

**Р.І. Блонський, д. мед. н., професор, провідний науковий співробітник клініки спортивної та балетної травми, член Всесвітньої асоціації ортопедів-травматологів (SICOT) і Європейської асоціації спортивної травматології та артроскопії (ESSKA); О.В. Ліксунов, к. мед. н., завідувач відділення хірургії магістральних судин ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України»; О.С. Садовой, лікар-комбустіолог вищої категорії Центру термічної травми та пластичної хірургії КНП «КМКЛ № 2»**

# Менеджмент хірургічних захворювань: досвід експертів з комбустіології, судинної хірургії та травматології

За матеріалами конференції

**Всеукраїнська Асоціація безперервної професійної освіти лікарів і фармацевтів за підтримки Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика провели науково-практичну фахову школу-семінар «Сучасні консенсуси у клінічній практиці хірурга та анестезіолога». У ході семінару були розглянуті актуальні питання менеджменту гострого та хронічного болю, атеросклерозу нижніх кінцівок, сучасні методи лікування ушкодження хряща та світовий досвід лікування хронічних ран і опіків. Ключові слова: остеоартроз, хронічна рана, трофічна виразка, опікова рана, ушкодження суглобового хряща, місцева терапія.**



Ушкодження суглобового хряща є однією з найпоширеніших патологій опорно-рухового апарату, частота якої залежить безпосередньо від віку пацієнтів. Цій темі присвячує свою доповідь «Діагностика і лікування пошкодження хряща. Дані власного клінічного досвіду» лікар ортопед-травматолог вищої категорії, провідний науковий співробітник клініки спортивної та балетної травми, член Всесвітньої асоціації ортопедів-травматологів (SICOT) і Європейської асоціації спортивної травматології та артроскопії (ESSKA), доктор медичних наук, професор Роман Іванович Блонський.

У світовій популяції остеоартроз діагностований у 6,43%, при цьому в осіб після 45 років поширеність даного захворювання складає 13,9%, у людей старше 50 років – 27,1%, а після 60 років – 97% (Qin J. et al., 2017).

За даними Американського коледжу ревматології, остеоартроз є найбільш поширеною формою ураження суглобів, що охоплює близько 302 млн людей у всьому світі (Cisternas M.G. et al., 2016). До того ж це одна з основних причин інвалідності серед людей похилого віку. За останні 30-60 років зафіксовано зростання захворюваності на остеоартроз у 5-9 разів, водночас вчені прогнозують ще більший її ріст у дитячому й підлітковому віці – «омолодження остеоартрозу» (Бур'янов О.А., 2011).

Дані артроскопії свідчать про те, що ушкодження зв'язкового апарату у 14-25% випадків спричиняє ураження суглобового хряща. Водночас при ушкодженні менісків частота ураження хряща складає 30-61% (Zanasi S. et al., 2006). Великий ризик ушкодження суглобового хряща при травмах визначається особливостями його фізіології: суглобовий хрящ не має власного кровопостачання, лімфатичного дренажу та іннервації. Анаеробний характер метаболізму хрящової тканини зумовлює низьку інтенсивність процесів обміну речовин у зрілій тканині, а складна організація матриксу суглобового хряща не дозволяє хондроцитам мігрувати у вогнище ураження. До того ж зниження рівня остеогенного протеїну 1, що спостерігається у процесі старіння людини, додатково сприяє розвитку остеоартрозу (Chubinskaya S. et al., 2002).

### Сучасні принципи діагностики й лікування ушкодження суглобового хряща

Алгоритм діагностики уражень суглобового хряща складається з клінічного обстеження, рентгенографії, ультразвукової діагностики (УЗД), діагностики за допомогою магнітно-резонансної томографії (МРТ) та артроскопічної ревізії суглоба. МРТ в останні роки стала одним із провідних методів неінвазивної діагностики (чутливість методу на ранніх стадіях становить 87%). МРТ-картина суглобового хряща відображає сукупність його гістологічної будови та біохімічного складу (Jeffery A.K. et al., 1991; Mow V.C. et al., 1992). Артроскопію сьогодні розглядають як метод ранньої діагностики остеоартрозу, оскільки вона дозволяє виявляти патологічні зміни хряща навіть у разі відсутності рентгенологічних ознак хвороби. Крім того, цей метод забезпечує пряму візуалізацію всіх внутрішньосуглобових структур, поверхневих та глибоких уражень хряща аж до субхондральної пластинки.

