

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИНФИЦИРОВАННЫМИ ПОЛОСТНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ РАСТВОРОМ ДЕКАСАН

Абдумажидов А.Ш., Дадаев Ш.А., Абдумаджидова Ш.У., Абдуллакулов У.М., Зупаров К.Ф.,

Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ Резюме,

Внутриполостное применение антисептического раствора декаметоксина в лечении у 63 больных инфицированными полостными образованиями печени позволило ускорить восстановление функции печени, ликвидацию полости абсцесса на более ранние сроки лечения и способствует сокращению времени пребывания больных в стационаре. Широкий спектр действия антисептического раствора, практически отсутствие побочных эффектов, аллергических реакций и отсутствие отрицательного действия на неповрежденные клетки печени позволяет рекомендовать раствор декаметоксина в качестве для внутриполостного лечения у больных с инфицированными полостными образованиями печени.

Ключевые слова: раствор декаметоксина, инфицированные полостные образования печени, хлоргексидин биглюконат, санация полости.

ЖИГАР ИНФИЦИРЛАНГАН БЎШЛИҚЛИ ҲОСИЛАЛАРИДА ДЕКАМЕТОКСИН ЭРИТМАСИНИ БЎШЛИҚ ИЧИГА ЮБОРИБ ДАВОЛАШ

Абдумажидов А.Ш., Дадаев Ш.А., Абдумаджидова Ш.У., Абдуллакулов У.М., Зупаров К.Ф.,

Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Жигарнинг инфекцияланган бўшлиқли ҳосилалари бўлган 63 беморларда декаметоксин антисептик эритмасини қўлаш жигар функционал ҳолатини тезроқ тикланишига, инфекцияланган бўшлиқ ўлчамларининг эрта кичрайишига, ҳамда йўқолишига олиб келади ва шу билан бирга беморларни шифохонада даволашни вақтини қисқартиради. Антисептик эритмасининг таъсир этиш доирасининг кенглиги, ножўя таъсирлари, аллергия реакциялар чақириш ҳусусиятининг йўқлиги ва жигарнинг шикастланмаган ҳужайраларини зарарламаслиги декаметоксин эритмасини жигарнинг инфекцияланган бўшлиқли ҳосилалари бўлган беморларда қўлашни тавсия этишига имкон беради.

Калит сўзлар: декаметоксин эритмаси, жигарнинг инфекцияланган бўшлиқли ҳосилалари, хлоргексидин биглюконат, бўшлиқ санацияси.

Актуальность

Нагноительные осложнения после оперативных вмешательств на печени и различных инфицированных очаговых образований печени - инфицированные альвеококковые поражения, эхинококковые кисты, непаразитарные кисты, абсцессы печени и. т. д. составляет 9,5-20 % случаев [1,2,3,5,7,10]. Изучение отечественных и зарубежных литературных данных показывают, об отсутствии единства взглядов по вопросам диагностики, показаний и противопоказаний к оперативному лечению, его объему и способу выбора варианта оперативного вмешательства [4,6,7,8]. Существует большое количество различных методов обработки инфицированных полостей печени. В зависимости от принципа действия и выделяют: химические, физические, биологические факторы и комбинированные методы [9,10,11,]. Имеется широкий опыт применения таких химических веществ как 1% раствора диоксида; 0,05% хлоргексидина, 2% раствора формалина; 96% раствора этилового спирта; 5% раствора йода; 30% раствора натрия тиосульфата; таких физических факторов как ультразвуковая кавитация; лазерное облучение; криообработка [10,11]. На наш взгляд вышеуказанные традиционные методики имеют следующие недостатки: использующиеся сильнодействующие химические агенты имеют некоторое побочное воздействие на паренхиму печени. В то время как, при наличии в печени очага воспаления, развиваются выраженные изменения в перифокальной

зоне, перипортальный гепатоз переходящий в гепатит с фибротическими изменениями междольковой стромы [9,13,15]. Использование препаратов с антисептической целью для обработки инфицированной полости печени и физических действующих факторов, которые обладают гепатотоксическими эффектами на фоне данных процессов, нежелательно из-за риска усугубления развивающихся дистрофических, метаболических нарушений в паренхиме печени, печеночной недостаточности. В связи с вышесказанным поиск методов улучшения результатов лечения инфицированных образований печени сохраняет свою актуальность.

