

АНТИСЕПТИК

для зовнішнього
та внутрішньо-
порожнинного
застосування



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

Спосіб проведення лімфатичного застосування препарату ДЕКАСАН®. Склад лікувального засобу: діоксид тетрацикліну, деканазол, деканазол: 1 мл розчину містить 0,2 мг діоксид тетрацикліну, дозвіл на лікування: натрію хлорид, вода для ін'єкцій, Лікарська форма: Розчин. Прозорий безбарвний розчин. Назначення: нахонджені виробники: ТОВ «Юні-Фарм», Україна, 10000, м. Київ, вул. М. Яковлева, 10. Фармацевтична компанія: Антигенікс, м. Київ, вул. Шевченка, 40. АТ ДНОВА. Деканазол: для застосування. Лікування гігієнічними бактеріальними та грибовими захворюваннями шкіри, мікробної основи пилиці, дерматитів, дерматозів, дерматомікозів, заварювання (стоматит, виразково-некротичний гінгівіт, дигідроген-залежна форма пародонтозу ІІІ ступеня з стадії загоєння). Також показаний при абсцес легень, бронхоектатичній хворобі, кістковій гіполізії легень, ускладнених нагноєнням, хронічному бронхіті з відділенням хронічного токсиліату, янції, носі і слізі стафілокока та д. дифтерійних паличок, виразкової коліти, паралептоїти. У гінекологічній практиці – для лікування кандидозу слизової оболонки піхви, запальних захворювань геніталій мікробного походження, передплідкової сніації пошкодженої шлукі, лікування післяпологових ендометриу. Гігієно-запальні захворювання черевної та плевропальної порожнини. Для гігієнічної дезінфекції шкіри рух медперсоналу під час обстеження хворих і виконання медичних маніпуляцій та малих хірургічних втручань, передстерилізаційної дезінфекції медичних інструментів та діагностичного дослідження з металів, гній, полімерних матеріалів та скла. Протипоказання: Індівідуальна гіперчутливість до компонентів препарату. Спосіб застосування та дози. При гнійних та грибових ураженнях шкіри, гнійних ранах розчин застосовують у вигляді промивань, примочок. Для лікування проктиту і виразкової коліти теплий розчин вводять у вигляді клізм по 50-100 мл 2 рази на добу до повного зникнення ознак гострого запалення. Норми при хронічному паралептоїти промивають Деканасаном® шодня протягом 3-4 днів. Для промивання сечового міхура у дорослих розчин деканазоліну застосовують після попереднього розведення 17 очисною водою до 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). Дифтерійно-запальну форму пародонтозу ІІІ ступеня з стадії загострення лікують шляхом іригації теплим розчином патологічних карманів ємн (50-70 мл) або аплікації на ясна до затухання запальних явищ. Хворим з кіндизованими ураженнями слизової оболонки рота, виразково-некротичним гінгівітом призначають полоскання порожнини рота (100-150 мл) 4 рази на добу протягом 5-10 днів. Лікування кандидозу мигдалик, хронічного токсиліату проводять промиванням лакун піднебінних мигдаликів (50-75 мл на промивання). Сніацію носії стафілокока, дифтерійної палички проводять шляхом полоскання розчином 5-6 разів, промивання лакун, зрошування носоглотки, мигдаликів. Лакуні промивають 3-5 разів через добу. При абсцесі легень, бронхоектатичній хворобі, кістковій гіполізії легень, ускладнених нагноєнням, хронічному бронхіті з відділенням Деканасан® вводять ендобронхіально – через мікроскопозоскоп по 25-50 мл 1-2 рази на день, через трансанальний катетер по 5-10 мл 1 раз на день – методом ультразвукових іригацій по 5-10 мл 1-2 рази на день – за допомогою лаважу трахеобронхіального дерева в об'єм 100 мл. При лікуванні гігієно-запальних захворювань черевної та плевропальної порожнини ураження ділянку заповнюють до країв Деканасаном® з експозицією не менше 10 хв. При необхідності, в тому числі при ушанні «наглухо» (без дренажу), проводять багаторазове заповнення операційної порожнини з подальшим видаленням розчину до чистих промивань. Проточне-промивальне дренажування порожнини виконують за допомогою дренажів або пункцийним методом. Тривалість лікування – 2-4 тижні. Для лікування запальних захворювань слизової оболонки рота, виразково-некротичного гінгівіту, пародонтозу ІІІ ступеня з стадії загострення лікують шляхом аплікації по 25-50 мл протягом 10-15 хв або полоскання (100-150 мл) 4 рази на добу. Знезаражування шкіри рух та гумових рукавичок проводять шляхом нанесення 5-10 мл препарату на поверхню м'якої поверхні, що підлягає дезінфекції, протягом 5 хв. Ошченим медичним інструментам, загубникам, трубки обладнання дезінфікують шляхом занурення у розчин на 30 хв. Побічні ефекти. У подолічних випадках у деяких пацієнтів можлива підвищена індивідуальна чутливість. У таких осіб після застосування препарату можлива поява висипу на шкірі, печіння, свербіж та інших місцях аперічності реакції, при ендобронхіальному введенні може з'являтися віддітту жару за грудничку, що мінас через 20-30 хв після закінчення процедури. Крайові відступу. Без рецепта. Дані матеріали призначені для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. РП МОЗ України НР/А/5364/01/01 від 03.01.12. Перед застосуванням слід ознайомитися з інструкцією для медичного застосування та загальними застереженнями.