Рекомендації з лікування остеоартрозу колінного суглоба були розроблені національними, континентальними та міжнародними науковими організаціями, серед яких Європейська асоціація спортивної травматології та артроскопії (ESSKA), Міжнародне товариство з артроскопії, хірургії колінного суглоба та ортопедичної спортивної медицини (ISAKOS), Американський коледж ревматології (ACR) та ін.

Так, серед консервативних методів лікування остеоартрозу I-II стадії (за Келгреном – Лоуренсом) виділяють внутрішньосуглобове введення глюкокортикоїдів, введення препаратів гіалуронової кислоти, терапію збагаченою тромбоцитами плазмою (PRP-терапія), терапію стромально-васкулярною фракцією (SVF-терапія), хондропротектори та фізіотерапію. Артроскопія, коригуюча остеотомія та ендопротезування застосовуються як оперативні методи лікування остеоартрозу III-IV стадій або на ранніх стадіях за умови ушкодження менісків чи зв'язкового апарату. Введення глюкокортикоїдів можливе при поверхневих ушкодженнях суглобового хряща, що супроводжується хронічними синовітами.

### Дипроспан®: клінічна ефективність, доведена на практиці

Сьогодні для ефективного лікування остеоартрозу широко використовується еталонний пролонгований бетаметазон, який представлений оригінальним препаратом Дипроспан®. Наявність швидкодіючої фракції (бетаметазону фосфат) забезпечує швидкий початок ефекту (протягом 2-4 год після введення), а мікрокристалічна фракція препарату з повільною дисоціацією (бетаметазону дипропінат) сприяє тривалому клінічному ефекту (>4 тижнів). Водночас менший розмір кристалів бетаметазону дипропінату оригінального препарату (від 5 мкм) порівняно з генериками бетаметазону (від 10 мкм) та менша їх концентрація (6,43 мг бетаметазону дипропінату на 1 мл суспензії) порівняно з іншими пролонгованими глюкокортикоїдами практично виключають ризик розвитку мікрокристалічного артриту при внутрішньосуглобових ін'єкціях або атрофії м'яких тканин при локальних ін'єкціях.

Автор доповіді представив дані власного досвіду використання пролонгованих глюкокортикоїдів (ГК) на основі бетаметазону при лікуванні остеоартрозу колінного суглоба II стадії (за Келгреном – Лоуренсом) із наявністю синовіту – ретроспективний аналіз використання різних ін'єкційних препаратів бетаметазону пролонгованої дії у 20 пацієнтів. Лікарі клінічно оцінювали больовий синдром за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), тяжкість проявів гонартрозу – за альгофункціональним індексом Лекена, а також проводили УЗД колінного суглоба до лікування, на 7-й день і через 1 міс після ін'єкції ГК у суглоб. Згідно із клінічними результатами, на 7-й день після введення 1 мл оригінального бетаметазону (Дипроспан®) у колінний суглоб відзначалося різке, статистично достовірне ( $p < 0,05$ ) зменшення больового синдрому за ВАШ – на 6,7 бала (77%) проти 5,2 бала (60%) при застосуванні генеричного бетаметазону. До того ж після 4 тижнів лікування Дипроспаном пацієнти відзначали практично повну відсутність болю (0,25 бала), натомість як у пацієнтів, яким вводили генеричний бетаметазон, усе ще зберігався больовий синдром (2,4 бала), різниця між групами та початковими показниками була статистично достовірною ( $p < 0,05$ ).

За даними УЗД, через тиждень після ін'єкції Дипроспану у пацієнтів була відмічена повна відсутність синовіту в колінному суглобі, і ця позитивна УЗД-картина зберігалася також через 1 міс спостереження. Водночас при проведенні УЗД не були виявлені нерозчинні кристали бетаметазону дипропінату, на відміну від групи пацієнтів, яким вводили генеричний бетаметазон. Погана розчинність суспензії ін'єкційного препарату може спричиняти хондроструктурний вплив на суглоб, тому Дипроспан® має беззаперечні переваги щодо цього показника та клінічної ефективності в цілому. Таким чином, препарат оригінального бетаметазону Дипроспан® забезпечує більш виражений і тривалий статистично достовірний клінічний ефект при синовіті колінного суглоба на фоні артрозу II стадії й може бути рекомендований як препарат вибору у дозі 7 мг/1 мл для лікування пацієнтів із цим захворюванням.



