkoholfreie Formulierung reduziert die Wahrscheinlichkeit des Brennens bei Applikation auf vor geschädigter Haut<sup>4,5</sup>



Atmungsaktiv



Besonders hautfreundlich, da sowohl latexfrei als auch duft- und konservierungsstofffrei<sup>4,6</sup>

Anwendbar bei Erwachsenen, Kindern und reifgeborenen Säuglingen ab dem ersten vollendeten Lebensmonat<sup>7</sup>

# PICO<sup>◇</sup> 7 Verband mit AIRLOCK<sup>◇</sup> Technologie

## Die Komponenten



## Verbandanatomie

PICO Multifunktions-Wundverbände<sup>2</sup> bieten Ihnen und Ihren Patienten alle Vorteile eines sanftern<sup>3</sup>, saugfähigen<sup>2</sup> und dampfdurchlässigen<sup>2</sup> Verbands, der darüber hinaus sicherstellt, dass ein wirksamer Unterdruck<sup>2</sup> auf die Wunde ausgeübt wird

## Saugfähigkeit<sup>2\*</sup>

20%

Etwa 20% der Flüssigkeit bleibt im Verband

## Verdampfung<sup>2\*</sup>

80%

Durchschnittlich 80% des Wundexsudats verdampft

**Hoch saugfähiger Kern** der das Exsudat von der Wunde fernhält<sup>2,4,5\*</sup>

**Topfilm** weist eine hohe Dampfdurchlässigkeit auf<sup>2</sup> und schützt die Wunde vor externer Verschmutzung<sup>1</sup>

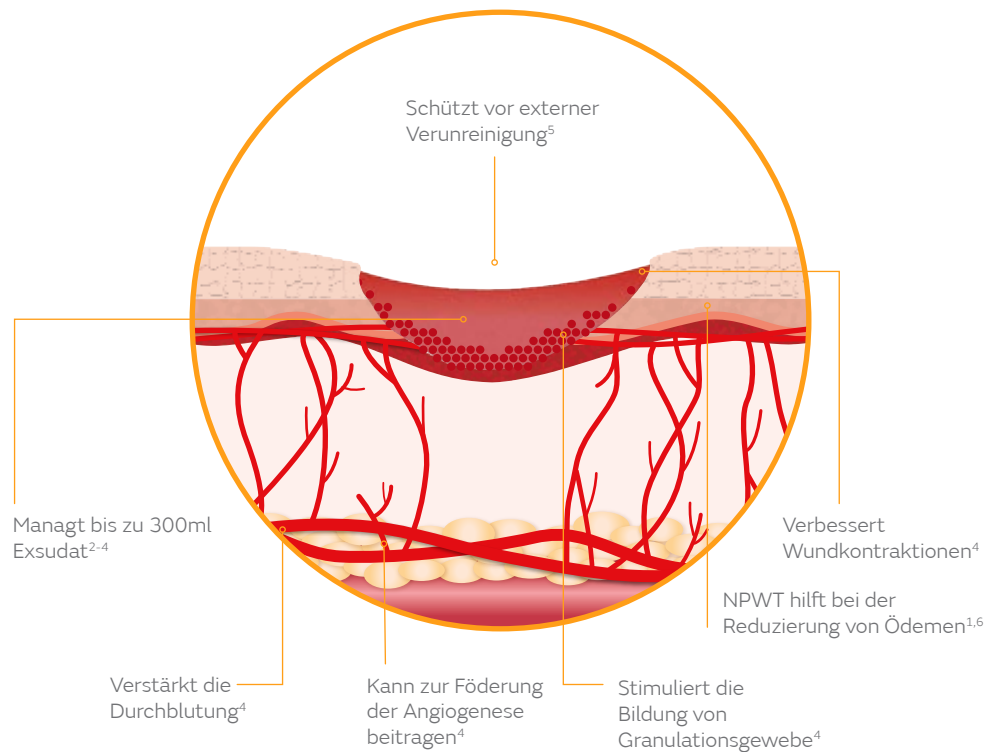
Die perforierte **Silikonhaftschiicht** schützt die Wundumgebung und sorgt für weniger Schmerzen beim Entfernen<sup>1,2</sup>

