

ДЕКАСАН®

АНТИСЕПТИК для зовнішнього та внутрішньо- порожнинного застосування

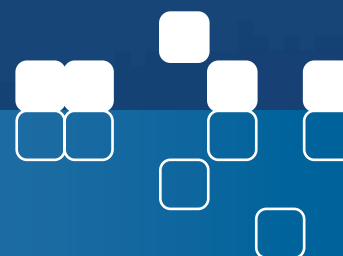
Висока ефективність при лікуванні:

- перитонітів;
- плевритів;
- гнійно-запальних захворювань м'яких тканин та черевної порожнини;
- інфекцій сечостатевої системи;
- бактеріальних та грибкових захворювань шкіри.

Скорочена інструкція для медичного застосування препарату ДЕКАСАН®. Склад лікарського засобу: діюча речовина: декаметоксин; 1 мл розчину містить 0,2 мг декаметоксину; допоміжні речовини: натрію хлорид, вода для ін'єкцій. Лікарська форма. Розчин. Прозорий безбарвний розчин. Назва і місце знаходження виробника. ТОВ «Юрія-Фарм», Україна, 03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10. Фармакотерапевтична група. Антисептичні та дезінфекційні засоби. Код АТХ D08A. Показання для застосування. Лікування гнійничкових бактеріальних та грибкових захворювань шкіри, мікробної екземи, гнійно-запальних уражень м'яких тканин (абсцеси, карбункули, флегмони, фурункули, гнійні рани, панариції); стоматологічні захворювання (стоматити, виразково-некротичний гінгівіт, дистрофічно-запальна форма пародонтозу І-ІІ ступеня у стадії загострення). Також показаний при абсцесі легень, бронхоектастичній хворобі, кістозній гіппоплазії легень, ускладнених нагноєнням, хронічному бронхіті у фазі загострення, хронічному тонзиліті, ангіні, носовій стафілококовій та дифтерійній паличці, виразковому коліті, паралпроктиті. У гінекологічній практиці – для лікування кандидозу слизової оболонки піхви, запальних захворювань геніталій мікробного походження, передпологової санації пологових шляхів, лікування післяпологового ендометриту. Гнійно-запальні захворювання черевної та плевральної порожнини. Для гігієнічної дезінфекції шкіри рук медперсоналу та гумових рукавичок під час обстеження хворих і виконання медичних маніпуляцій та малих хірургічних втручань, передстерилізаційної дезінфекції медичних інструментів та діагностичного обладнання з металів, гуми, полімерних матеріалів та скла. Протипоказання. Індивідуальна гіперчутливість до компонентів препарату. Спосіб застосування та дози. При гнійних та грибкових ураженнях шкіри, гнійних ранах розчин застосовують у вигляді промивань, примочок. Для лікування проктиту і виразкового коліту теплий розчин вводять у вигляді клізм по 50-100 мл 2 рази на добу до повного зникнення ознак гострого запалення. Нориці при хронічному парaproктиті промивають Декасаном® щодня протягом 3-4 діб. Для промивання сечового міхура у дорослих розчин декаметоксину застосовують після попереднього розведення 1:7 очищеною водою у дозі 500-600 мл (на курс лікування 7-20 промивань). Ураження слизової оболонки порожнини рота лікують шляхом аплікації по 25-50 мл протягом 10-15 хв або полоскання (100-150 мл) 4 рази на добу протягом 5-10 днів. Лікування кандидозу мигдаликів, хронічного тонзиліту проводять промиванням лакун піднебінних мигдаликів (50-75 мл на промивання). Санацію носів стафілокока, дифтерійної палички проводять шляхом полоскання розчином зівя, промивання лакун, зрошення носоглотки, мигдаликів. Лакун промивають 3-5 разів через день. При абсцесі легень, бронхоектастичній хворобі, кістозній гіппоплазії легень, ускладнених нагноєнням, хронічному бронхіті у фазі загострення Декасан® вводять ендобронхіально: – через мікротрахеостому по 25-50 мл 1-2 рази на день; через трансназальний катетер по 5-10 мл 1 раз на день; – методом ультразвукових інгаляцій по 5-10 мл 1-2 рази на день; – за допомогою лаважу трахеобронхіального дерева в об'ємі 100 мл. При лікуванні гнійно-запальних захворювань черевної та плевральної порожнини уражену ділянку заповнюють до країв Декасаном® з експозицією не менше 10 хв. При необхідності, в тому числі при ушиванні «наглухо» (без дренажу), проводять багаторазове заповнення операційної порожнини з подальшим видаленням розчину до чистих промивних вод. Проточно-промивальне дренажування порожнини виконують за допомогою дренажів або пункційним методом. Тривалість лікування – 2-4 тижні. Для лікування мікробних та грибкових трихомонадних уражень слизової оболонки піхви Декасан® використовують у вигляді спринцювань (50-100 мл підігрітого до 38 °С препарату 3 рази на добу). У такий же спосіб проводять передпологову санацію пологових шляхів одноразово. Лікування післяпологового ендометриту здійснюють шляхом промивання теплим препаратом порожнини матки (150-200 мл) 2 рази на добу. Знезаражування шкіри рук та гумових рукавичок проводять шляхом нанесення 5-10 мл препарату на попередньо вимиту поверхню, що підлягає дезінфекції, протягом 5 хв. Очищені медичні інструменти, загубники, трубки і обладнання дезінфікують шляхом занурення у розчин на 30 хв. Побічні ефекти. У поодиноких випадках у деяких пацієнтів можлива підвищена індивідуальна чутливість. У таких осіб після застосування препарату можлива поява висипів на шкірі, печіння, сухості, свербіжу та інших місцевих алергічних реакцій, при ендобронхіальному введенні може з'являтися відчуття жару за грудниною, що минає через 20-30 хв після закінчення процедури. Категорія відпуску. Без рецепта. Дані матеріали призначені для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. РП МОЗ України №УА/5364/01/01 від 03.01.12. Перед застосуванням слід обов'язково ознайомитися з інструкцією для медичного застосування та загальними застереженнями.