У доповіді «Лікування хронічних ран. Сучасний стан проблеми» судинний хірург вищої категорії, завідувач відділення хірургії магістральних судин ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України», кандидат медичних наук **Олександр Вікторович Ліксунов** широко висвітлює тему патогенетичних особливостей формування хронічних ран і поділився експертною думкою щодо ефективних підходів до їх менеджменту.

Сьогодні існують різні точки зору щодо визначення терміну «хронічна рана». Іноземні автори діагностують хронічну рану кінцівок у випадку, коли вона не загоєється протягом 6 тижнів за умов адекватного лікування. L.K. Klein et al. (1990) стверджують, що тривале загоєння рани спричинене порушенням репарації через несприятливі фонові стани, зокрема цукровий діабет (ЦД), тютюнопаління, ожиріння, стрес тощо. Локалізацією хронічної рани може бути будь-яка анатомічна ділянка тіла, однак найбільш поширеними є хронічні рани кінцівок. Так, серед основних причин їх розвитку виділяють хронічну венозну недостатність (ХВН), яка спричиняє утворення хронічних ран у 70% випадків. За статистикою, у Східній Європі венозна патологія, а саме варикозне розширення вен, діагностується у 29% пацієнтів, серед них 8,6% мають венозні виразки і тільки 1,4% – рани, що загоїлися (Слободяник С.В., 2020). В Україні трофічні виразки нижніх кінцівок у хворих із варикозною хворобою зустрічаються в більш ніж 2% населення працездатного віку. Тривале загоєння та часті рецидиви погіршують якість життя пацієнтів і нерідко стають причиною інвалідизації.

Сьогодні існують різні точки зору щодо визначення терміну «хронічна рана». Іноземні автори діагностують хронічну рану кінцівок у випадку, коли вона не загоєється протягом 6 тижнів за умов адекватного лікування. L.K. Klein et al. (1990) стверджують, що тривале загоєння рани спричинене порушенням репарації через несприятливі фонові стани, зокрема цукровий діабет (ЦД), тютюнопаління, ожиріння, стрес тощо. Локалізацією хронічної рани може бути будь-яка анатомічна ділянка тіла, однак найбільш поширеними є хронічні рани кінцівок. Так, серед основних причин їх розвитку виділяють хронічну венозну недостатність (ХВН), яка спричиняє утворення хронічних ран у 70% випадків. За статистикою, у Східній Європі венозна патологія, а саме варикозне розширення вен, діагностується у 29% пацієнтів, серед них 8,6% мають венозні виразки і тільки 1,4% – рани, що загоїлися (Слободяник С.В., 2020). В Україні трофічні виразки нижніх кінцівок у хворих із варикозною хворобою зустрічаються в більш ніж 2% населення працездатного віку. Тривале загоєння та часті рецидиви погіршують якість життя пацієнтів і нерідко стають причиною інвалідизації.

### Етіологія хронічної рани: що є пусковим фактором

Патогенетичні механізми хронічних ран (трофічних виразок) мають стадійний характер. У процесі їх утворення відбувається поступове збільшення розмірів зони ураження з подальшим розвитком ускладнень. При ХВН формування виразок провокує підвищення тиску крові у веннозній системі нижніх кінцівок, що супроводжується лейкоцитарною інфільтрацією шкіри й підшкірної клітковини, набряком і, як наслідок, порушенням мікроциркуляції. Основним пусковим фактором появи трофічних виразок при захворюваннях артерій нижніх кінцівок є атеросклероз. Різке зменшення кровопостачання через звуження просвіту артерій, спровоковане утворенням бляшки, призводить до порушення капілярного кровотоку й гіпоксії. Водночас при ЦД відбуваються поступове закриття дрібних артерій і атрофія та дегенерація нервових закінчень, що також погіршує живлення шкіри та підшкірної клітковини. Унаслідок впливу всіх зазначених факторів настає некроз тканини, що прогресує на фоні уповільненого загоєння тканин навколо вогнища виразки. Утворений дефект і є трофічною виразкою (хронічною раною).