**Innovative AIRLOCK Technologie** sorgt für eine gleichmäßige Druckverteilung über das gesamte Wundbett<sup>2</sup>

1 of 4

1. Lumb H. Data on file report.1102010. April 2011. 2. Malmjö M, Huddleston EM, Martin R. Biological Effects of a Disposable, Canisterless Negative Pressure Wound Therapy System. Eplasty 2014;14:e15 Page 4. 3. Hurd T, Gregory H, Jones A, Brown S. A multicentre in-market evaluation of ALLEVYN Gentle Border. Wounds UK 2009, Vol 5, No 3. 4. Data on file reference DS/11/037/R2 – In-vitro wound model testing of PICO at a moderate exudate flow rate. Sarah Roberts, March 2011 (In-vitro). 5. Data on file reference DS/11/057/R2 – In-vitro wound model testing of PICO at a low exudate flow rate; Sarah Roberts, April 2011 (In-vitro).

## PICO<sup>◇</sup> Wirkmechanismus



- Schützt vor Verunreinigung von außen, dient als Bakterienbarriere und schließt Bakterien ein<sup>5</sup>
- Verbessert ggü. tNPWT die Perfusion<sup>1,4</sup> durch verstärkte Durchblutung<sup>4</sup> und Angiogenese<sup>4</sup>
- Stabilisiert die Haut, wichtig für Hauttransplantate<sup>7,8</sup>
- Fördert die Mikroverformung und erleichtert so die Bildung von Granulationsgewebe<sup>4</sup>
- Unterstützt die Makroverformung und erleichtert so die Wundkontraktion<sup>4</sup>
- Managt geringe bis mäßige Exsudatmengen von bis zu 300ml<sup>2-4</sup>
- NPWT hilft bei der Reduzierung von Ödemen<sup>1,6</sup>
- NPWT fördert die Lymphdrainage<sup>4,6</sup>

## PICO<sup>◇</sup>

# Klinische Evidenz

### Gibt Anstoß zur Heilung oder beschleunigt diese

Die Anwendung von PICO auf nicht heilenden chronischen Wunden verschiedener Ätiologie hat folgendes gezeigt:

- Heilung chronischer Wunden sechs Mal schneller als bei Standardverbänden prognostiziert<sup>1,†2\*</sup>
- Heilung chronischer Wunden durchschnittlich 10 Wochen früher als bei Verbänden in der Standard-Wundversorgung prognostiziert<sup>2\*</sup>
- Verkleinerung der Wundgröße um durchschnittlich 21% (ein Fünftel) pro Woche<sup>2\*</sup>

Über einen 12-wöchigen Zeitraum der Behandlung von venösen Beingeschwüren (UCV) und diabetischen Fußulcus wurde für PICO folgendes nachgewiesen:

- Mehr als doppelt so wirksam bei der Erzielung eines Wundverschlusses als die traditionellen Unterdruck-Wundtherapie (traditional Negative Pressure Wound Therapy, tNPWT) (45% ggü. 22,2%)<sup>3</sup>
- Durchschnittliche Tragezeit von PICO Verbänden 6,5 Tage ggü. 3,1 Tage mit tNPWT<sup>3</sup>
- Signifikante Verkleinerung von Wundfläche-, tiefe und -volumen verglichen mit tNPWT<sup>3</sup> (Abbildung 1 und 2)

Abbildung1: Prozentuale Veränderung der Wundfläche (cm<sup>2</sup>)

