

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА ДЕКАМЕТОКСИН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПЕРИТОНИТОМ

**Ф. Н. Назиров, Н. У. Арипова, М. Н. Махкамова, С. И. Джамалов,
М. М. Пулатов, И. Х. Магзумов, Б. Н. Исроилов**

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан

Адрес для переписки: Назиров Ф. Н.

Ташкентская медицинская академия

кафедра факультетской и госпитальной хирургии

74, ул. Садык Азимова, Ташкент, Республика Узбекистан, 100060

Тел.: (998) 71-233-03-66

Перитонит — воспаление брюшины, сопровождающееся не только местными изменениями, но и тяжелой общей реакцией организма, обусловленной выраженной интоксикацией и полиорганной недостаточностью. Перитонит является грозным осложнением заболеваний органов брюшной полости. Наиболее частыми причинами перитонита на сегодняшний день являются острый аппендицит, перфорация язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, острый панкреатит, кишечная непроходимость, травмы органов брюшной полости и т.д.

Современная доктрина при лечении больных перитонитом заключается как в ликвидации источника перитонита, так и во включении антибактериальных препаратов в состав комплексной терапии. От своевременной и корректной антибактериальной терапии зависит самое главное — купирование перитонита или дальнейшее прогрессирование с вытекающими отсюда всеми отрицательными последствиями.

К сожалению, существует проблема длительности ожидания результатов бактериологического исследования перитонеальной жидкости и тем более результатов чувствительности микроорганизмов к антибиотикам. Экстренная ситуация диктует необходимость эмпирического использования антибиотиков широкого спектра действия, а иногда, учитывая спектр возбудителей, и комбинацию нескольких препаратов.

Во время хирургического вмешательства, после ликвидации источника перитонита, в зависимости от его распространения в брюшной полости, проводится механическая отмывка физиологическим раствором или различными антисептическими растворами, с дальнейшим установлением трубок для лаважа. В послеоперационном периоде очень часто в брюшную полость вводятся антисептики, которые «устарели» и не обладают достаточной эффективностью и к которым многие возбудители являются резистентными, а одной лишь антибактериальной терапии при «махровых» перитонитах зачастую недостаточно. Необходимо отметить, что по данным многих исследователей инфекции брюшной полости имеют полимикробную этиологию, включают ассоциации грамположительных и грамотрицательных аэробных и анаэробных микроорганизмов [2, 3].

Таким образом, поиск нового универсального антисептика, который обладал бы свойствами ан-

тибиотиков широкого спектра действия, является требованием времени.

В связи с этим большой интерес вызвал антисептик декаметоксин. По данным П. Д. Фомина и соавторов [1], препарат оказывает выраженное бактерицидное действие на стафилококки, стрептококки, дифтерийную и синегнойную палочки, капсульные бактерии; фунгицидное действие — на дрожжевые грибы, возбудители эпидермофитии, трихофитии, микроспории, эритразмы, некоторые виды плесневых грибов (аспергиллы, пенициллины); антипротозойное действие — на трихомонады, лямблии; а также обладает вирусоцидным действием.

Препарат высокоактивен в отношении микроорганизмов, устойчивых к пенициллину, хлорамфениколу, тетрациклинам, стрептомицину, мономицину, канамицину, неомицину, новобиоцину, эритромицину, олеандомицину, цефалоспорином, фторхинолонам и др. Бактериостатическая (фунгистатическая) концентрация препарата близка к бактерицидной (фунгицидной). Декаметоксин разрушает экзотоксины бактерий, а в концентрации 10 мкг/мл значительно снижает адгезию коринебактерий, сальмонелл, стафилококков, кишечной палочки. Препарат выпускается в удобных для применения флаконах (по 50, 100, 200, 400 мл) и содержит 0,02 % раствор декаметоксина — [1,10-декаметилен-(N,N-диметилментоксикарбонилметил)аммония хлорид] — бисчетвертичное аммониевое соединение, состоящее из синтетической декаметиленовой части молекулы и ментолового эфира масла мяты перечной в изотоническом растворе натрия хлорида.