Для оцінки та вибору методу лікування хронічних ран використовується система MEASURE, яка включає такі параметри (Keast D.H. et al., 2004): M (measure) – вимір рани (довжина, ширина, глибина та площа), E (exudate) – ексудат (кількість та якість), A (appearance) – зовнішній вигляд (тип тканини та кількість), S (suffering) – больовий синдром (характер та інтенсивність болю), U (undermining) – деструкція (наявність або відсутність), R (reevaluate) – спостереження (регулярний контроль усіх параметрів), E (edge) – краї (стан країв рани та шкіри навколо неї).

### Світові тенденції менеджменту хронічної рани

Лікування трофічних виразок є вкрай складною проблемою, оскільки тривалість консервативного лікування для досягнення короткого періоду ремісії може складати від декількох місяців до одного року. Основою лікування є усунення етіологічного чинника, місцевий догляд та компресійна терапія, а за відсутності загоєння ран упродовж 12 міс використовують трансплантацію шкіри.

Клінічні рекомендації Американського коледжу флебології та Товариства судинної медицини наголошують на першочерговому призначенні еластичної компресії пацієнту із ХВН (Lurie F. et al., 2019). Більшість фахівців-флебологів дотримуються думки, що лікування у таких хворих має бути спрямоване на усунення основної причини розвитку ХВН – венозного застою. Це визначає пріоритетність хірургічних методів лікування, оскільки радикальне усунення проблеми знижує венозну гіпертензію і перериває ланцюг патологічних реакцій, який призводить до формування трофічних виразок. Водночас слід зауважити, що хірургічне вирішення проблеми є неможливим у 70-75% хворих із «відкритими» венозними трофічними виразками через стан шкірних покривів, супутню патологію, літній вік пацієнтів, соціально-побутові умови тощо. У цьому випадку ключову роль відіграє адекватне консервативне місцеве лікування.

Загоєння рани відбувається у три етапи: запалення (ексудация), регенерація (грануляція) та дозрівання (епітелізація). Спікер звернув увагу на те, що ідеальний засіб для місцевого лікування має підходити як для першої, так і для другої фази ранового процесу. Більшість мазей містять макрогол або поліетиленгліколь, але їх використання у клінічній практиці вкрай обмежене, оскільки ці мазі мають високу осмотичну активність і зневоднюють грануляційну тканину, яка активно утворюється у другій фазі ранозагоєвального процесу (Байтукалов Т.А. та співавт., 2004). У свою чергу, нестероїдні протизапальні препарати можуть порушувати деякі процеси на стадії проліферації шляхом пригнічення активності пов'язаних із циклооксигеназою простагландинів, а саме PGE-2 та PGD-2, які вкрай важливі для ефективного загоєння ран (Zhao-Fleming H. et al., 2018).

### Раціональна місцева терапія: як обрати ефективний засіб

Консенсус Азіатської робочої групи щодо ведення хворих із трофічними виразками визначив вимоги, яким має відповідати ідеальний антисептичний засіб для догляду за ранами (Bigliardi P. et al., 2017). Зокрема, такий засіб повинен мати широкий антибактеріальний, антимікотичний та противірусний спектр дії, легко проникати у прилеглі тканини й мікробні біоплівки, бути стабільним у присутності рідин та ексудатів рани й мати низьку системну абсорбцію. До того ж антисептик має діяти безперервно протягом тривалого періоду часу, щоб забезпечити постійну й достатню високу концентрацію для антимікробної ефективності.

Сучасна практика лікування ран та інших ушкоджень шкіри (особливо за наявності ексудату) доводить ефективність застосування спрею Кадефорт®. Антимікробні властивості SCX-комплексу (діоксид кремнію у поєднанні з іонами срібла та хлоргексидином), а також бар'єр, створений каоліном та гіалуроновою кислотою, захищає рану від зовнішнього негативного впливу мікробів, сприяючи її швидкому загоєнню. До того ж Кадефорт® забезпечує швидке знеболення завдяки пропан-бутан-ізобутановій суміші (Буторина А.В., 2015).

Власний досвід кандидата медичних наук О.В. Ліксунова щодо застосування нового технічного препарату Кадефорт® доводив ефективність препарату в лікуванні трофічних виразок у пацієнтів із декомпенсованими формами ХВН нижніх кінцівок. Так, 90% пацієнтів, які отримували Кадефорт®, мали негативний бактеріальний посів через 14 днів застосування спрею. Водночас частка пацієнтів, у яких площа трофічних виразок зменшилася на >50% або спостерігалася повне їх загоєння, склала 95%.

