

# Ефективна антибіотикотерапія в лікуванні акушерського сепсису

15-16 листопада в Києві відбувся II Міжнародний конгрес із раціонального використання антибіотиків у сучасному світі. Цей захід вразив відвідувачів масштабністю та насиченістю програми. Особливу увагу в рамках заходу було приділено сучасним проблемам інтенсивної терапії та анестезіологічного забезпечення в акушерстві й гінекології.

Актуальну тему «Ризик інфекційно-запальних ускладнень у клініці вагітності високого ризику: ваші запитання експерту» висвітлювала у своїй доповіді керівник відділу акушерських проблем екстрагенітальної патології ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології» НАМН України (м. Київ), доктор медичних наук, професор Юлія Володимирівна Давидова.

Насамперед вона зазначила, що 2016 року, після публікації 3-го Міжнародного консенсусу щодо визначення сепсису та септичного шоку, було запропоновано нові характеристики даних станів. Так, сепсис — це загрозлива для життя органна дисфункція, спричинена порушенням регуляції реакції організму на інфекцію. Септичний шок — пов'язаний із сепсисом стан, який проявляється вищим ступенем вираженості циркуляторних, клітинних та метаболічних порушень, що потребують вазопресорної підтримки для досягнення значення середнього артеріального тиску (АТ)  $\geq 65$  мм рт. ст., а також збільшення рівня лактату в сироватці крові  $> 2$  ммоль/л після адекватної рідинної ресусцитації.

Що стосується акушерського сепсису, то частіше за все він виникає внаслідок потрапляння інфекції в матку під час пологів або в післяпологовому періоді, що призводить до розвитку післяпологового ендометриту. Стикатися з даною патологією доводиться доволі часто. Загальна поширеність сепсису серед вагітних і породіль у світовій популяції становить 4,4% — це понад 5-7 млн випадків на рік. Поширенню даної патології сприяє зростання кількості супутніх захворювань у вагітних, збільшення частоти проведення інвазивних процедур (амніоцентез, кордоцентез, серкляж), ріст бактеріальної резистентності (на 9% щорічно) та збільшення кількості осіб з імуносупресією (табл. 1).

Для профілактики акушерського сепсису було виділено ряд акушерських процедур, за 15-60 хв до початку яких слід застосувати внутрішньовенне введення антибіотиків. До таких процедур відносяться:

- плановий та екстрений кесарів розтин (профілактика проводиться перед розрізом, коли це можливо);
- накладання швів при розривах III ступеня;
- ручне видалення плаценти;
- застосування балонної тампонади матки.

## Якими є фактори ризику септичних ускладнень в акушерстві?

До факторів ризику септичних ускладнень в акушерстві відносяться:

- ранова поверхня в матці (плацентарний майданчик);
- скупчення в порожнині матки крові, децидуальної тканини (затримка фрагментів посліду — живильний субстрат для розмноження мікроорганізмів);
- оперативні пологи (кесарів розтин);
- розриви промежини під час пологів (III ступінь);
- асистовані вагінальні пологи;
- зниження скорочувальної здатності матки за відмови від виключно грудного вигодовування;
- тривалі пологи (у т.ч. тривалий безводний проміжок  $\geq 12$  год);
- дисбіотичні й запальні захворювання нижніх відділів пологових шляхів (особливо рецидиви під час вагітності);
- зниження імунітету породіллі, посилена кровотрата при пологах;
- низький соціально-економічний статус пацієнта.

Згідно із класифікацією післяпологових інфекційних захворювань Сазонова — Бартельса, існують декілька етапів їх розвитку:

- інфекція обмежена ділянкою пологової рани — післяпологовий ендометрит, післяпологова виразка (на промежині, стінці піхви, шийці матки);
- інфекція поширилася за межі пологової рани, але залишилась локалізованою в межах малого таза: метрит, параметрит, сальпінгоофорит, пельвіоперитоніт, обмежений тромбофлебіт (метротромбофлебіт, тромбофлебіт вен таза);
- інфекція поширилася за межі малого таза і має тенденцію до генералізації: розлитий перитоніт, септичний шок, анаеробна газова інфекція, прогресуючий тромбофлебіт;
- генералізована інфекція: сепсис (септицемія, септикопемія).

