

# ДЕКАСАН®

## АНТИСЕПТИК для зовнішнього та внутрішньо- порожнинного застосування



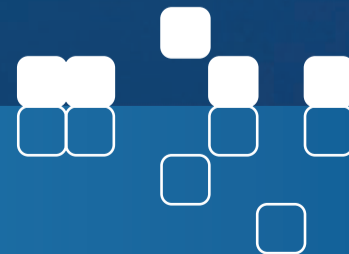
### Висока ефективність при лікуванні:

- 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. Фармакологічна 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, бронхоектатичній хворобі, кістозній гіполлазі легень, ускладненій нагноюванням, хронічному бронхіті у фазі загострення, хронічному тонзиліті, ангіні, носійстві стафілококів та дифтерійних паличок, виразковому коліті, парaproктиті. 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 порожнин. 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. Ідивідуальна 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 дб. 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). Дистрофічно-запальну форму пародонтозу ІІ ступеня у стадії загострення лікують шляхом іригації теплим розчином патологічних карманів ясен (50-70 мл) або аплікації на ясна до затухання запальних явищ. Хворим з кандидозним ураженням слизової оболонки рота, виразково-некротичним гінгівітом призначають полоскання порожнини рота (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, бронхоектатичній хворобі, кістозній гіполлазі легень, ускладнених нагноюванням, хронічному бронхіті у фазі загострення Декасан® вводять ендобронхіально — через мікротрахостому по 25-50 мл 1-2 рази на день; через трансназальний катетер по 5-10 мл 1 раз на день — методом ульозвукової іригації по 5-10 мл 1-2 рази на день — за допомогою лазуру 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 виділенням розчину до чистих промивних вод. Проточно-промивальне дренування 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 вилиту 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, свербежу 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](http://www.uf.ua)



# Роль антибактериальных препаратов в лечении острого панкреатита

Несмотря на достигнутые успехи в лечении острого панкреатита, проблема все еще далека от разрешения. Количество больных острым панкреатитом постоянно увеличивается во всем мире. Легкая форма острого панкреатита встречается у 80-90% пациентов, протекает без осложнений, относительно легко поддается консервативной терапии и часто проходит спонтанно. Тяжелая форма, или острый некротический панкреатит, – одно из самых опасных заболеваний органов брюшной полости, а его хирургическое лечение является сложной проблемой современной панкреатологии и неотложной абдоминальной хирургии. Летальность при остром некротическом панкреатите как в Украине, так и за рубежом колеблется сегодня в пределах 15-30%. Инфицирование тканей поджелудочной железы при остром некротическом панкреатите приводит к резкому увеличению смертности – до 85,7%. Большое влияние на исход заболевания оказывает своевременное назначение соответствующих антибактериальных препаратов. О превентивной и этиотропной антибиотикотерапии острого панкреатита рассказал руководитель отдела лапароскопической хирургии и холелитиаза ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова» НАМН Украины (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Михаил Ефимович Ничитайло.



М.Е. Ничитайло

Профессор отметил, что по всей хирургической патологии нет заболевания со столь неоднозначным прогнозом, многокомпонентными патогенетическими аспектами и столь непредвиденным исходом, как острый панкреатит. Особенно тяжело поддаются лечению инфекционные осложнения острого панкреатита. Кроме того, это очень дорогостоящее лечение. Один день нахождения пациента с острым деструктивным инфицированным панкреонекрозом в отделении интенсивной терапии клиник Европы обходится в 10-12 тыс. долларов. Но даже при качественном мониторинге состояния пациента и применении передовых методов терапии летальность при инфицированном панкреонекрозе превышает 20%.

Если уровень ранней смертности при остром панкреатите в последние годы существенно снизился, то риск смертности, обусловленной инфекционными осложнениями, по-прежнему продолжает оставаться высоким. Таким образом, основным фактором риска летального исхода при остром панкреатите является инфицированный панкреонекроз, сопровождающийся развитием полиорганной недостаточности.

**Выбор терапевтической тактики при остром панкреатите зависит от степени тяжести заболевания. Соответственно выделяют:**

- 1. Легкий острый панкреатит:**
  - нет органной недостаточности;
  - нет локальных или системных осложнений.
- 2. Острый панкреатит средней степени тяжести:**
  - органная недостаточность ликвидируется на протяжении 48 часов от ее начала;
  - локальные или системные осложнения без персистирующей органной недостаточности.

- 3. Тяжелый острый панкреатит:**
  - персистирующая органная недостаточность (более 48 часов):
    - моноорганная недостаточность;
    - полиорганная недостаточность.