Висновки дослідження дозволяють розглядати Кадефорт® як препарат вибору для місцевого лікування пацієнтів із хронічними ранами різної етіології, зокрема із трофічними виразками, зумовленими ХВН.



Пошук ефективної стратегії ведення пацієнтів з опіковими ранами — ще одне нагальне питання сучасної медицини, адже правильний вибір місцевої терапії запобігає розвитку ускладнень. Новітні технології місцевого лікування опіків у вологому середовищі в доповіді «Світові знання та практичні досягнення в місцевій терапії опікових ран» представив лікар-комбустиолог вищої категорії Центру термічної травми та пластичної хірургії КНП «КМКЛ № 2» Олексій Станіславович Садовий.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі щорічно госпіталізуються 11 млн людей, що постраждали від опіків. Водночас кількість летальних випадків серед таких пацієнтів складає 300 тис. Спостереження лікарів доводять, що 60% постраждалих мають у результаті грубі патологічні рубці, які потребують тривалого консервативного й хірургічного лікування (Коваленко А.О., 2018). В Україні щорічно реєструється до 35 тис. термічних опіків (Козинець Г.П., 2018), які у 6,9-22,8% випадків призводять до інвалідизації (Войновський Е.А., 2015).

Серед невирішених проблем традиційних методів лікування опікових ран насамперед слід відзначити стійкий больовий синдром, сповільнення процесів регенерації через цитотоксичну дію певних антибактеріальних й антисептичних препаратів, що використовуються в місцевій терапії опіків, та високий ризик місцевих ускладнень, таких як рубці. Особливе занепокоєння викликає «пересушення» опікової рани при використанні розчинів антисептиків та антибактеріальних мазей на гіперосмолярній основі.

«Пересушення» опікової рани здатне призводити до ускладнення проникнення антимікробного засобу вглиб тканин, а також до щільного прилипання пов'язок у результаті їх висихання й постійної травматизації грануляційної тканини при перев'язках. Це призводить до підвищення проникнення інфекції у глибокі шари опікової рани й посилює болючість при перев'язках.

#### МЕБО у клінічній практиці: властивості, які визначають ефективність терапії

Одним із найсучасніших підходів до менеджменту опікових ран є застосування технології МЕВТ (moist exposed burn therapy) — лікування опіків у вологому середовищі з використанням мазі проти опіків МЕБО (MEBO — moist exposed burn ointment). Унікальність цієї технології полягає у тому, що крапельки кунжутної олії вбудовуються в рамкову структуру основи мазі, кристалізованій бджолиним воском. МЕБО — єдина у світі мазь для лікування опіків, яка має що запатентовану сітчасто-рамкову структуру з крапельками кунжутної олії всередині. На сьогодні 73 країни світу вже використовують сучасну технологію ведення опікових ран у вологому середовищі за допомогою мазі МЕБО.

Численні дослідження довели, що мазь МЕБО має такі властивості (Fu et al., 2018; Hussein Ali and Adnan, 2019; Zhu et al., 2019; Zheng A. et al., 2020):

- створює на поверхні опікової рани напівпроникну плівку, що не дозволяє рані пересихати й зберігає на її поверхні фізіологічне вологе середовище;
- швидко очищає рану від некротичних тканин без механічної травматизації;
- відводить «залишкове» тепло, не даючи опіку поглиблюватися;
- захищає опікову рану від інфікування;
- зменшує больові відчуття в опіковій рані;
- прискорює реваскуляризацію й покращує мікроциркуляцію, сприяючи відновленню та загоєнню рани без утворення келоїдних рубців.