ЮРІЯ-ФАРМ

03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10
тел./факс: 044-275-01-08; 275-92-42
www.uf.ua



Острый панкреатит: вопросов больше, чем ответов

Острый панкреатит (ОП) — одна из наиболее распространенных экстренных патологий желудочно-кишечного тракта. Исследования последнего времени отмечают устойчивый рост ежегодной заболеваемости ОП (по различным данным, от 4,9 до 73,4 случая на 100 тыс. населения). Улучшить прогноз при ОП позволяют своевременная диагностика и адекватная терапевтическая тактика.

О наиболее важных проблемах, решение которых даст возможность повлиять на качество оказания медицинской помощи при ОП средней и тяжелой степени, мы попросили рассказать заведующего кафедрой факультетской хирургии и хирургии интернов Днепропетровской государственной медицинской академии, доктора медицинских наук, профессора Якова Соломоновича Березницкого.

Яков Соломонович, какие существуют подходы к лечению пациентов с ОП?

— Для успешного лечения этой тяжелой патологии важно применение унифицированных подходов, основанных на единой классификации. Впервые обоснованная классификационная система ОП была разработана международной группой экспертов и представлена на Международном конгрессе 1992 года в городе Атланта (США). В последующие 20 лет некоторые важные моменты классификации пересматривались международными группами ведущих панкреатологов в соответствии с появлением новых знаний о патофизиологии, морфологии, течении ОП, а также новых диагностических возможностей. В 2013 году была опубликована и рекомендована к применению Классификация ОП Атланта (1992) 3-го пересмотра, которой сегодня пользуются хирурги всего мира.

Согласно обновленной классификации диагноз «острый панкреатит» ставят при обнаружении не менее чем 2 из 3 следующих признаков:

- характерная для ОП абдоминальная боль;
- трехкратное повышение уровня сывороточной липазы или сывороточной амилазы относительно верхней границы нормы;
- обнаружение характерных признаков при выполнении ультразвукового исследования (УЗИ), контрастной компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ).

ОП классифицируют по этиологии, степени тяжести, форме и распространенности некроза, системным осложнениям. В этой же классификации отражены фазы асептического воспаления в 1-м и во 2-м периодах заболевания, фаза гнойных осложнений, а также вторичные осложнения, развивающиеся у больных панкреонекрозом.

Какие симптомы характерны для ОП?

— Наиболее распространенным симптомом, заставляющим пациента обратиться за медицинской помощью, является интенсивная нарастающая и часто опоясывающая боль. Также для ОП характерна многократная изнуряющая рвота, которая практически не приносит облегчения. При наличии этих симптомов пациент должен быть срочно доставлен в лечебное учреждение бригадой скорой помощи.