Для определения наличия органной недостаточности при остром панкреатите рекомендуется использовать модифицированную шкалу Marshall (табл.). Результат  $\geq 2$  для какой-либо системы по данной шкале означает наличие органной недостаточности.

**Наиболее значимыми возбудителями инфекционных осложнений острого некротического панкреатита являются:** Escherichia coli (24%), Klebsiella spp. (13%), Staphylococcus aureus (13%), Pseudomonas spp. (12%), Streptococcus spp. (9%), Enterococcus spp. (12%), Enterococcus faecalis (8%), Proteus spp. (6%), Bacteroides fragilis (6%), Candida albicans (5%). Чаще всего наблюдается доминирование аэробно-анаэробных ассоциаций (39%) либо аэробной монокультуры – 37% (М.Е. Ничитайло, Д.В. Андрищенко, 2015).

Инфицирование поджелудочной железы при остром панкреатите происходит преимущественно в более поздние сроки от его начала. В течение первой недели от начала заболевания развивается около 17% всех случаев инфицирования, второй недели – 28%, третьей недели – 24% и после трех недель от начала заболевания – 31%. У пациентов с острым панкреатитом, инфицированных в более поздние сроки (после второй недели), прогноз выживаемости существенно хуже. У них часто развиваются серьезные осложнения в виде эрозивных кровотечений, внутренних и наружных свищей, полиорганной недостаточности.

Существует достаточно много путей инфицирования поджелудочной железы при остром панкреатите. Сюда относятся гемато- и лимфогенный путь, рефлюкс содержимого 12-перстной кишки в просвет билиарного тракта, сопровождающийся развитием билиарного панкреатита, через дренажи, введенные в зону поджелудочной железы при оперативных вмешательствах по поводу острого панкреатита.

Проведение оперативного вмешательства в первые семь дней острого панкреатита даже при условии развития полиорганной недостаточности необоснованно (за исключением случаев сочетания деструктивного холестита с билиарным панкреатитом или наличия другой ургентной патологии). Поэтому введение дренажей в зону сальниковой сумки и марсупиализация (метод оперативного лечения кист) поджелудочной железы на ранних стадиях острого панкреатита на сегодняшний день считаются недопустимыми мероприятиями. Если же была выполнена лапаротомия, сальниковую сумку не следует вскрывать. Осмотр поджелудочной железы рекомендуется выполнять через малый сальник. В дальнейшем проводят интенсивную терапию, включая антибиотикотерапию.

**Специфическими показаниями для назначения антибиотиков при остром панкреатите являются:**

- прогрессирующая органная недостаточность;
- развитие синдрома системного воспалительного ответа;
- прогрессирующее клиническое ухудшение с/без признаков бактериальной инфекции;
- внепанкреатические инфекционные процессы (острый деструктивный холестит, холелитиаз);
- некротический панкреатит с поражением более 50% органа;
- период после оперативных вмешательств по поводу некротического панкреатита.

Целесообразность назначения антибиотиков с первых суток острого панкреатита (в том числе с целью профилактики развития

инфекционного процесса в поджелудочной железе) является неоднозначной. Согласно данным профессора Бегера раннее назначение адекватных антибиотиков при остром панкреатите уменьшает количество осложнений, но практически не оказывает никакого влияния на уровень летальности.

Эффективность антибактериальной терапии зависит от резистентности микроорганизмов к антибиотикам, создаваемой концентрации антибиотика в ткани поджелудочной железы через два часа после его введения, спектра бактерий из инфекционного очага данного органа, выраженности подавления антибиотиком обнаруженных микроорганизмов.

Согласно данным, полученным в Институте хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова и городском панкреатологическом центре на базе кафедры общей хирургии Львовского национального медицинского университета имени Данила Галицкого, резистентность анаэробных микроорганизмов, выделяемых у пациентов с инфекционными осложнениями острого панкреатита к двум и более антибиотикам, имела место более чем в половине случаев: к двум антибиотикам – у 39,1%, к трем – у 12,2%, к четырем и более препаратам – у 8,7% (М.Е. Ничитайло, Д.В. Андрищенко, 2015). Эти результаты свидетельствуют о достаточно высоком уровне резистентности возбудителей к антибиотикам и необходимости обоснованного выбора того или иного препарата.

**Антибиотикотерапия острого некротического панкреатита должна проводиться поэтапно.**

**Первый этап (эскалационная терапия)** предусматривает максимально раннее начало лечения наиболее эффективным антибиотиком, охватывающим широкий спектр бактериальных патогенов, с учетом тяжести состояния больного. Как правило, с этой целью назначают карбапенемы. К сожалению, массовое применение карбапенемов привело к существенному росту резистентности к ним возбудителей внутрибольничных инфекций. В настоящее время только у 1/3 пациентов с некротическим панкреатитом удается получить адекватный клинический ответ на проводимую терапию карбапенемами. Поэтому в настоящее время многие специалисты отдают предпочтение стартовому назначению фторхинолонов.