В последние годы разрабатываются новые эффективные методы лечения внутриполостных инфицированных образований с применением современных антибактериальных препаратов и веществ. В том числе всё большее распространение получает лечение различными растворами, обладающими антисептическими свойствами. Одним из таких методов лечения внутриполостных инфицированных образований является применение раствора декаметоксина, который оказывает противомикробное действие, активен против большинства грамотрицательных, грамположительных микроорганизмов, синегнойной палочки, стрептококков, стафилококков. Проявляет препарат и противогрибковое действие - уничтожает трихофиты, эриотризм, дрожжеподобные грибки, эпидермофиты, некоторые виды плесневидных грибов. Препарат также применяют для борьбы с трихомонадами, лямблиями. Не

выявлено микробов, которые проявляют устойчивость к раствору декаметоксина.

Цель исследования: Оценить эффективность и безопасность применения раствора декаметоксина для лечения внутриполостных инфицированных образований печени.

Материал и методы

В период с 2011 по 2018 годы в хирургическом отделении ГКБ 7 г. Ташкента было пролечено 63 больных с инфицированными полостными образованиями печени. Мужчин было 35 (55,6%), женщин 28 (44,4 %), их возраст составил от 19 до 75 лет. Критериями включения в настоящее исследование были: наличие полостного инфицированного образования печени с диаметром абсцесса более 15 мм, возраст старше 18 лет, отсутствие онкологических заболеваний в анамнезе.

Для постановки диагноза мы руководствовались следующим алгоритмом:

1. Общеклинические анализы (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови), УЗИ органов брюшной полости с оценкой наличия доступа для пункционного дренирования под ультразвуковым наведением.

2. Компьютерная томография органов брюшной полости с контрастированием для уточнения локализации и размеров образования, наличия дополнительных образований и наличия возможных изменений.

3. В некоторых случаях, для уточнения диагноза, определения распространенности процесса, производилась магнитно-резонансная томография органов брюшной полости.

Проведение хирургического лечения, заключалось в: пункции и дренировании полости под ультразвуковым наведением - 25 случаев (39,6%), лапаротомии с вскрытием и дренированием полости абсцесса - 38 случаев (60,4 %) и медикаментозное лечение (инфузионная, дезинтоксикационная терапия, гепатопротекторы, антибактериальные препараты), которое у всех больных проводилось одинаковое.

Причины возникновения абсцессов печени проводили методом бактериологического анализа содержимого инфицированной полости, путём посева содержимого гнойников на питательные среды. Среди возбудителей преобладало сочетание Грамотрицатель-

ной аэробной и анаэробной флоры. В структуре преобладали холангиогенные и гематогенные пути занесения бактерий в печень.

Все пациенты в зависимости от состава раствора для промывания дренированной полости в печени были разделены на 3 группы.

Первая группа (основная) - включала 23 (36,5%) больных, данным пациентам проводилось промывание полости 0,02 % раствором декаметоксина, вторая группа, включала так же 21 (33,3%) больных - этим больным промывание инфицированной полости проводилось 0,02 % водным раствором хлоргексидина биглюконата. Третья группа включала 19 (30,2%) больных, им проводилось промывание полости в качестве, которого применялся 2% раствор формалина. Курс подобного лечения составил от 10 дней до 20 дней.

Эффективность проводимого лечения мы оценивали по: изменению биохимических показателей крови, результатам бактериологического исследования отделяемого из полости абсцесса, скорости сокращения размеров полости абсцесса (по данным ультразвукового исследования в динамике). Статистическая обработка проводилась с помощью программы Statistica StatSoftv 6.0. Для подтверждения достоверности различий между сравниваемыми средними показателями применялся Т-тест для независимых выборок.

Результат и обсуждение

Все больные были оперированы в течение 24 часов, после установления диагноза инфицированного полостного образования печени. Вне зависимости от доступа и локализации воспалительного очага оперативное лечение завершалось наружным дренированием остаточной полости трубчатыми дренажами. В послеоперационном периоде проводилось промывание полости через дренажи различными антисептическими растворами, в зависимости от состава раствора для промывания все пролеченные больные были разделены на 3 группы. Динамика показателей цитолиза представлены в таблице 1.

Как видно из таблицы уровень АЛТ и ЛДГ при поступлении у всех больных практически был одинаковым и различие между группами не отмечалось. Ранее и наибольшее улучшение показателей АЛТ и ЛДГ мы наблюдали у больных основной группы.