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



О.Ю. Іоффе, д. мед. н., професор, Т.В. Тарасюк, к. мед. н., Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

Доцільність застосування Декасану при санації черевної порожнини у хворих із розповсюдженим гнійним перитонітом



О.Ю. Іоффе



Т.В. Тарасюк

Інтенсивність і вид інтраабдомінального інфекційного забруднення при поширеному гнійному перитоніті суттєво впливають на ефективність лікування пацієнтів. Адекватність та своєчасність проведеного хірургічного втручання є вирішальними в перебігу захворювання. Метою дослідження було вивчення доцільності застосування декаметоксину як розчину для санації черевної порожнини (ЧП) у хворих із гнійним перитонітом.

У дослідженні проведено аналіз результатів лікування 50 хворих із поширеним гнійним перитонітом, спричиненим різними видами гострої абдомінальної патології. У 58% випадків основним фактором розвитку перитоніту була перфорація порожнистого органа. Усім хворим проводили бактеріологічне дослідження ексудату з ЧП на наявність мікроорганізмів та їх чутливість до антибіотиків. З метою санації ЧП використовували розчини антисептиків — декаметоксину та октенідину дигідрохлориду. Під час бактеріологічного дослідження ексудату, отриманого інтраопераційно при первинному оперативному втручанні, у 24% випадків було виявлено ріст бактеріальної флори. Застосування декаметоксину та октенідину дигідрохлориду як антисептиків під час виконання санації ЧП продемонстрували ефективну елімінацію збудника й статистично зіставні показники післяопераційного ліжко-дня ($p < 0,05$).

Інтраабдомінальна інфекція усе ще залишається однією з головних проблем загальної хірургії. [4] Аналіз літературних джерел і результати власних клінічних спостережень підтверджують актуальність твердження, що перитоніт та внутрішньочеревна інфекція не є синонімами. В ранні терміни виконання оперативного втручання при перфоративній виразки шлунка, дванадцятипалої кишки ми спостерігаємо стерильне запалення очеревини, тобто розповсюджений перитоніт, викликаний хімічними чинниками. На відміну від цього, внутрішньочеревна інфекція (intraabdominal infection) означає запалення очеревини, спричинене мікроорганізмами. Оскільки в клінічній практиці переважна більшість випадків перитоніту є бактеріальним, ці два терміни використовують взаємозамінно [2]. Внутрішньочеревна інфекція охоплює всі форми бактеріального перитоніту, внутрішньочеревних абсцесів та інфекцій внутрішньочеревних органів [4].

Існує декілька класифікаційних систем для перитоніту та внутрішньочеревних інфекцій відповідно. Проте ані феноменологічні

класифікації, ані класифікаційні системи щодо етіології бактеріального забруднення не є вирішальними для клінічного перебігу цього захворювання. Крім того, більшість досліджень, що стосуються перитоніту або внутрішньочеревних інфекцій, погано порівнюються через те, що критерії включення суттєво різняться. Отже, справжню поширеність бактеріального перитоніту складно оцінити. Що стосується його етіології, то перфорація порожнистого органа є основною причиною розвитку післяопераційного перитоніту, ішемічного ураження стінки кишечника, інфекції внутрішньочеревних органів і транслокації в небактеріальний перитоніт. До основних предикторів результатів лікування не відноситься анатомічне походження бактеріального забруднення й мікробіологічних знахідок [4].