За 20 років було успішно проліковано понад 40 млн пацієнтів у всьому світі (Mo X. et al., 2009). Фармакологічні властивості мазі МЕБО зумовлені ефективним поєднанням у її складі біокомпонентів, таких як кореневище коптису китайського, корінь шлемника, феритима, кора бархату китайського, кунжутна олія та бджолиний віск. Берберин у складі коптису має потужну антибактеріальну дію, β-ситостерин із кори бархату китайського чинить протизапальну й антиоксидантну дію, сприяючи ефективній і швидкій регенерації шкіри. Інсуліноподібний та епідермальний фактори росту, які містяться у феритимі, відіграють ключову роль у процесі

регенерації шкіри при опіках, а гліколіпопротеїн G-90 відомий своєю фібринолітичною та антикоагулянтною активністю. Бджолиний віск сприяє пом'якшенню та зволоженню шкіри, захищаючи її від негативних факторів навколишнього середовища, а кунжутна олія здатна глибоко проникати в опікову рану й очищати її, виводячи на поверхню шкідливі продукти метаболізму та відмерлі клітини.

Унікальність механізму дії мазі проти опіків МЕБО полягає у тому, що при нанесенні її на шкіру між шаром мазі та поверхнею опіку утворюється проміжний шар — волокниста ізоляційна мембрана, яка запобігає надмірній втраті вологи та тепла й дозволяє рані «дихати», створює умови для виведення продуктів метаболізму й некротичних мас із рани за межі мембрани та надходження поживних речовин і біологічно активних компонентів мазі МЕБО до глибоких шарів рани. Важливою особливістю вологого ведення опікової рани із застосуванням МЕБО є можливість збереження життєздатності клітин зони паранекрозу (стазу), а отже, запобігання більш глибокому ураженню тканин.

Лабораторні дослідження та клінічна практика продемонстрували, що мазь МЕБО створює мікросередовище, яке сприяє сповільненню метаболізму й швидкості розмноження бактерій, а також зменшує їх токсичність. Пригнічення гіперплазії фіброцитів і стимуляція епітелізації сприяють фізіологічному загоєнню рани без утворення рубців. Це досягається за рахунок забезпечення співвідношення епітеліальних клітин та фібробластів, а саме 1:4.

#### МЕВТ-технологія — формула успішної місцевої терапії опікових ран

Сьогодні існують три способи ведення опікової рани за допомогою мазі МЕБО:

- відкритий (кожні 4-6 год) — очищення рани та нанесення мазі тонким шаром (1 мм) на ранову поверхню;
- напіввідкритий (кожні 8-12 год) — очищення рани, нанесення мазі шаром 1-2 мм на ранову поверхню й накладання 1-2 шарів марлевих серветок, просочених маззю МЕБО;
- закритий (кожні 12-24 год) — очищення рани від некротичного ексудату (виконується

лише сухими стерильними серветками), нанесення мазі шаром 2-3 мм на ранову поверхню, накладання 2-4 шарів марлевих серветок, просочених маззю МЕБО, і нетуге бинтування рани марлею шаром товщиною 1-3 мм.

Результати систематичного огляду продемонстрували більш ефективне загоєння ран при застосуванні мазі МЕБО, ніж при використанні інших місцевих засобів, зокрема препаратів сульфадіазину срібла. Варто зазначити, що достовірних відмінностей у кількості побічних ефектів та інфекційних ускладнень ран при застосуванні цих засобів терапії зареєстровано не було (Mabvure N.T. et al., 2020).

Сучасні міжнародні й національні консенсуси визначають концепції лікування пацієнтів із такими тяжкими патологіями, як остеоартроз, хронічні рани, опіки, гострий біль тощо. Впровадження цих підходів є завданням кожного практикуючого лікаря-хірурга, анестезіолога чи комбустиолога, оскільки ефект лікування безпосередньо залежить від вибору раціональної терапії.

Підготувала Дарина Чернікова



# Кадефорт®

## Kadefort®

- При ранах, опіках, трофічних виразках та інших пошкодженнях шкіри<sup>1,2</sup>
- Препарат вибору для місцевого лікування пацієнтів із трофічними виразками<sup>2</sup>



Іони срібла  
Хлоргексидин  
Кремнію діоксид  
Гіалуронат натрію  
Каолін<sup>1</sup>

- Показаний у лікуванні післяопераційних ран, пелюшкових висипань та пупкової інфекції у новонароджених<sup>1</sup>