Табл. 1

Показатели цитолиза: аланинаминотрансферазы (АЛТ) и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) у больных с инфицированными полостными образованиями печени (Ед/л)

Период	Группа 1 (n=23)		Группа 2 (n=21)		Группа 3 (n=19)	
	АЛТ (0-35)	ЛДГ(0-258)	АЛТ(0-35)	ЛДГ(0-258)	АЛТ(0-35)	ЛДГ(0-258)
до операции	125,8±22,3	1112,4±44,8	129,3±26,9	1201,2±45,6	123,7±24,1	1167,4±42,2
3-е сутки	164,5±32,4	1423,4±62,1	168,5±47,2	1396,9±42,5	159,8±48,2	1299,4±61,7
7-е сутки	131,2±23,2	1141,2±65,3	151,8±51,3	1209,6±66,4	161,5±49,8	1353,5±124,2
10-е сутки	89,8± 18,4	603,6±107,8	102,3±25,2	843,2±107,8	110,3±35,4	859,6±90,4
14-е сутки	35,1±13,2	382,7±37,9	83,4±32,5	499,9±51,3	89,4± 32,7	501,5±45,1

Динамика изменения уровня общего билирубина у обследуемых больных представлены в таблице 2.

Динамика показателя общего билирубина у больных с инфицированными полостными образованиями печени (ммоль/л)

Период	Группа 1 (n=23)	Группа 2 (n=21)	Группа 3 (n=19)
до операции	76,23±21,48	79,25±23,71	77,41±22,45
3-е сутки	121,12±31,45	126,21±27,91	124,57±31,71
7-е сутки	63,12±18,63	89,32±24,52	88,3±15,9
10-е сутки	39,19±15,49	72,61±19,57	81,34±18,45
14-е сутки	21,52±11,19	63,95±20,52	68,73±21,81

Из табл. 2 видно, что наибольшее улучшение уровня общего билирубина наблюдается у больных основной группы и достоверно не отличается от показателей практически здоровых, тогда как этот показатель

во второй и третьей группе больных на 14 день остался на высоком уровне.

Динамика изменения показателей синтетической функции печени (уровень общего белка и альбумина) представлены на рисунке 1 и 2

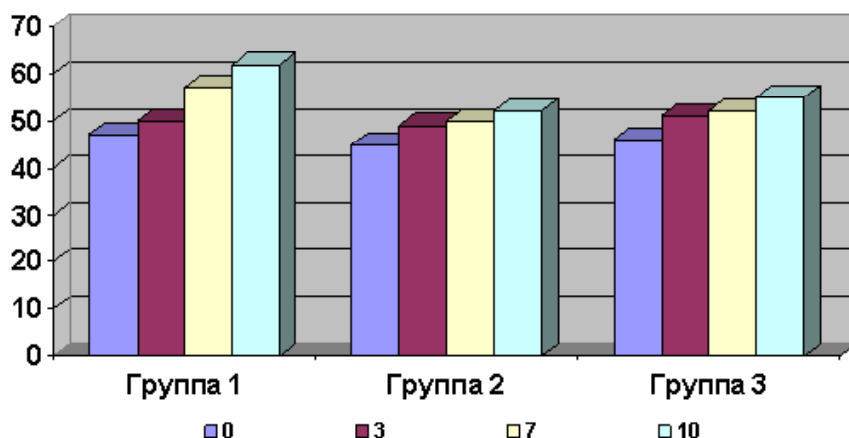


Рис. 1. Изменение уровня общего белка (г/л) у больных с инфицированными полостными образованиями печени