Патогенез внутрішньоабдомінальних інфекцій визначається бактеріальними факторами, які впливають на перехід від забруднення до інфекції. Бактеріальні агенти призводять до майже рівномірної реакції запалення, яка викликається відповіддю на них мезотеліальних клітин і черевних мезотеліальних макрофагів, а також включає плазматичні системи, ендотеліальні клітини, поза- та внутрішньосудинні лейкоцити. Місцевими наслідками такої активації є трансміграція гранулоцитів з очеревини на мезотеліальну поверхню й розширення перитонеальних кровоносних судин, що призводить до підвищення проникності та набряку очеревини, утворення насиченого білками перитонеального ексудату [4].

Уперше дані про хірургічне лікування перитоніту з'явилися в XIX столітті (Mikulicz, 1889; Kronlein, 1885; Korte, 1892). М. Кіршнеру в 1926 році одному з перших вдалося знизити рівень смертності від перитоніту з 80-100 до 60% завдяки впровадженню хірургічного лікування. Однак на той час існували упередження, що осушення ЧП при перитоніті «фізично та фізіологічно неможливе» (Yates, 1905). З 1926 року смертність від перитоніту зменшилася в середньому на 30-40% завдяки

впровадженню нових оперативних методик, застосуванню антибіотиків та проведенню інтенсивної терапії у цієї категорії хворих. Збудники, які зазвичай виявляються при бактеріальному перитоніті, є грамнегативними (наприклад, *E. coli*) та анаеробами (наприклад, *Bacteroides fragilis*) [1]. Однак визначити чіткий спектр мікрофлори, яка є чинником розвитку розповсюдженого перитоніту, доволі складно. Це зумовлено широкою варіацією патології, що є первинним джерелом розвитку запального деструктивного процесу в ЧП, а також часом виконання оперативного втручання від моменту початку захворювання та діагностичними можливостями бактеріологічної лабораторії, у якій вивчається отриманий інтраопераційно з ЧП ексудат.

При подальшому розвитку перитоніту може бути виявлений більш широкий спектр патогенних мікроорганізмів (наприклад, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter spp.*, *Enterococcus spp.*). Протимікробна резистентність бактеріальної флори, отриманої інтраопераційно, здатна визначати тяжкість післяопераційної інфекції та ускладнень [1].

Наразі погляди фахівців щодо впливу виду патогенів на результат лікування змінилися, порівняно з початком 80-х років минулого століття. Сьогодні відомо, що імунна відповідь, спричинена вторгненням патогенів, є вирішальним елементом для досягнення позитивного результату лікування інтраабдомінальної інфекції. У випадках, коли запальна реакція стає погано контрольованою, провокуючи розвиток поліорганної недостатності, операція вже не здатна обмежити імунну відповідь. Це свідчить про необхідність своєчасного виконання оперативного втручання та санації черевної порожнини у разі підозри на перитоніт [1].

Хірургія залишається наріжним каменем лікування перитоніту. Під час виконання будь-якого виду операції при розповсюдженому перитоніті має бути обов'язково дотримано два основних принципи лікування внутрішньочеревних інфекцій:

- ранній та остаточний контроль джерела інфекції;

- елімінація бактеріального забруднення й токсинів із ЧП [3].

Прогностичними чинниками ефективного лікування розповсюдженого перитоніту є передопераційний стан хворого, своєчасність та адекватність хірургічної санації джерела інфекції і відповідь на лікування [4].

В умовах поширеного гнійного перитоніту техніка «відкритого» ведення рани з повторними програмованими санаціями ЧП є надзвичайно ефективною [3]. Інтраопераційний лаваж ЧП — традиційний етап оперативного втручання у хворих на розповсюджений перитоніт у сучасній хірургічній практиці, однак він поки що не продемонстрував суттєвого зниження показників клінічної летальності [1]. Показаннями до здійснення планового повторного лаважу ЧП є неможливість досягти адекватного контролю над джерелом інфекції при первинному оперативному втручанні, дифузний каловий перитоніт, нестабільність гемодинамічних показників та внутрішньочеревна гіпертензія. Велика кількість повторних програмованих санацій ЧП може бути пов'язана із суттєвим зростанням ризику післяопераційних ускладнень, у тому числі за рахунок гіперактивації імунної запальної реакції, розвитку порушень електролітного обміну, гіпотонії. Саме тому важливо визначити оптимальну частоту та кількість санаційних релапаротомій, ураховуючи ризик продовження некротичного та інфекційного процесу в ЧП [3].

