

Ю. О. Фусс¹, В. П. Польовий³, Т. В. Хома², А. О. Волобоєва^{1,2}

Пустомитівська центральна районна лікарня¹

8-ма міська клінічна лікарня²

Львів, Україна

³Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»

Чернівці, Україна

Yu. A. Fuss¹, V. P. Poloviy³, T. V. Khoma², A. O. Voloboyev^{1,2}

Central District Hospital Pustomytyl

8th City Clinical Hospital²

Lviv, Ukraine

³Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University»

Chernivtsi, Ukraine

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ОКТЕНІСЕПТУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГНІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИСТІ

The effectiveness of octenisept in the treatment of the hand purulent diseases

Резюме

У роботі проаналізована ефективність використання октенісепту для лікування при гнійних захворюваннях кисті. Встановлено, що октенісепт заслуговує на увагу, як один з додаткових засобів для лікування гнійних захворювань кисті.

Ключові слова: кисть, октенісепт, гнійні захворювання.

Abstract

The paper analyzed the efficiency of octenisept for treatment of hand purulent diseases. Found that Octenisept noteworthy as one of the additional drugs for the treatment of the hand purulent diseases.

Keywords: hand, octenisept, purulent diseases.

ВСТУП

Проблема ефективного лікування гнійних захворювань кисті є однією з найбільш актуальних у сучасній хірургії [1]. На сучасному етапі гнійно-запальні захворювання кисті і пальців щорічно спостерігаються у 0,5–1% населення і залишаються однією з провідних проблем клінічної медицини [2, 3]. За частотою первинних звернень до хірурга на частку гнійних захворювань кисті та пальців приходить 30–40% хворих. Серед хворих з гнійно-запальними захворюваннями верхніх кінцівок, які лікуються амбулаторно у поліклініці, флегмони кисті складають 11,1% [4, 5]. Корекція місцевого лікування є важливим напрямком у комплексному лікуванні пацієнтів з гнійними захворюваннями кисті [6].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Провести порівняльний аналіз результатів лікування пацієнтів з гнійними захворюваннями кисті при традиційних методах і з використанням октенісепту.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням знаходилося 88 пацієнтів у віці від 18 до 22 років з тривалістю захворювання від 2 до 14 діб. Хворі знаходилися на стаціонарному лікуванні протягом 2017 року. Розподіл за локалізацією і характером патологічного процесу виглядав наступним чином: гнійні захворювання пальців кисті – 52%, флегмони кисті – 37%, лімфаденіт плеча та передпліччя – 11% спостережень.

Хворі були поділені на дві групи – основну (29 пацієнтів) та контрольну (59 хворих), порівнянних по віку і статті, нозологічними формами, тривалістю і клінічним перебігом. В основній групі пацієнтам промивали рану октенісептом у комплексі з традиційним хірургічним і медикаментозним лікуванням гнійного процесу. Хворим контрольної групи було проведено лише хірургічне і стандартне медикаментозне лікування. Бактеріологічні дослідження проводили пацієнтам тричі: первинний забір матеріалу проводили до початку антибіотикотерапії у передопераційному періоді.

ді або інтраопераційно, що дозволяло адекватно підібрати антибіотикотерапію.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

При вивченні мікрофлори значимих різниць між групами за характером мікрофлори не отримано. В гнійних вогнищах золотистий стафілокок висівали у 61 випадках (70,1%). У 10 спостереженнях висівали *St. Epidermidis*, *Streptococcus pyogenes* – у 6 пацієнтів. *E. Coli* була виявлена у 2 випадках (2,3%), а у 9 спостереженнях (9,2%) ріст мікрофлори в досліджуваному матеріалі був

відсутній. Контрольні посіви проводили зі шкіри і навколишніх тканин хворих. Відповідності мікрофлори вогнища запалення не виявлено ні в одному випадку. На першу добу у всіх групах переважали *St. aureus*. На третю добу росту мікрофлори не було в основній групі у 20 (71,4%), а у контрольній – у 23 спостереженнях (38,9%). На сьому добу ріст мікрофлори представлений поодинокими випадками: 3,6% спостережень в основній і 6,8% – у контрольній групі.