Для збільшення ймовірності правильного встановлення діагнозу в пацієнтів із підозрою на генералізовану інфекцію було створено шкалу SOFA (Sepsis Related Organ Failure Assessment) та її спрощену версію — qSOFA (quick Sepsis Related Organ Failure Assessment). Ці шкали пізніше були модифіковані для використання в акушерстві (табл. 2, 3).

Наявність двох із трьох балів за шкалою qSOFA у пацієток із підозрою на інфекцію свідчить про високий ризик летального наслідку або тривалого перебування у відділенні інтенсивної терапії.

Доповідач нагадала, що пріоритетними ознаками сепсису у вагітних/породіль є температурна реакція, рівень С-реактивного білка та лактату. Вона також звернула увагу колег на відносно нові діагностичні біомаркери сепсису — прокальцитонін та пресепсин.

Прокальцитонін — це поліпептид і неактивний попередник гормону кальцитоніну, що посилено виробляється при запаленні. Він допомагає від диференціювати бактеріальний сепсис від неінфекційних SIRS (systemic inflammatory response syndrome, синдром системної запальної відповіді) і прийняти рішення про початок або припинення антибіотикотерапії. Пресепсин — циркулюючий білок, концентрація якого підвищується вже через 1 год після ініціації інфекційного процесу й збільшується в разі розвитку системної інфекції, сепсису та септичного шоку. Показник був відкритий у 2005 році у Японії і є специфічним щодо грам-позитивних та грамнегативних мікроорганізмів, а також може зростати у разі тяжкої вірусної інфекції.

Основні збудники, що викликають акушерський сепсис:

- грамнегативні (*Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.*, *Enterobacter spp.*, *Morganella morganii*, *Pseudomonas aeruginosa* та інші ентеробактерії);
- грам-позитивні (*Enterococcus spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*);
- облигатні анаероби (*Bacteroides fragilis*, *Bacteroides spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Clostridium spp.*, *Peptococcus spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, *Lactobacillus spp.*).



Ю.В. Давидова

Професор Ю.В. Давидова зазначила, що після оцінки загального стану жінки, у якій є підозри на системну інфекцію, з використанням шкали SOFA слід виконати наступне (схема):

- упродовж 1 год зробити бактеріальний посів крові (до початку призначення антибіотиків);
- визначити рівень лактату;
- розпочати проведення інфузійної терапії кристалоїдами з розрахунку 30 мл/кг рідини (для підтримання систолічного АТ  $> 65$  мм рт. ст.);
- розпочати антибіотикотерапію препаратами широкого спектра дії.

У якості вазопресорів слід застосовувати норепінефрин через центральний доступ, у разі його неефективності — гідрокортизон у дозі 200 мг/добу. Також доцільним є проведення профілактики тромбозу глибоких вен, раннього ентерального харчування та запобігання виникненню гіперглікемії  $> 180$  мг/дл.

На вибір антибіотику при лікуванні сепсису має впливати локалізація первинного вогнища інфекції (табл. 4). Однак дедалі частіше зустрічаються випадки резистентності мікроорганізмів до рекомендованих антибіотиків, що пов'язано з нераціональним використанням останніх.