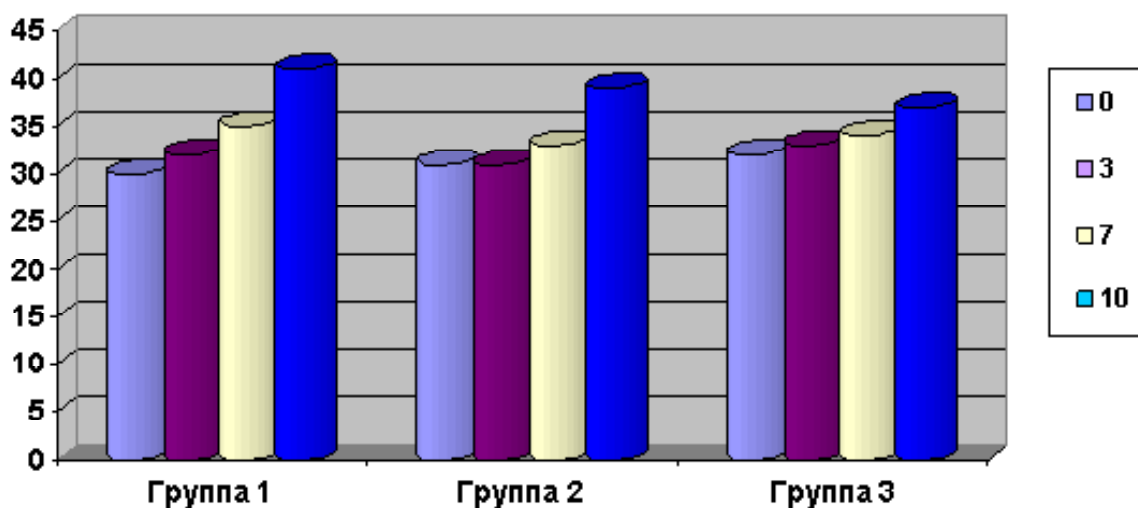


Рис. 2. Изменение уровня альбумина (г/л) у больных с инфицированными полостными образованиями печени.

Динамика изменения размеров полости абсцесса по данным ультразвукового обследования по отно-

шению к размерам первичного очага отражена в таблице 3.

Табл. 3

Изменение размеров полости абсцесса по данным ультразвукового обследования (мм) у больных с инфицированными полостными образованиями печени

Период	Группа 1(n=23)	Группа 2(n=21)	Группа 3 (n=19)
До операции	13,2±8,1	12,9±7,8	13,2±7,7
10-е сутки	7,6±4,2	9,3±4,7	9,9±5,8
20-е сутки	4,2±1,5	7,1±2,2	7,9±3,1

Результаты положительных бактериологических посевов из полости в печени представлены в таблице 5.

Табл. 4

Результаты бактериологического посева из полости абсцесса печени - частота положительного посева

Период	Группа 1(n=23)	Группа 2 (n=21)	Группа 3 (n=19)
В течении операции	85,8%	84,7%	86,9%
10-е сутки	16,5%	28,7%	32,3%
20-е сутки	3,3%	16,5%	22,4%

Результаты исследования показывают, достоверное снижение показателей цитолиза в среднем к 10 суткам от начала терапии, а показателей холестаза к 7 суткам в основной группе, по отношению к второй и третьей группам сравнения, где динамика показателей были менее выражены. Уровень общего белка и альбумина в крови, отражающие синтетическую функцию печени в основной группе на 7 сутки, был достоверно повышен по отношению к показателям второй и третьей группы. По данным контрольных ультразвуковых исследований печени выявлена более выраженная динамика сокращения размеров полости абсцесса в основной группе 1 (на 10 сутки от начала лечения). При анализе результатов бактериологического посева в исследуемых группах отмечено достоверное снижение положительных высевок, отделяемого из дренированной полости, в среднем к 7 суткам в основной группе 1, по отношению к второй и третьей группам, где динамика показателей были не столь выражены. Основным критерием, по которому оценивали эффективность проводимой терапии, была длительность лечения больного в стационаре. В основной группе 1 она оказалась достоверно меньше - $12 \pm 0,3$ дней (во второй и третьей группах соответственно $17 \pm 0,5$ и $21 \pm 0,7$ дней, $p_1 < 0,001$ и $p_2 < 0,001$ соответственно по сравнению с второй и третьей группой).

Раствор декаметоксина- фунгицидный, простацидный, вирусоцидный и антимикробный препарат. Механизм действия раствора декаметоксина основан, на его способности нарушать проницаемость клеточной мембраны мишени, посредством соединения с липидными структурами в области их фосфатидных групп [12,14,16]. В результате изменения проницаемости клеточной мембраны гомеостаз внутри клеток нарушается и наступает лизис клеток. Изучено и подтверждено бактерицидное действие раствора декаметоксина на большинство штаммов грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов. Среди них стафилокок-

ки, стрептококки, дифтерийная и синегнойная палочки и другие [12,14,15]. Фунгицидное действие раствора декаметоксина проявляется в отношении эпидермофитов, трихофитов, дрожжеподобных грибов, эриотризм, дрожжей, некоторых плесневидных грибов. Антипротозойную эффективность раствора декаметоксина проявляет в отношении лямблий и трихомонад. В процессе лечения раствором декаметоксина повышает чувствительность микроорганизмов к антибиотикам и проявляет свою активность к штаммам, которые оказались резистентными к проводимому лечению. В контрольной группе в эти сроки положительных сдвигов в цитологической картине не выявлено.