В хирургическом отделении Республиканской клинической больницы № 1 МЗ РУз, которая является базой кафедры факультетской и госпитальной хирургии Ташкентской медицинской академии, в течение 2011–2012 гг. по поводу перитонита проведено хирургическое лечение 91 больного, которым в комплексную терапию был включен антисептический препарат декаметоксин (Декасан, Юрия-Фарм, Украина).

Причиной перитонита у данных пациентов был острый аппендицит (у 57 больных), перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (у 14), кишечная непроходимость (у 10), острый холецистит (у 8) и панкреонекроз (у 2). С учетом распространен-

ности перитонита в брюшной полости у 37 больного определили местный перитонит, у 38 — диффузный и у 18 — разлитой.

После ликвидации источника перитонита проводили следующие мероприятия:

- тщательную санацию брюшной полости от фибринозно-гнойных налетов, экссудата и промывание антисептиком;
- новокаинизацию корня брыжейки кишечника 0,5 % раствором новокаина с антибиотиком;
- назогастроинтестинальную интубацию.

В брюшную полость 18 больным с разлитым перитонитом после установки трубок вводили от 1,5 до 2 литров подогретого до 38 °С 0,02 % раствора декаметоксина и зашивали операционную рану послойно наглухо. Препарат пассивно сам выделялся по трубкам, установленным в брюшной полости. Для лучшего выделения декаметоксина в реанимационном отделении больные укладывались с возвышенной головной частью и туловища. В проведении перитонеального лаважа после заливки во время операции раствором декаметоксина не было необходимости. Этим больным в послеоперационном периоде в течение нескольких суток было достаточно фракционного введения препарата 4 раза в сутки в объеме 20–50 мл. Остальным больным после санации брюшной полости устанавливались трубки в брюшной полости (очага наибольшего воспаления брюшины). Всем больным в послеоперационном периоде через трубки в брюшной стенке от 2 до 4 раз в сутки вводился раствор декаметоксина в объеме 20–50 мл, подогретый до 38 °С.

В комплексное лечения больных включали антибиотики (чаще цефалоспорины III–II поколения в сочетании с метронидазолом — 56 больных),

инфузионно-дезинтоксикационные и симптоматические препараты. При введении декаметоксина больные не отмечали неприятных и болевых ощущений. При лечении больных с применением декаметоксина отделяемая из брюшной полости жидкость становилась серозной в среднем на 3-и сутки, в связи с чем уменьшалась длительность дренирования брюшной полости. Ранняя активизация больных в послеоперационном периоде вместе с применением декаметоксина позволяла достигнуть более быстрого и полного выделения экссудата из брюшной полости. После проведенного способа лечения специфических осложнений не было.

Таким образом, при разлитом перитоните после ликвидации источника и механической очистки брюшной полости достаточно эффективными являются заливки декаметоксина с последующим фракционным его введением.

Декаметоксин эффективен при перитоните независимо от причины его развития, хорошо переносится больными, не вызывает дискомфорта и болевых ощущений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Применение антисептика Декасан в неотложной абдоминальной хирургии / П. Д. Фомин, А. И. Лиссов, С. Н. Козлов, С. Н. Михальчишин. Клиническая хирургия. — 2009. — №11–12. — С. 98–100.
2. Новые возможности антибактериальной терапии инфекций в хирургической практике / А. А. Зайцев, О. И. Карпов, А. Ю. Стрекачев // Антибиотики и химиотерапия. — 2003. — № 5. — С. 48–50.
3. Economic assessment of the community-acquired pneumonia intervention trial employing levofloxacin / C. S. Palmer, C. Zhan, A. Elixhauser [et al.] // Clin. Ther. — 2000. — Vol. 22. — N 2. — P. 250–264.