## Що слід робити у випадку резистентності до рекомендованих антибіотиків?

У такому разі можливе застосування фіксованих комбінацій антибіотиків. Однією із таких є препарат Грандазол, що містить 2,5 мг/мл левофлоксацину та 5 мг/мл орнідазолу. Левофлоксацин —

Таблиця 2. Модифікована для акушерства шкала SOFA

| Параметр                        | Бали       |                  |                      |
|---------------------------------|------------|------------------|----------------------|
|                                 | 0          | 1                | 2                    |
| Респірація $PaO_2/FiO_2$        | $\geq 400$ | 300-400          | $\leq 300$           |
| Коагуляція (рівень тромбоцитів) | $\geq 150$ | 100-150          | $< 100$              |
| Білірубін                       | $\leq 20$  | 20-32            | $> 32$               |
| Систолічний АТ, мм рт. ст.      | $\geq 70$  | $< 70$           | Потрібні вазопресори |
| Центральна нервова система      | Реакція    | Реакція на голос | Реакція на біль      |
| Рівень креатиніну               | $\leq 90$  | 90-120           | $> 120$              |

Примітки:  $PaO_2$  — парціальний тиск кисню в артеріальній крові;  $FiO_2$  — фракція кисню, що вдихається.

Таблиця 3. Модифікована для акушерства шкала qSOFA

| Параметр                     | Бали                 |                      |
|------------------------------|----------------------|----------------------|
|                              | 0                    | 1                    |
| Систолічний АТ               | $\geq 90$ мм рт. ст. | $\leq 90$ мм рт. ст. |
| Частота дихальних рухів (ДР) | $\leq 25$ ДР/хв      | $\geq 25$ ДР/хв      |
| Зміна свідомості             | Реагує               | Не реагує            |

Продовження на стор. 5.

Таблиця 1. Основні причини інфікування при сепсисі

| Причини      |                              |  |
|--------------|------------------------------|--|
|              | До пологів                   | Після пологів                          |
| Акушерські   | Септичний аборт              | Ендометрит                             |
|              | Хоріоамніоніт                | Ранова інфекція                        |
| Неакушерські | Інфекції сечовивідних шляхів | Інфекції сечовивідних шляхів           |
|              | Пневмонія                    | Пневмонія                              |
|              | Апендицит                    | Захворювання шлунково-кишкового тракту |

# Ефективна антибіотикотерапія в лікуванні акушерського сепсису

Продовження. Початок на стор. 3.