Результати представлених у літературі досліджень щодо ефективності, специфічних показань та особливостей виконання програмованих санацій ЧП у хворих із розповсюдженим перитонітом є недостатньо конкретними або ж містять статистично незіставну вибірку цих пацієнтів [3].

Немає абсолютної достовірності того, що додавання антибіотиків до інтраопераційного лаважу збільшує виживання хворих (клас доказів В і С) [1]. Саме тому вибір розчину для санації, а також його ефективність у процесі елімінації бактеріального збудника з ЧП відіграють

Продовження на стор. 22.

Доцільність застосування Декасану при санації черевної порожнини у хворих із розповсюдженим гнійним перитонітом

Продовження. Початок на стор. 21.

важливу роль у досягненні позитивних результатів лікування та зменшенні відсотка необхідності виконання інтраабдомінального лаважу.

Метою дослідження було вивчення доцільності застосування декаметоксину як розчину для санації ЧП у хворих на розповсюджений гнійний перитоніт.

Матеріали і методи

У клініці кафедри загальної хірургії № 2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця на базі хірургічного відділення Міської клінічної лікарні м. Києва у період із січня 2015 по лютий 2018 року перебувало на лікуванні 50 хворих із розповсюдженим гнійним перитонітом. Середній вік пацієнтів становив $64 \pm 12,5$ року (чоловіків – 34, жінок – 16). Усім хворим проводили оперативне втручання в ургентному порядку. Об'єм оперативного втручання залежав від типу виявленої нозології, що спричинила розвиток розповсюдженого гнійного перитоніту. Хворим були виконані такі основні етапи: лапаротомія, ревізія ЧП, інтраопераційний лаваж і дренажування ЧП. Усім пацієнтам проводили бактеріологічне дослідження ексудату з ЧП на наявність мікроорганізмів та їх чутливість

до антибіотиків. З метою санації ЧП використовували розчини антисептиків – декаметоксину (препарат Декасан, ТОВ «Юрія-Фарм», Україна) та октенідину дигідрохлорид (препарат Октенісепт, «Шюльке і Майр ГмбХ», Німеччина). Також хворим проводили парентеральну антибактеріальну терапію. Вибір антибактеріального препарату залежав від «поверху» локалізації джерела інфекції в ЧП, виду первинної патології, а також чутливості виявленої бактеріальної мікрофлори. Перевагу віддавали препаратам групи карбапенемів.

Статистичну обробку результатів досліджень здійснювали за допомогою пакета програм «Statistica 10.0» та «Microsoft Office Excel 2010».

Результати та їхнє обговорення

Під час аналізу результатів дослідження було встановлено, що в усіх хворих перитоніт був спричинений деструктивним процесом органів ЧП. У таблиці 1 представлено спектр розвитку розповсюдженого гнійного перитоніту.

З таблиці 1 видно, що у 58% випадків основним фактором розвитку перитоніту була перфорація порожнистого органа. При цьому в 54% випадків спостерігався патологічний деструктивний процес різних відділів товстої кишки. З огляду на дані літератури,

саме транслокація мікрофлори товстої кишки стає провідним фактором у розвитку розповсюдженого гнійного перитоніту [2].

Пацієнти були розподілені на дві групи, зіставні за типом нозології та її структурою ($p < 0,05$). У дослідній групі ($n=24$) санацію порожнини виконували розчином декаметоксину об'ємом 1000 мл з експозицією 10 хв. У контрольній групі ($n=26$) лаваж ЧП здійснювали розчином октенідину дигідрохлориду, розведеним у теплому ізотонічному 0,9% розчині натрію хлориду у співвідношенні 1:4 загальним об'ємом 1000 мл.

Варіабельність патології, що спричинила розвиток розповсюдженого перитоніту, а також різні терміни діагностики патології й проведення оперативного втручання не дають змоги провести кореляцію між інтраопераційною картиною та особливостями перебігу захворювання ($p < 0,05$). З огляду на вищезазначене, було вирішено проаналізувати тип і ступінь бактеріального забруднення ексудату з ЧП. Під час бактеріологічного дослідження ексудату, отриманого інтраопераційно при первинному оперативному втручанні, у 38 (76%) випадках не було виявлено росту бактеріальної флори. У 12 (24%) випадках встановлено ріст колоній патогенних мікроорганізмів, перелік яких представлений у таблиці 2.