Очень важно, чтобы врач приемного отделения точно определился с диагнозом. Для этого в первую очередь следует оценить симптомы, сопровождающие это заболевание. К наиболее характерным клиническим признакам ОП относятся так называемая триада Мондора — боль (преимущественно опоясывающего характера), которая локализуется над пупком; рвота; вздутие живота, а также парез кишечника.

В соответствии с критериями Международной ассоциации панкреатологов начиная с момента госпитализации диагноз ОП должен быть поставлен и обоснован у всех пациентов на протяжении 6 ч, а степень тяжести панкреатита — в течение 48 ч. Для этого необходимо сразу же провести специальные лабораторные исследования и ультрасонографию поджелудочной железы (ПЖ), которые позволяют стратифицировать тяжелую форму ОП или панкреатит средней тяжести. Для ОП средней и тяжелой степени тяжести характерны: нестабильная гемодинамика, нарушение сердечного ритма, энцефалопатия, олигурия, перитонеальный синдром, значительное снижение центрального венозного давления (ЦВД).

Этиология ОП должна быть определена не менее чем у 80% пациентов. В остальных случаях (<20%) допускается установление диагноза идиопатического панкреатита. Смертность должна быть <7% в целом и <30% при тяжелом осложненном панкреатите. В Украине этот уровень пока еще не достигнут, что говорит о недостаточном качестве оказания медицинской помощи.

Какая предполагается дальнейшая терапевтическая тактика?

— Это должна быть динамическая агрессивная организационная лечебно-диагностическая тактика с отсроченным хирургическим лечением, причем в последнем случае предпочтение следует отдавать миниинвазивным технологиям с этапным выполнением. Определенные успехи терапии ОП связаны с тем, что от больших хирургических вмешательств чаще всего воздерживаются, и это дает возможность стабилизировать состояние больного.

Особая роль в ведении пациентов с ОП отводится врачам интенсивной терапии. После установления диагноза ОП пациента необходимо перевести в отделение интенсивной терапии с последующим круглосуточным мониторингом жизненных функций и осуществлением системной поддержки.

Важными терапевтическими мероприятиями на начальной стадии лечения ОП считаются ранняя кислородная поддержка и адекватная регидратация. Это способствует предупреждению развития органной дисфункции, а также быстрому ее устранению в случае развития. Итогом всех этих мероприятий является снижение смертности, что и было показано в клинических исследованиях.

Инфузионные растворы вводят внутривенно в дозах, позволяющих обеспечить диурез в объеме >0,5 мл в час на 1 кг массы тела. Для контроля объема диуреза выполняют катетеризацию мочевого пузыря. Степень восполнения жидкости рекомендуется контролировать путем мониторинга ЦВД. Необходимо также провести катетеризацию центральной вены, что, с одной стороны, создает оптимальные условия для обеспечения эффективной инфузионной поддержки, а с другой — дает возможность осуществлять контроль объема инфузии по уровню ЦВД.

Важную роль играет обеспечение адекватной нутритивной поддержки. В первое время рекомендуется введение пищевых смесей с помощью зонда, установленного ниже уровня дуоденоюнального перехода. В последующем пациента переводят на получение пероральных пищевых смесей.

Патогенетическая терапия ОП обязательно должна включать гемодинамическую поддержку и адекватное обезбоживание.

Курация пациента с ОП осуществляется в круглосуточном режиме мультидисциплинарной командой врачей, включающей хирурга, анестезиолога, санолога, специалистов по лучевой и лабораторной диагностике. В случае необходимости требуется обеспечить возможность в любой момент провести лабораторную диагностику, визуализирующие методы исследования или выполнить оперативное вмешательство.

Такой вариант организации работы, как дежурство хирурга на дому, считается неприемлемым, поскольку это только продлевает сроки проведения экстренного оперативного вмешательства и в конечном итоге ухудшает его исход.

Медикаментозная терапия ОП вызывает много вопросов. Многочисленные рандомизированные клинические испытания, проводимые в разных странах, показали, что на сегодня не существует препарата, который продемонстрировал бы доказательное снижение уровня летальности, риска оперативных вмешательств и количества осложнений.