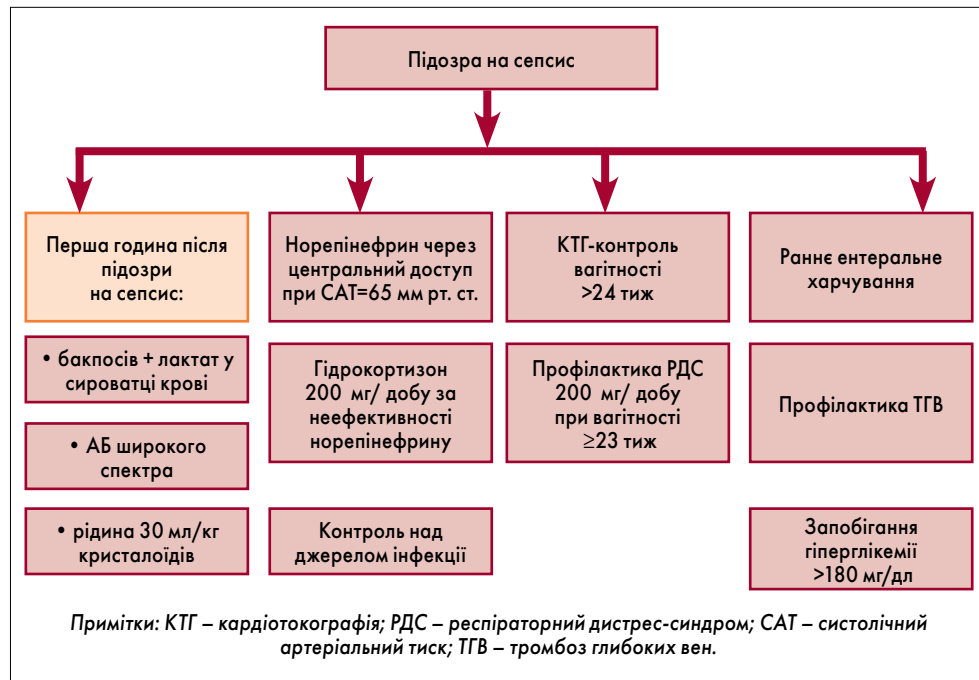


Схема. Алгоритм дії при підозрі на сепсис

фторхінолон 3-го покоління з широким спектром протимікробної дії, включаючи грамозитивні, грамнегативні, анаеробні та атипичні мікроорганізми. Левофлоксацин швидко надходить у вогнище запалення й має здатність проникати через бактеріальні біоплівки, що дає можливість застосовувати препарат при хронічних запальних процесах. Орнідазол – антимікробний засіб, похідне 5-нітромідазолу. Крім вищезгаданого спектра мікроорганізмів препарат здатен впливати також на найпростіші (*Balantidium coli*, *Blastocystis hominis*, *Trichomonas vaginalis*, *Trichomonas foetus*, *Giardia intestinalis* і *Entamoeba histolytica*). Препарат добре переноситься, і, що дуже важливо, до нього доволі рідко розвивається резистентність. Період напіввиведення обох препаратів складає 12-14 год. Застосовувати Грандазол слід 1 раз на добу, що значно підвищує комплаєнс.

Доповідач продемонструвала результати власного дослідження, в якому було відмічено, що ефективність призначення Грандазолу в жінок із уродженими вадами серця після кесаревого розтину на фоні анемії I-II ступенів призвело до повної ерадикації патогенних мікроорганізмів у 95% випадків. Однак препарат протипоказано застосовувати в період вагітності та годування грудьми.

До групи антибіотиків резерву при акушерському сепсисі відноситься тобраміцин. Він є представником групи аміноглікозидів, і має застосовуватись у вагітних лише в разі, якщо користь перевищує ризик від його застосування. Препарат Браксон (тобраміцин) вирізняється високою активністю відносно грамнегативних мікроорганізмів і має виражений синергізм щодо  $\beta$ -лактамних антибіотиків. Це дозволяє використовувати препарат і в якості монотерапії, і в комбінації з іншими антибактеріальними засобами. Браксон може застосовуватись у пацієнтів будь-якого віку, тому випускається у двох дозуваннях (для дітей та дорослих): 40 і 80 мг в ампулі.

### Коли слід проводити розродження вагітної із сепсисом?

Відповідаючи на це питання, професор Ю.В. Давидова зазначила, що оскільки наявність сепсису не є безпосереднім показанням до пологів (за винятком випадків хоріоамніоніту), то рішення про розродження має прийматись індивідуально й залежати від терміну гестації, а також від стану матері та плода. На сьогодні немає жодних доказів того, що пологи покращують стан матері, тому вони мають бути зарезервовані за звичайними акушерськими

показаннями після стабілізації стану. У більшості випадків реанімація, яка покращує гемодинаміку матері, сприятиме поліпшенню внутрішньоплацентарної перфузії й стану плода.

### Які можливі наслідки сепсису в акушерстві?

Згідно з результатами ірландського дослідження, при бактеріемії частота передчасних пологів становить 16,8%, що майже у 3 рази перевищує показник у контрольних групах. Серед жінок із передпологовою бактеріемією маткового походження 69% мали передчасні пологи.

### Які основні заходи допомагають запобігти летальному наслідку в разі акушерського сепсису?

Відповідь на це питання лежить у трьох площинах:

- виключення затримки надання медичної допомоги при підозрі на сепсис та ескалація допомоги;
- призначення антибіотикотерапії в 1-шу годину після діагностики септичного стану, яка забезпечить надійне покриття можливих збудників (за даними досліджень, 73% померлих від сепсису отримували неадекватну антибіотикотерапію);
- раннє залучення консультантів, які мають досвід у галузі інфекційних захворювань в акушерстві, що може прискорити лікування сепсису та сприяти покращенню результатів.