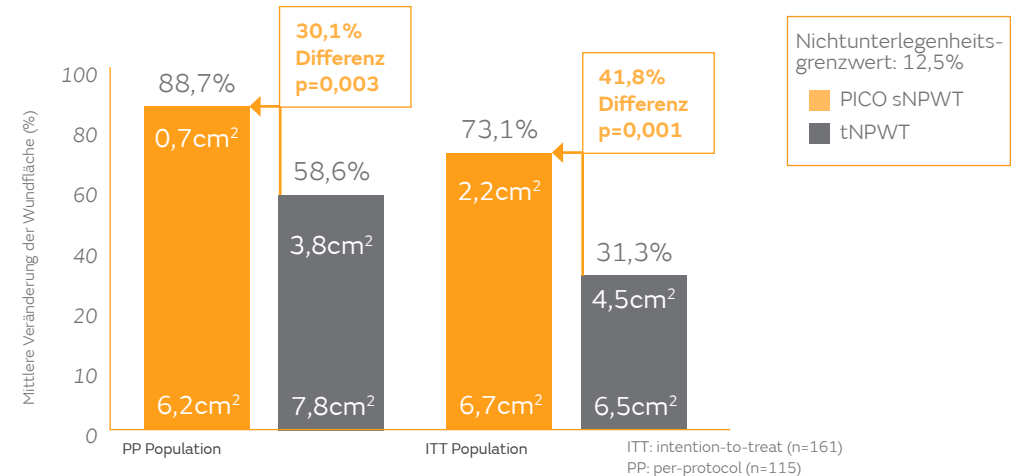
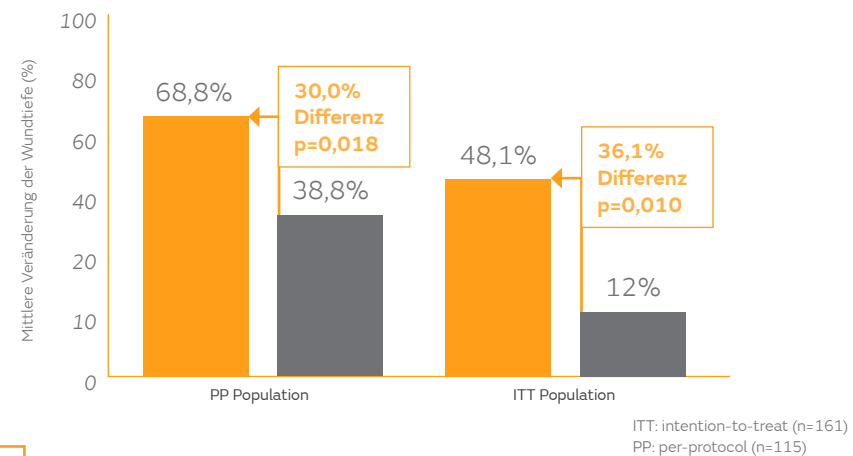


Abbildung2: Prozentuale Veränderung der Wundtiefe (mm) über 12 Wochen<sup>3</sup>



\*Based on 5 out of 9 wounds responding; wound mean duration prior to study 44 week, study size n=9. †A prospective cohort study of 52 wounds, PICO healed wounds n=14

1. Dowsett C, Hampton J, Myers D, Styche T. Use of PICO to improve clinical and economic outcomes in hard-to-heal wounds. Wounds International. 2017;8, p53–58. 2. Hampton J. Providing cost-effective treatment of hard-to-heal wounds in the community through use of NPWT. Br J Community Nurs, 2015. Suppl Community Wound Care:51, S16–20. (13). 3. Kirsner R, Dove C, Reyzelman A, Vayser D, James H. Randomized controlled trial on the efficacy and acceptance of a single-use negative pressure wound therapy system versus traditional negative pressure wound therapy in the treatment of lower limb chronic ulcers (VLU and DFU). Poster 8 presented at Wild on Wounds National Wound Conference. September 12–15, 2018, Las Vegas, USA.

PICO<sup>◇</sup>

## Klinische Evidenz

### Heilungsraten nach der Anwendung von PICO nach Wunddauer<sup>1</sup>

Dauer	Wunden	Geheilt	Heilungsverlauf	Anteil geheilt/ heilend
Weniger als 3 Monate	17	8	8	94.1%
3-6 Monate	7	2	3	71.4%
6-12 Monate	7	1	2	42.9%
Über 1 Jahr	15	2	3	33.3%
Nicht spezifiziert	6	1	2	50.0%

Die Intervention mit der Unterdruck-Wundtherapie (Negative Pressure Wound Therapy, NPWT) kann bei den indizierten Wundarten eine großartige Option für den Wundverschluss sein. Die Zeit bis zur Intervention ist jedoch entscheidend, denn je länger Sie warten, desto geringer sind die Heilungsraten<sup>1</sup>.