Неэффективны и ингибиторы протеиназ ПЖ (например, аprotинин), которые рутинно назначают при ОП, поэтому их не рекомендуют таким пациентам. В то же время препараты данной группы показаны при синдроме диссеминированного внутривенного свертывания у пациентов с ОП.

На начальных этапах развития ОП (включая и его тяжелую форму) нет необходимости в назначении антибактериальных препаратов (АБП). Профилактическое назначение антибиотиков в фазе асептического воспаления ОП не только не дает никаких преимуществ, но и способствует развитию антибиотикорезистентности.

Часто АБП назначают при гипертермии, что может свидетельствовать о присоединении инфекционного процесса. Однако при отсутствии положительных результатов микробиологических исследований курс приема антибиотиков не должен длиться >14 сут. Нужно искать другую причину продолжающейся лихорадки.

Если органная недостаточность с признаками воспалительного синдрома сохраняется в течение 8-12 сут



Я.С. Березницкий

от начала заболевания, необходимо выполнить КТ органов брюшной полости, для того чтобы определить, где и в каком объеме парапанкреатическая клетчатка вовлечена в воспалительный процесс. В первые дни ОП достаточно проводить УЗИ ПЖ.

На каком этапе лечения целесообразно оперативное вмешательство?

— Как уже было сказано выше, первые 14 дней от начала ОП от оперативного вмешательства, как правило, воздерживаются. Тем не менее могут возникнуть ситуации, вынуждающие провести операцию в более ранние сроки: ферментативный перитонит, острые жидкостные образования объемом ≥500 мл, билиарный панкреатит (наличие холедохолитиаза или стриктуры большого дуоденального сосочка). Однако эти вмешательства должны быть миниинвазивными, без проведения лапаротомии.

Во втором периоде заболевания, когда имеет место инфицирование некротических тканей, целью хирургического вмешательства служит санация гнойно-некротических тканей ПЖ и забрюшинной клетчатки. Инфицированный панкреонекроз является показанием к хирургическому лечению с применением хирургических доступов, обеспечивающих адекватную некрэктомию и дренирование.

Достаточно часто у пациентов с ОП приходится проводить несколько оперативных вмешательств в связи с дальнейшим распространением гнойно-деструктивного процесса. У таких пациентов необходимо также выполнять санацию брюшной полости растворами антисептиков. В последние годы с этой целью мы широко используем антисептик Декасан, представляющий собой 0,02% изотонический раствор декаметоксина. Это поверхностно-активное вещество, приводящее к нарушению целостности клеточной стенки микроорганизмов. Кроме того, Декасан вызывает повышение проницаемости микробной клетки, угнетение белкового синтеза микроорганизмов и их деления.

Декаметоксин — это противомикробное средство с очень широким спектром действия. Он характеризуется выраженным бактерицидным эффектом в отношении большинства грамположительных, грамотрицательных и анаэробных микроорганизмов, а также возбудителей, устойчивых к другим антибиотикам, в том числе полирезистентных. Следовательно, он выполняет роль своего рода подстраховки системной антибиотикотерапии.

Декасан обладает способностью повышать чувствительность микроорганизмов к антибиотикам. Возможными механизмами такого эффекта, по мнению экспертов, являются способность уменьшать адгезивные свойства бактерий и повышать проницаемость клеточной стенки. Кроме антибактериального Декасану присущ также и фунгицидный эффект, так что этот препарат может быть использован как для предупреждения развития гнойных процессов, так и для санации гнойных очагов.

Декасан характеризуется высокой безопасностью. Он не всасывается в кровоток через неповрежденные слизистые оболочки и кожу и поэтому не вызывает системных побочных эффектов. Декасан селективен в отношении микроорганизмов и не разрушает клетки организма человека. Это обусловлено тем, что стенка бактериальной клетки состоит из коротких липидных цепочек, быстро разрушающихся под воздействием декаметоксина, в отличие от длинных липидных цепочек клеток человека.

Итак, как можно убедиться, в лечении ОП остается немало нерешенных вопросов. Основной целью терапии ОП средней и тяжелой степени продолжает оставаться поддержка жизнедеятельности организма на том уровне, который минимизирует риск развития органной дисфункции и предупреждает формирование полиорганной недостаточности. Хирургическое вмешательство выполняют на более поздних сроках, с тем чтобы помочь организму избавиться от нежизнеспособных инфицированных тканей или жидкостных скоплений.

Беседовала Вячеслав Килимчук