Оскільки вагомою часткою всіх причин сепсису є післяопераційні гнійні ускладнення, не зайвим буде нагадати про мікробну деконтамінацію мікроорганізмів перед початком оперативного втручання й перед ушиванням операційної рани. До такої відносять антисептику та хіміотерапію. Говорячи про антисептики, на сьогодні виділяють такі їх види:

- хімічні елементи та їх похідні (хлор, бром, йод, срібло, цинк та ін.);
- біоорганічні сполуки (мікроцид, граміцидин, лізоцим та ін.);
- антисептичні органічні речовини абиогенної природи (поверхнево-активні речовини – ПАВ, похідні спиртів, фенолів, альдегідів, сульфаніламідні препарати для місцевого застосування та ін.).

Антисептики підвищують проникність клітинної стінки бактерій, денатурують її білки, блокують мікробні ферменти, за рахунок чого досягається бактеріостатичний ефект. Також антисептики здатні підсилювати та пролонгувати ефект антибіотиків.

Найсучаснішими з використовуваних антисептиків є представники іоногенних ПАВ. Ці препарати мають найбільшу антимікробну активність порівняно з іншими представниками даної групи й діють на грамозитивні та грамнегативні бактерії, дріжджові та нитчасті гриби. Типовим представником іонних ПАВ є декаметоксин, що на українському фармацевтичному ринку представлений у вигляді препарату Декасан. Останній здатен інактивувати екзотоксин збудників, руйнувати їхню структуру та засоби прикріплення (фімбрії, джгутики) і має виражений бактерицидний ефект. Розчином Декасану обробляють ділянку підшкірно-жирової клітковини перед ушиванням операційної рани. Важливою відмінністю від інших антисептиків є здатність Декасану не зв'язуватися в рані з білками (зокрема, з фібрином), завдяки чому він зберігає свою високу антисептичну активність. Підігрівання препарату

до 38 °C перед застосуванням значно підвищує його ефект. Декасан випускається у флаконах по 100, 200 та 400 мл. Це високоєфективний антисептик, який доцільно використовувати для профілактики септичних станів та лікування бактеріальних, вірусних, грибкових і протозойних уражень.

### Роль детоксикації у веденні акушерського сепсису

Автор доповіді зауважила, що наступним важливим кроком у лікуванні акушерського сепсису є проведення детоксикаційних заходів. З цією метою найкращим вибором стане використання розчину Реосорбілакт. Цей збалансований розчин не лише забезпечує комплексну фармакологічну дію, а й покращує реологічні властивості крові та позитивно впливає на параметри мікроциркуляції, що, у свою чергу, створює сприятливі умови для збільшення ефективності введених антибіотиків. Вже через 12 год від початку застосування Реосорбілакту знижується ступінь вираженості ендогенної інтоксикації. Це досягається шляхом вимивання метаболітів та токсичних продуктів обміну з уражених клітин, тканин і органів, що покращує перфузію останніх. За рахунок цього збільшується об'єм циркулюючої крові, відбувається гемодилуція та зниження концентрації метаболітів у плазмі крові. Усі компоненти розчину містяться в ізоосмолярній концентрації, що мінімізує ризик виникнення побічних ефектів.

### Висновки

- Поширеність акушерського сепсису у світовій популяції – 4,4%, а це понад 5-7 млн випадків на рік. Для правильного встановлення діагнозу слід застосовувати клінічні ознаки, лабораторні показники (прокальцитонін, пресепсин) та модифіковані для акушерства шкали qSOFA та SOFA. Після оцінки загального стану жінки, у якій підозрюється системна інфекція, слід впродовж 1 год розпочати антибіотикотерапію препаратами широкого спектра.
- Грандазол – комбінований антибактеріальний препарат, що містить 2,5 мг/мл левофлоксацину та 5 мг/мл орнідазолу. Він швидко надходить у вогнище запалення, має здатність проникати через бактеріальні біоплівки, активний щодо найпростіших.