In einer kürzlich durchgeführten Studie wurde nachgewiesen, dass eine Wunde, die älter ist als ein Jahr, dreimal länger zur Heilung braucht, als wenn der Beginn der Behandlung nach drei Monaten erfolgt wäre.<sup>1,2\*</sup>

Wunden, die mit PICO behandelt werden, wenn sie über ein Jahr alt sind, weisen nur eine Heilungsrate von 33% auf, doch diese Zahl wird deutlich höher, wenn diese Wunden im Frühstadium behandelt werden. Sie könnten fast dreimal bessere Heilungsraten erzielen, wenn Sie diese Wunden behandeln würden, bevor sie drei Monate alt sind<sup>19</sup>

4 of 4

1. Dowsett C, Huddleston E, Milne J. Reducing the burden of chronic wounds in the community with single-use NPWT Using disposable negative (2015). 2. Roberts S. In-vitro wound model testing of PICO at a moderate exudate flow rate, March 2011. Data on file reference DS/11/037/R2. 3. Roberts S. In-vitro wound model testing of PICO at a low exudate flow rate, April 2011. Data on file reference DS/11/057/R2. 4. Malmjö M, et al. Biological effects of a disposable, canisterless Negative Pressure Wound Therapy system. ePlasty 2014;14:e15. 5. Lumb H. Bacterial barrier testing (wet-wet) of PICO Dressing with a 7 day test duration against S. marcescens. February 2011 (In-vitro). Data on file report 1102010. 6. Young S, Hampton S, Martin R. Non invasive assessment of Negative Pressure Wound Therapy using high frequency diagnostic ultrasound: oedema reduction and new tissue accumulation (2013) IWJ 10, p383-388. 7. Canonico et al. Therapeutic possibilities of portable NPWT. Initial multidisciplinary observation with the negative pressure therapy device. ACTA VULNOL 2012;10:57-66. 8. Edwards J. Use of a portable Negative Pressure Wound Therapy System (NPWT) (PICO) for split thickness skin grafts; Nov 2012.

# RENASYS<sup>◇</sup> TOUCH

## Unterdruck-Wundtherapie-System



- ✓ Intuitive, benutzerfreundliche Touchscreen-Schnittstelle für schnelle, leicht zu erlernende Bedienung<sup>1,2</sup>
- ✓ Klinisch wirksam für eine Reihe chronischer und akuter Wunden in einer Vielzahl von Versorgungsumgebungen<sup>3</sup>
- ✓ Die justierbare Kompressionsrate und der variable intermittierende Modus ermöglichen die Anpassung der Therapie an die Bedürfnisse und den Komfort einzelner Patienten<sup>2</sup>
- ✓ Das Leckage-Messgerät hilft medizinischen Personal bei der sofortigen Lokalisierung und Behebung von Luftleckagen<sup>2</sup>
- ✓ Die anwenderfreundliche Bildschirm-Kurzanleitung hilft bei der Bedienung des Produkts<sup>2,4</sup>
- ✓ Detailliertes Protokoll der Pumpenaktivität ermöglicht die Überwachung der Patienten-Compliance
- ✓ Bis zu 14 Stunden Akkulaufzeit mit nur einer Aufladung<sup>5</sup>

1 of 4

n = 71; Chronic wounds = 24, Sub-acute = 37 and Acute = 10; 4-week RCT study period

1. Smith+Nephew 2016. Smith+Nephew's RENASYS Touch Device – User Validation. Internal Report. DS/16/174/R. 2. Forlee M, Richardson J. An interim analysis of device functionality and usability of RENASYS TOUCH - a new portable Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) system. Paper presented at Wounds UK 2016, Harrogate, UK. 3. Forlee M, Van Zyl L, Louw H, Nel J, Fourie N, Hartley R. A randomised controlled trial to compare the clinical efficacy and acceptability of adjustable intermittent and continuous Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) in a new portable NPWT system. Paper presented at EWMA, 2018, Krakow, Poland. 4. Smith+Nephew 2016. Smith+Nephew's RENASYS Touch Device Features – Software features. Internal Report. DS.16.179.R. 5. Smith+Nephew 2018. Project Colne Verification of RENASYS TOUCH Connect device battery while in use. 21. DS.17.623.R V2.