Під час аналізу даних, наведених у таблиці 2, встановлено, що в більшості випадків (92%) бактеріальне забруднення ЧП представлено мікрофлорою товстого кишечника. Виявлені мікроорганізми входили до спектра антимікробної активності декаметоксину та октенідину дигідрохлориду.

У 8 (16%) випадках виникла необхідність у проведенні програмованих санацій ЧП. При цьому спостерігалось зіставне співвідношення в групах – 4 (16,6%) випадки в дослідній і 4 (15,3%) випадки в контрольній ($p < 0,05$). Усі ці хворі ввійшли до групи, у яких при первинному оперативному втручанні в ексудаті виявлено ріст патогенної мікрофлори, представленої в таблиці 2. У контрольній та дослідній групах повторну санацію ЧП виконували за допомогою розчину антисептика відповідно до обраної групи. У 3 (6%) випадках клінічний перебіг захворювання потребував проведення повторного інтраопераційного лаважу розчинами антисептиків через 48 год. В усіх 8 випадках контрольної та дослідної груп під час повторних санацій ЧП у наявному ексудаті ріст бактеріальної флори не виявлено. Це може свідчити про адекватність ліквідації джерела інфекції при первинному

оперативному втручанні та перевагу реактивних запальних змін очеревини в патогенезі розвитку продовженого перитоніту.

При порівнянні тривалості перебування в стаціонарі у післяопераційному періоді статистично значущої різниці в контрольній та дослідній групах не виявлено ($p < 0,05$). Утім, варіабельність видів патології, що спричинила розвиток розповсюдженого гнійного перитоніту, віку, наявності супутніх соматичних захворювань та обмежена кількість спостережень не дають змогу провести статистично достовірну кореляцію показників відповідно до післяопераційного ліжко-дня.

Отже, аналізуючи вищенаведені результати дослідження, необхідно звернути увагу на те, що вивчати особливості лікування розповсюдженого гнійного перитоніту надзвичайно складно. Це зумовлено широким спектром патологій, які спричиняють бактеріальне забруднення ЧП. При цьому лабораторне підтвердження бактеріального компонента й чутливість мікрофлори до антибактеріальних препаратів мають бути пріоритетними у визначенні обсягу подальшої консервативної терапії. Застосування антисептиків при виконанні інтраабдомінального лаважу дозволяє ліквідувати мікробну контамінацію перитонеального ексудату. Однак варіабельність призначеної антибактеріальної терапії обмежує достовірність результатів дослідження й першочергове значення в елімінації бактеріальних патогенів.

Застосування декаметоксину та октенідину дигідрохлориду як антисептиків під час виконання санації ЧП продемонструвало ефективну елімінацію збудника й статистично зіставні показники післяопераційного ліжко-дня. Тому доцільним є вивчення економічної ефективності використання різних видів антисептиків, у тому числі декаметоксину, при наданні медичної допомоги хворим із розлитим гнійним перитонітом.

Висновок

Застосування декаметоксину – антисептика з числа четвертинних амонієвих сполук – під час виконання санації черевної порожнини дає змогу ефективно ліквідувати бактеріальне забруднення інтраабдомінального ексудату при лікуванні хворих на розповсюджений гнійний перитоніт.

Література

- Holzheimer R.G., Mannick J.A. Surgical Treatment: Evidence-Based and Problem-Oriented. Munich: Zuckschwerdt; 2001; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK6950/>.
- Schein M. Peritonitis: Contamination and Infection – Principles of Treatment. In: Schein's Common Sense Emergency Abdominal Surgery. Springer, Berlin, Heidelberg, 2000.
- Ruben Peralta. Surgical Approach to Peritonitis and Abdominal Sepsis. <https://emedicine.medscape.com/article/1952823-overview> (Publication date: Jul 21, 2017).
- Farthmann E.H., Schoffel U. Epidemiology and pathophysiology of intraabdominal infections (IAI). Infection (1998) 26: 329. September 1998, Volume 26, Issue 5, p. 329-334; <https://doi.org/10.1007/BF02962266>.