До групи антибіотиків резерву при акушерському сепсисі відноситься тобраміцин (Браксон). Препарат демонструє високу активність відносно грамнегативних мікроорганізмів і має виражений синергізм щодо  $\beta$ -лактамних антибіотиків, що дозволяє використовувати його у комбінації з іншими антибактеріальними препаратами. Браксон випускається у двох дозуваннях: 40 і 80 мг в ампулі.

- У якості детоксикаційного засобу при системній інфекції доцільно використовувати розчин Реосорбілакт. Препарат покращує реологічні властивості крові й позитивно впливає на параметри мікроциркуляції, що зумовлює більш ефективну дію введених антибіотиків. Уже через 12 год від початку застосування Реосорбілакту знижується ступінь вираженості ендогенної інтоксикації.
- Декасан – високоєфективний антисептик, який доцільно використовувати для профілактики септичних станів та лікування бактеріальних, вірусних, грибкових і протозойних уражень.

Підготувала Іванна Садівська

Таблиця 4. Відповідність первинного вогнища інфекції спектру дії антибіотика

| Локалізація інфекції            | Антибіотик  |
|---------------------------------|---|
| Негоспітальна пневмонія         | Цефотаксим, цефтриаксон, ертапенем/або ампіцилін, азитроміцин, кларитроміцин, еритроміцин         |
| Госпітальна пневмонія           | Група низького ризику – піперацилін-тазобактам, меропенем, іміпенем, цефепім                      |
|                                 | Група високого ризику – $\beta$ -лактамні антибіотики + аміноглікозиди або ванкоміцин і лінезолід |
| Хоріоамніоніт                   | Ампіцилін + гентаміцин + покриття анаеробів кліндаміцин/метронідазол (при кесаревому розтині)     |
| Ендометрит                      | Ампіцилін, гентаміцин + метронідазол  |
| Інфекції сечовивідних шляхів    | Гентаміцин + ампіцилін  |
|                                 | Монотерапія карбапенемами або піперацилін-тазобактам  |
| Абдомінальні інфекції           | Цефтриаксон, цефотаксим, цефтазидим або цефепім + метронідазол                                    |
| Інфекції шкіри та м'яких тканин | Ванкоміцин + піперацилін-тазобактам   |

# ВАЖЛИВІ СКЛАДОВІ РІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ АКУШЕРСЬКОГО СЕПСИСУ



- Фіксована комбінація левофлораксацину 2,5 мг/мл та орнідазолу 5мг/мл<sup>1</sup>
- Ефективний щодо резистентних збудників інфекцій в акушерстві<sup>2</sup>
- Руйнує бактеріальні біоплівки<sup>3</sup>



- Забезпечує дезінтоксикацію
- Поліпшує капілярний кровоток та підвищує ефективність антибактеріальних засобів
- Корегує метаболічний ацидоз<sup>4</sup>



- Універсальний антисептик для обробки підшкірно-жирової клітковини перед ушиванням операційної рани<sup>5</sup>
- Перешкоджає процесу адгезії мікроорганізмів в рані<sup>6</sup>
- Має протизапальну дію