## RENASYS<sup>◇</sup> TOUCH

### Die nächste Generation der traditionellen NPWT



#### Einfach Anwendung und Bedienung

97% der Anwender fanden die Therapie mit RENASYS TOUCH sehr einfach einzurichten<sup>1</sup> (RCT, n=71)



#### Klinisch wirksam

Bewährte Wirksamkeit bei einem breiten Spektrum chronischer und akuter Wunden\*<sup>1</sup>

55% mittlere Reduzierung der Wundfläche<sup>1</sup> ( $p < 0.001$ )

Signifikante Erhöhung der gesunden, lebensfähigen Gewebemenge<sup>1</sup> ( $p < 0.001$ )



#### Einfache Problemlösung

In 13/14 (93%) behoben die Anwender Probleme und Fehler mit RENASYS TOUCH mit Hilfe der Bildschirmanleitung<sup>2</sup>

\*n = 71; Chronic wounds = 24, Sub-acute = 37 and Acute = 10; 4-week RCT study period

1. Forlee M, Van Zyl L, Louw H, Nel J, Fourie N, Hartley R. A randomised controlled trial to compare the clinical efficacy and acceptability of adjustable intermittent and continuous Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) in a new portable NPWT system. Paper presented at EWMA, 2018. Krakow, Poland. 2. Forlee M, Richardson J. An interim analysis of device functionality and usability of RENASYS<sup>◇</sup> TOUCH - a new portable Negative Pressure Wound Therapy (NPWT) system. Paper presented at Wounds UK 2016. Harrogate, UK.



## Vergleich von RENASYS<sup>◇</sup> mit V.A.C.<sup>TM</sup> in einer retrospektiven Studie (n=1107)

Die Studie kam zu dem Schluss, dass die beiden Systeme bei der Behandlung komplexer Wunden vergleichbar und gleich wirksam sind  $p > 0.1364$ .<sup>1</sup>

Die mittlere Reduzierung der Wundfläche pro Woche war in **beiden Gruppen gleich**:

65%  
RENASYS

64%  
V.A.C

Der Anteil der Patienten, die das Behandlungsziel erreichten, war in **beiden Gruppen vergleichbar\***:

94%  
RENASYS

90%  
V.A.C

\* Kein statistischer Unterschied

1. Hurd T, et al. A Retrospective Comparison of the Performance of Two Negative Pressure Wound Therapy Systems in the Management of Wounds of Mixed Etiology. *Advances in Wound Care*, 2017. 6(1): p. 33-37.

## RENASYS<sup>◇</sup> Verbandkits und RENASYS Soft Port



### RENASYS Verbandkits

#### Auswahl und Flexibilität<sup>1-2</sup>

- RENASYS-F Schaumstoff-Kits mit Soft Port
- RENASYS-G Gaze Kits mit Soft Port
- RENASYS-F Abdominal Kits mit Soft Port

#### Spezielle Drainagesets

- Runde, flache und Kanal-Drainagen für Sinuswunden und Fistelmanagement



### RENASYS Soft Port

#### Einzigartiges, weiches und flexibles Design für:

- Patientenkomfort und -toleranz<sup>3</sup>
- Einfache und schnellere Applikation verglichen mit traditionellem Hard Port<sup>3</sup>
- Kann Bedarf an Bridging reduzieren<sup>4</sup>
- Liefert Unterdruck auch dann, wenn der Soft Port verdreht, geknickt oder komprimiert wird<sup>4</sup>

ALLEVYN<sup>®</sup>

## Gentle Border Lite Schaumverband

Geeignet für empfindliche Haut und schwer zu verbindende Bereiche<sup>1,2</sup>

### Hoch anhmiegsamer<sup>2</sup>, dreilagiger Verband

- Passt sich problemlos an Körperkonturen und schwer zu verbindende Bereich wie Nase, Nacken, Schulter, Finger, Hals, Ferse und Abdomen an<sup>2</sup>
- Ideal für empfindliche Haut, dank sanfter Silikonhaftung und minimalen Schmerzen beim Verbandwechsel<sup>2</sup>

Atmungsaktiver Topfilm<sup>3</sup>

2 mm hydrozellulärer ALLEVYN Schaum

Sanft haftende Wundkontaktschicht aus Silikon<sup>4</sup>