**Второй этап** – первая коррекция терапии с учетом полученных этиологических данных (спустя 24-36 ч с момента посева бактериальной культуры).

**Третий этап** – повторная коррекция антибиотикотерапии с учетом результатов чувствительности микрофлоры к антибиотикам (на 3-4 сутки). Возможен переход на антибиотики узкого спектра – фторхинолоны, орнидазол, цефалоспорины.

Описанная стратегия соответствует новой концепции эмпирической антибиотикотерапии – так называемой тактике интервенции, получившей в настоящее время широкое распространение (R.G. Masterton, 2008; A.C. Rodloff et al., 2006). Она предусматривает использование в качестве стартового антибиотика с максимально интенсивным действием с последующей коррекцией терапии, учитывающей результаты определения чувствительности возбудителя к антибиотикам (G. Hoffren et al., 2002; J. Chastre et al., 2003). Основная цель тактики интервенции – оптимизировать клинический исход посредством предупреждения возникновения устойчивости возбудителей к антибактериальному препарату.

Как было сказано выше, широкое назначение карбапенемов в качестве эмпирической антибиотикотерапии привело к существенному снижению их эффективности. Поэтому в последнее время на начальном этапе лечения пациентов с инфицированным панкреонекрозом отечественные хирурги часто применяют такие препараты, как Линезолид (линезолид) и Грандазол (комбинация орнидазола с левофлоксацином). Линезолид на сегодняшний день является единственным представителем класса оксазолидинонов. Он эффективен в лечении тяжелых инфекционных заболеваний, вызванных резистентными к другим антибиотикам грамположительными бактериями.

При неэффективности консервативного лечения показано оперативное вмешательство: лаваж брюшной полости, пункция и дренирование некротических очагов под контролем ультразвука, открытая некрэктомиа.

**Пункционные методы лечения инфицированных кист поджелудочной железы целесообразно дополнять промыванием антисептическими растворами.** С этой целью можно рекомендовать использование препарата Декасан, содержащего антисептик декаметоксин. Декасан высокоактивен в отношении устойчивых к антибиотикам микроорганизмов. Важно отметить, что в процессе лечения препаратом Декасан повышается чувствительность резистентных микроорганизмов к антибиотикам. Например, известно, что декаметоксин потенцирует антимикробное действие  $\beta$ -лактамов на штаммы стафилококка в 128 раз, а тетрациклина по отношению к стафилококку – до 1000 раз.

Комплексный подход к лечению пациентов с инфицированным панкреатитом позволяет существенно улучшить исходы заболевания. За последние несколько лет в клинике лапароскопической хирургии и холелитиаза Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова было пролечено 260 пациентов с инфицированным панкреатитом со следующими результатами. Изолированный консервативный подход с эмпирическим назначением антибактериальных препаратов привел к излечению 27 пациентов. Кроме того, применяли консервативный подход в комбинации с мининвазивными вмешательствами – преимущественно чрескожное пункционное дренирование некроза, а также лапароскопические некрэктомии (выполнено у 76 пациентов) и открытые некрэктомии (131 пациент). Общая летальность составила 10,2%, что является на сегодня достаточно хорошим результатом.

Таким образом комплексное лечение больных с инфицированным панкреатитом, включающее применение адекватных антибактериальных препаратов и местных антисептиков во время оперативного вмешательства, позволяет существенно улучшить прогноз выживаемости.

Подготовил Вячеслав Килимчук

Система	Показатели по количеству баллов				
	0	1	2	3	4
Дыхательная система (PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> )	>400	301-400	201-300	101-200	<101
Мочевыделительная система (креатинин в сыворотке, мкмоль/л)*	≤134	134-169	170-310	311-439	>439
(креатинин в сыворотке, мг/дл)	<1,4	1,4-1,8	1,9-3,6	3,6-4,9	>4,9
Сердечно-сосудистая система (систолическое артериальное давление, мм рт. ст.)**	>90	<90, больной реагирует на введение инфузионных растворов	<90, больной реагирует на введение инфузионных растворов	<90, pH <7,3	<90, pH <7,3

\*Количество баллов у больных с сопутствующей хронической почечной недостаточностью зависит от степени ухудшения исходной функции почек; нет коэффициента для исходного уровня креатинина  $\geq 134$  мкмоль/л (1,4 мг/дл).  
\*\*Без инотропной поддержки.