**<sup>1</sup>Коротка інструкція для медичного застосування препарату Грандазол.** **Склад:** 1 мл розчину містить орнідазолу 5 мг, левофлораксацину 2,5 м. **Фармакотерапевтична група.** Протимікробні засоби для системного застосування. Левофлораксацин, комбінації з іншими антибактеріальними засобами. Код АТХ J01R A05. **Фармакологічні властивості.** Левофлораксацин – синтетичний антибактеріальний засіб групи фторхінолонів та S-енантіомер рацемічної суміші лікарського засобу офлораксацину. Зазвичай чутливі види аеробні грампозитивні та грамнегативні бактерії, анаеробні бактерії, Chlamydomphila, Legionella, Mycoplasma, Ureaplasma. Орнідазол порушує структури ДНК у чутливих до нього мікроорганізмів, активний щодо Trichomonas vaginalis, Entamoeba histolytica, Giardia lamblia (Giardia intestinalis), а також деяких анаеробних бактерій, таких як Bacteroides, Fusobacterium spp.; анаеробних грампозитивних бактерій Clostridium spp., чутливих штамів Eubacterium spp.; анаеробних грампозитивних коків Peptococcus spp., Peptostreptococcus spp. **Показання.** Лікування змішаних інфекцій сечостатевої шляхів, що спричинені збудниками (мікроорганізмами і найпростішими), чутливими до компонентів препарату. Профілактика гнійно-запальних ускладнень після проведення гінекологічних операцій. **Спосіб застосування та дози.** Препарат застосовують внутрішньовенно краплинно. Добова доза Грандазолу<sup>®</sup> становить 100 мл (500 мг орнідазолу та 250 мг левофлораксацину) – 200 мл (1000 мг орнідазолу та 500 мг левофлораксацину) за 1-2 введення. **Побічні реакції.** Головний біль, запаморочення, діарея та ін. **Категорія відпуску.** За рецептом. Р.п. UA/11535/02/01, термін дії р.п. необмежений з 05.12.2018.

Ознайомтеся зі статтею по застосуванню Грандазолу в акушерстві:



**<sup>4</sup>Коротка інструкція для медичного застосування препарату Реосорбілакт.** **Склад:** діючі речовини: 1 мл розчину містить сорбітолу 60,0 мг, натрію лактату (у перерахунку на 100% речовину) 19,0 мг, натрію хлориду 6,0 мг, кальцію хлориду дигідрату (у перерахунку на кальцію хлорид) 0,1 мг, калію хлориду 0,3 мг, магнію хлориду гексагідрату (у перерахунку на магнію хлорид) 0,2 мг; допоміжна речовина: вода для ін'єкцій. Лікарська форма. Розчин для інфузій. **Основні фізико-хімічні властивості:** прозора безбарвна рідина; теоретична осмолярність – 891 мОсмоль/л; рН 6,00-7,60; іонний склад: 1 л препарату містить Na+ – 272,20 ммоль, K+ – 4,02 ммоль, Ca++ – 0,90 ммоль, Mg++ – 2,10 ммоль, Cl- – 112,69 ммоль, Lac- – 169,55 ммоль. **Фармакотерапевтична група.** Розчини, які впливають на електrolітний баланс. Електроліти у комбінації з іншими препаратами. Код АТХ B05B B04. **Фармакологічні властивості.** Реосорбілакт<sup>®</sup> має реологічну, протишокову, дезінтоксикаційну, залужувальну дію та стимулює перистальтику кишечника. **Показання.** Для поліпшення капілярного кровотоку з метою профілактики та лікування травматичного, операційного, гемолітичного, токсичного і опікового шоку, при гострій крововтраті, опіковій хворобі; при інфекційних захворюваннях, що супроводжуються інтоксикацією; при сепсисі; для передопераційної підготовки та в післяопераційний період; для поліпшення артеріального і венозного кровообігу з метою профілактики тромбозів, тромбофлебітів, ендартеріїтів, хвороби Рейно. **Спосіб застосування та дози.** Реосорбілакт<sup>®</sup> вводять внутрішньовенно краплинно зі швидкістю 40-60 крапель за хвилину. При необхідності допускається струминне введення лікарського засобу після проведення проби шляхом краплинного введення зі швидкістю 30 кр/хв. Після введення 15 крапель застосування препарату слід припинити, а через 3 хв., у разі відсутності реакції, Реосорбілакт<sup>®</sup> вводять струминно. У передопераційний період і після різних хірургічних втручань – у дозі 400 мл (6-7 мл/кг маси тіла) краплинно протягом 3-5 днів. При тромбооблітеруючих захворюваннях кровоносних судин – із розрахунку 8-10 мл/кг маси тіла краплинно, повторно, через день, до 10 інфузій на курс лікування. **Побічні реакції.** Зміни в місці введення, включаючи біль та печіння, підвищення або зниження артеріального тиску та ін. Р.п. UA/2399/01/01, термін дії р.п. необмежений з 21.03.2019.