Таким образом, данные проведенных клинических, бактериологических и цитологических исследований свидетельствуют о несомненном преимуществе применения раствора декаметоксина по сравнению с хлоргексидина биглюконатом и раствором формалина. Во время лечения каких-либо побочных эффектов и аллергических реакций вследствие применения раствора декаметоксина не выявлены. Это объясняется отсутствием токсического действия раствора декаметоксина в используемой концентрации (0,02 %) и практически полным отсутствием всасывания препарата.

Выводы

1. Применение раствора декаметоксина для внутриполостного лечения у больных с инфицированными полостными образованиями печени оказывает положительный клинический эффект, что выражалось более выраженной динамикой сокращения размеров полости абсцесса и ликвидацию полости.

2. Комплексное лечение больных с инфицированными полостными образованиями печени с внутриполостным введением антисептического раствора декаметоксина улучшает биохимические показатели и приводит к восстановлению функции печени на более

ранние сроки лечения и сокращает времени пребывания больных в стационаре.

3. Широкий спектр антимикробного, противогрибкового и противовирусного действия наряду с практически полным отсутствием побочных эффектов и аллергических реакций позволяет рекомендовать раствора декамтоксина в качестве для внутриволостного лечения у больных с инфицированными полостными образованиями печени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдуллаев А.Г., Мовчун А.А., Агаев Р.М. Хирургическая тактика при эхинококкозе печени с поражением желчных протоков // Хирургия. - 2005. - №2. - С. 38-42.
2. Айдемиров А.П. Эхинококкэктомия из печени с применением плазменных технологий // Хирургия. - 2000. - № 8.
3. Гайбатов С.П., Гайбатова Д.С. Клиническая картина и лечение нагноившегося эхинококкоза печени // Хирургия. - 2006. № 6. С - 16.
4. Гальперин Э.И. Ветшаева П.С. Руководство по хирургии желчных путей. М.: Видар, 2009. 568 с.
5. Гостищев В.К., Стреляева А.В., Чебышев Н.В. и др. Биологический подход к хирургическому лечению эхинококкоза печени // Анналы хирургии. -1998. №6 - С.45-50.
6. Журавлев В.А. и соавт., Показания к радикальным операциям у больных с очаговыми поражениями печени // Анналы хирургической гепатологии - 2010. - том 15, № 4 - С. 82-89 .
7. Лиссов А.И., Фомин П. Д., Козлов С. Н., Михальчишин С. Н. применение антисептика Декасан в неотложной абдоминальной хирургии Казанского Университета. - 2009. №11-12 стр. 98 - 100
8. Нартайлаков М.А. Хирургия объемных образований и повреждений печени // Хирургия печени и желчных путей. - Ростов н/Д.: Феникс, 2007. 400 с.
9. Пархисенко Ю.А., Глухов А.А., Новомлинский В.В., Мошуров И.П. Диагностика и лечение абсцессов печени // Хирургия. -2000. № 8. С. 35-37.
10. Шахназаров А.М., Хамидов М.А., Шахназарова Х.А., Хамидова Х.А. Морфологические и гистохимические изменения в печени при эхинококкозе в зависимости от биологического состояния паразита // Тез. докл. международной научно-практической конференции. Проблемы эхинококкоза. Махачкала, 2000. С.139-140.
11. Шайн М., Роджерс П., Ассалия А. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. Пер. с англ. М ГЭОТАР Мед 2003.
12. Emori T. G., Gaynes R. P. An overview of nosocomial infections, including the role of the microbiology laboratory// Clin. Microbiol. Rev. - 1993. - V. 6 (4). - P. 428-442.
13. Ehrenkranz N. J. Antimicrobial Prophylaxis in Surgery: Mechanisms, Misconceptions, and Mischief// Infection Control and Hospital Epidemiology. -1993. - V. 14, № 2. - P. 99-106.
14. Infection Control and Hospital Epidemiology. - 1999. - V. 20, № 4. - P. 247-278.
15. Song S.Y. Liver abscess after transcatheter oily chemoembolization for hepatic tumors: incidence, predisposing factors and clinical outcome // J. Vasc. Interv. Radiol. 2001. Vol. 12. N 3. P. 313-320.
16. Waugh N., Scotland G., McNamee P., Gillett M. et al. Screening for type 2 diabetes: literature review and economic modelling / / Health Technology Assessment. - 2007. - Vol. 11. P. 1-46.

Поступила 09. 03. 2020