В таблиці 1 наведені результати вивчення чутливості клінічних штамів мікроорганізмів до Октенісепту і Хлоргексидину.

Таблиця 1

Характеристика протимікробної активності серійних зразків

Мікроорганізми	Антисептик (мкг/мл)		Кратність різниці
	Октенісепт	Хлоргексидин	
<i>S. aureus</i>	4,39 ± 1,17	15,9 ± 4,12	3,6
<i>S. epidermidis</i>	1,69 ± 0,6	18,98 ± 7,1	11,2
<i>E. coli</i>	3,47 ± 0,78	13,02 ± 3,2	3,8
<i>P. vulgaris</i>	11,88 ± 2,98	25,78 ± 5,3	2,2
<i>P. aeruginosa</i>	92,31 ± 31,2	79,21 ± 37,23	1,1

Аналізуючи одержані результати слід відзначити високу чутливість широкого спектру умовно-патогенних мікроорганізмів до досліджених антисептичних засобів. Однак, чутливість окремих видів до кожного з препаратів істотно відрізнялась (табл. 1). Золотисті стафілококи гинули в присутності 4,39 мкг/мл Октенісепту. Для знищення цього виду мікроорганізмів необхідна у 3,6 рази вища концентрація Хлоргексидину. Активність Октенісепту у відношенні епідермальних стафілококів була вищою у 11,2 рази, ніж Хлоргексидину. Грамнегативні мікроорганізми родини ентеробактерій виявились у 2,2–3,8 рази більш стійкими до Хлоргексидину, ніж до Октенісепту.

Після очищення ран 17 пацієнтам (58,6%) основної групи рани були закриті вторинними швами з проведенням проточно-промивного дренивання, у 5 хворих (17,3%) виконана шкірна пластика. В контрольній групі 24 пацієнтам (40,7%) були накладені вторинні шви, а трьом (5,1%) проведена

шкірна пластика. У двох хворих основної групи (6,9%) і у дев'яти пацієнтів (15,2%) контрольної групи – післяопераційний перебіг ускладнився нагноєнням рани, що потребувало проведення повторних оперативних втручань.

У перші три доби після операції пацієнти скаржились на біль у ділянці рани, який посилювався при рухах. Місцево визначали локальний набряк, інфільтрацію навколишніх тканин, гнійні виділення з рани, стінки якої були покриті фіброзно-гнійним нальотом, пальпація країв рани болюча. На 5–6 добу загальний стан пацієнтів покращувався, рана очищувалась від гною, з'являлась грануляційна тканина, регресували локальні ознаки запалення.

Лікувальний ефект визначали по нівелюванню больового синдрому, очищенню рани, появі грануляції і епітелізації. Середні строки очищення ран від гнійно-некротичних мас в основній групі склали $3,80 \pm 1,84$, а у контрольній $4,90 \pm 1,65$ доби (табл. 2).

Таблиця 2

Динаміка перебігу ранового процесу у групах

Група	Очищення рани	Поява грануляції	Загоєння ран
	Доба		
Контрольна	4,9±1,65	6,6±1,73	12,7±1,23
Основна	3,8±1,84	4,9±1,51	10,6±1,45

Вихідну цитологічну картину визначали у перший день клінічного дослідження. Мазки-відбитки були зроблені відразу після надання хірур-

гічної допомоги 47 пацієнтам. При порівнянні досліджуваних груп значимих різниць у першу добу за характером вихідної цитологічної кар-