ВИТЯГ З ТЕКСТУ ІНСТРУКЦІЇ МЕДИЧНОГО ВИРОБУ «КАДЕФОРТ®» / «KADEFORT®»  
СКЛАД: активні компоненти: SCS- порошок (кремнію діоксид в поєднанні з іонами срібла та хлоргексидином), каолін, гіалуронат натрію; допоміжні речовини: кремнію діоксид, Пропелент; суміш бутан-пропан.  
РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЗАСТОСУВАННЯ. КАДЕФОРТ® сприяє створенню фізіологічних умов для регенерації пошкодженої шкіри та призначений для лікування ран, виразок, потертостей, незначних опіків та ексудативних пошкоджень шкіри, пелюшкових висипань, мадерозії від поту та поверхневих травматичних пошкоджень. КАДЕФОРТ® показаний у лікуванні післяопераційних ран та при пупкової інфекції у новонароджених. СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ. Перед використанням необхідно дбайливо очистити та висушити шкіру. Перед використанням необхідно струсити балончик. Розпилити порошок тонким шаром лише на пошкоджену ділянку шкіри з відстані 10 см. Не розтирати; порошок повинен сформувати суцільний захисний шар. ЗАСТЕРЕЖЕННЯ ЩОДО ЗАСТОСУВАННЯ. Лише для зовнішнього застосування, не ковати. Уникати будь-якого контакту з очима, у випадку будь-якого контакту з очима, у випадку будь-якого контакту з очима, негайно промити водою. Не використовувати, якщо упаковка пошкоджена. Не стерилізувати. Після використання ретельно закрити балончик. Не використовувати після закінчення терміну придатності. Припинити застосування при нетиповій реакції шкіри.  
ПРОТИПОКАЗАННЯ. Підвищена чутливість до будь-якого компонента. Про взаємодію з іншими речовинами не повідомлялось. ФОРМА ВИПУСКУ: порошок (аерозоль). СТРОК ПРИДАТНОСТІ. 36 місяців від дати виробництва.  
УМОВИ ЗБЕРЕГАННЯ: зберігати при температурі від +5°C до +50°C. НАЙМЕНУВАННЯ ТА МІСЦЕЗНАХОДЖЕННЯ ВИРОБНИКА: PAVIA FARMACEUTICI S.r.l., Via Vistarino, 14/F, 27010 Soriano (PV), Italy / PAVIA FARMACEUTICI S.r.l., вул. Вістаріно, 14/Ф, 27010 Копіано (ПВ), Італія; тел./факс: (+39) 0382 974333. ПРЕДСТАВНИК В УКРАЇНІ: ТОВ «УНІВЕРСАЛЬНЕ АГЕНТСТВО «ПРО-ФАРМА» (вул. Перемоги, 9, оф. 20, м. Київ, 03170, Україна).  
1. Інструкція із застосування медичного виробу порошоків спрею «КАДЕФОРТ®» / «KADEFORT®» 2. П.І. Нікулічов та ін. Можливості лікування трофічних виразок у хворих із декомпенсованими формами хронічної венної недостатності нижніх кінцівок із використанням спрею Кадефорт. Тематичний номер «Хірургія, Ортопедія, Травматологія, Інтенсивна терапія» № 1 (35), лютий 2019 р.  
Даний матеріал призначений виключно для фахівців охорони здоров'я. Для розповсюдження/демонстрації під час спеціалізованих медичних заходів та для друку у спеціалізованих медичних журналах (виданнях). Даний матеріал створено за інформаційної/фінансової підтримки ТОВ «УА «ПРО-ФАРМА». ТОВ «УА «ПРО-ФАРМА» не рекомендує застосування КАДЕФОРТ® інакше, ніж це зазначено в діючій інструкції.  
Перед застосуванням КАДЕФОРТ® загляньте в даному матеріалі, будь ласка, ознайомтесь з повним текстом діючої інструкції. ©2022 ТОВ «УА «ПРО-ФАРМА». Всі права захищені.  
Якщо у Вас виникли питання з медичної інформації про продукти компанії ТОВ «УА «ПРО-ФАРМА», Ви можете звернутися до нас за адресою: 03170, м. Київ, вул. Перемоги, 9, оф. 20, тел. (044) 422 50 70. www.pro-pharma.com.ua.  
Для повідомлення про небажані явища при застосуванні продуктів компанії ТОВ «УА «ПРО-ФАРМА» зателефонуйте нам +38 044 422 50 72, +38 067 233 90 54, або напишіть phv@pro-pharma.com.ua.  
Матеріал затверджено: 10.2022р.  
Матеріал придатний до: 07.10.2024 р.