Перегляньте відео про особливості дії Реосорбілакту:



**Коротка інструкція для медичного застосування препарату Декасан.** **Склад:** діюча речовина: декаметоксин; 1 мл розчину містить 0,2 мг декаметоксину; допоміжні речовини: натрію хлорид, вода для ін'єкцій. **Фармакотерапевтична група.** Антисептичні та дезінфекційні засоби. Код АТХ D08A. **Фармакологічні властивості.** Декаметоксин має виражений бактерицидний вплив на стафілококи, стрептококи, дифтерію та синьогнійну паличку, капсульні бактерії та фунгіцидну дію на дріжджі, дріжджоподібні гриби, збудники епідермофітії, трихофітії, мікроспорії, еритразми, деякі види пліснявих грибів (аспергіли, пеніцили), протистодіодну дію на трихомонади, лямблії, вірусодіодну дію на віруси. Високоактивний відносно мікроорганізмів, стійких до антибіотиків. **Показання.** Для лікування кандидозу слизової оболонки піхви, запальних захворювань геніталій мікробного походження, передпологової санації пологових шляхів, лікування післяпологового ендометриу. **Спосіб застосування та дози.** При лікуванні гнійно-запальних захворювань черевної та плевральної порожнин уражену ділянку заповнювати до країв Декасаном<sup>®</sup> з експозицією не менше 10 хвилин. При необхідності, у тому числі при ушиванні «наглухо» (без дренажу), проводити багаторазове заповнення операційної порожнини з подальшим видаленням розчину до чистих промивних вод. Проточно-промивальне дренування порожнини виконувати за допомогою дренажів або пункційним методом. Для лікування мікробних та грибкових трихомонадних уражень слизової оболонки піхви Декасан<sup>®</sup> використовувати у вигляді спринцювань (50-100 мл підігрітого до 38 °С препарату 3 рази на добу). У такий же спосіб проводити передпологову санацію пологових шляхів одноразово. Лікування післяпологового ендометриу здійснювати шляхом промивання теплим препаратом порожнини матки (150-200 мл) 2 рази на добу. **Побічні реакції.** У поодиноких випадках у деяких пацієнтів можлива підвищена індивідуальна чутливість. **Категорія відпуску.** Без рецепта. Р.п. UA/5364/01/01, термін дії р.п. необмежений з 22.12.2016.

Перегляньте відео про особливості дії Декасану:



Літературні джерела:

<sup>2</sup> Р.А. Ткаченко. Грандазол<sup>®</sup>: Рациональная этиотропная антибиотикотерапия в акушерской практике. Медицинская газета «Здоров'я України» Тематичний номер «Гінекологія, Акушерство, Репродуктологія» №4 (24), 12.2016 – с. 46-47

<sup>3</sup> Е.С. Дендеберов, Л.А. Логвинов, И.В. Виноградов. Тактика выбора схемы терапии бактериального простатита. Русский медицинский журнал, №32 от 29.12.2011 – с. 2071

<sup>5</sup> А.К. Шоміров, Н.Х. Хайрутдінова. Эффективность использования декасану при лечении ран в акушерстве та гінекології. Український хіміотерапевтичний журнал, №1-2 (25) – 2012

<sup>6</sup> О.О. Гончар, О.А. Назарчук, Д.В. Палій. Дослідження дії декаметоксину та його лікарських форм на адгезію бактерій. Світ медицини та біології, №4 (54), 2015

Інформація для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників. Перед застосуванням слід обов'язково ознайомитися з інструкцією для медичного застосування та загальними застереженнями.