тини виявлено не було. Цитологічні ознаки дегенеративно-некротичних змін у першу добу дослідження були діагностовано практично в усіх пацієнтів (93,6%), запальний тип цитологічного пейзажу спостерігали лише у 3 (6,4%). Значно частіше визначали дегенеративно-запальний тип – 39 спостережень (82,9%). Поява на сьому добу після операції регенеративного типу цитогам свідчило про купування гнійного процесу і розцінювалось як успішний результат. На сьому добу дослідження в основній групі значно частіше – у 18 пацієнтів (78,3%) визначили регенеративний тип цитограми; запально-регенеративний тип спостерігали у 4 хворих (17,4%); запальний – у 1 хворого (4,3%). В контрольній групі запальний тип цитологічного пейзажу визначили у 3 хворих (12,5%), у більшості пацієнтів – 14 (58,3%) спостережень запально – регенеративний тип і лише у 7 хворих (29,2%) – регенеративний.

Тривалість використання антибіотиків не перевищувала 6–8 діб в основній групі і

8–12 у контрольній. Середній курс антибіотиків відповідно зменшився в 1,5–2 рази. Строк лікування в основній групі склав: панарицію – $9,00 \pm 1,64$, флегмони кисті – $10,80 \pm 1,46$ діб, а у контрольній – $11,60 \pm 1,68$ і $12,80 \pm 2,64$ діб, відповідно.

ВИСНОВКИ

1. Антисептичний засіб Октенісепт має високу протимікробну активність у відношенні широкого спектру патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів, проявляє потужні знезаражуючі властивості, тому його доцільно використовувати у профілактиці і лікуванні захворювань мікробного походження.

2. Досвід клінічного застосування Октенісепту свідчить про високу лікувальну ефективність препарату при гнійно-запальних ураженнях різноманітної локалізації, відсутність небажаних побічних впливів, економічну доцільність широкого медичного використання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Блатун Л. А. Местное медикаментозное лечение ран // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2011. – № 4. – С. 51–59.

Edmonds M. et al. New Treatments in Ulcer Healing and Wound Infection // Diabetes Metab. Res. Rev. – 2000. – № 16. – Suppl. 1. – P. 51–54.

3. File T. M., Tan J. S. Treatment of skin and soft tissue infection // Am. J. Surg. – 1995. – Vol. 169. – P. 27–33.

4. Gustafsson R. et al. Vacuum-assisted closure therapy guided by C-reactive protein level in patients

with deep sternal wound infection // Thorac. Cardiovasc. Surg. – 2002. – № 123. – P. 895–900.

5. Hess C. L., Howard M. A., Attinger C. E. A review of mechanical adjuncts in wound healing: hydrotherapy, ultrasound, negative pressure therapy, hyperbaric oxygen, and electrostimulation // Ann. Plast. Surg. – 2003. – Vol. 51. – № 2. – P. 210–218.

6. Holle G. et al. Vacuum-assisted closure therapy and wound coverage in soft tissue injury: Clinical use // Unfallchirurg. – 2007. – Vol. 110. – № 4. – P. 289–300.

REFERENCE

1. Blatun L. A. (2011) Local drug treatment of wounds. Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova, № 4, pp. 51–59.

Edmonds M. et al. (2000) New Treatments in Ulcer Healing and Wound Infection. Diabetes Metab. Res. Rev., № 16, Suppl. 1, pp. 51–54.

3. File T. M., Tan J. S. (1995) Treatment of skin and soft tissue infection. Am. J. Surg., vol. 169, pp. 27–33.

4. Gustafsson R. et al. (2002) Vacuum-assisted closure therapy guided by C-reactive protein level

in patients with deep sternal wound infection. Thorac. Cardiovasc. Surg., № 123, pp. 895–900.

5. Hess C. L., Howard M. A., Attinger C. E. (2003) A review of mechanical adjuncts in wound healing: hydrotherapy, ultrasound, negative pressure therapy, hyperbaric oxygen, and electrostimulation. Ann. Plast. Surg., vol. 51, № 2, pp. 210–218.

6. Holle G. et al. (2007) Vacuum-assisted closure therapy and wound coverage in soft tissue injury: Clinical use. Unfallchirurg., vol. 110, № 4, pp. 289–300.

Стаття надійшла до редакції 24.10.2018