

УДК 618.5-0.89.888.61+616-089.168.1-053.31

© I. M. Nikitina, V. V. Markevich, 2011.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ОРНІГІЛУ У ПРОФІЛАКТИЦІ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ КЕСАРСЬКОГО РОЗТИНУ

I. M. Nikitina, V. V. Markevich*Кафедра акушерства та гінекології (зав. кафедри – проф. В. І. Бойко) медичного інституту Сумського державного університету, м. Суми.*

AN ESTIMATION OF EFFICIENCY OF APPLICATION OF ORNIGIL IN PROPHYLAXIS OF FESTERING-SEPTIC COMPLICATIONS AFTER CAESAR DISSECTION

I. N. Nikitina, V. V. Markevich

SUMMARY

The aim of our research was a study of efficiency of the use of ornidazole by comparison to metronidazole for the antibacterial prophylaxis of festering-septic complications in a postoperative period after caesar sections. The results of the conducted research testify about expedience of use of ornidazole in the complex charts of antibacterial perioperative prophylaxis.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ОРНИГИЛА В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

И. Н. Никитина, В. В. Маркевич

РЕЗЮМЕ

Целью нашего исследования было изучение эффективности использования Орнидазола в сравнении с Метронидазолом для антибактериальной профилактики гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде после кесарева сечения. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о целесообразности использования Орнидазола в комплексных схемах антибактериальной периоперационной профилактики.

Ключові слова: кесарський розтин, антибактеріальна профілактика, післяопераційні гнійно-септичні ускладнення.

За даними світової літератури, одним із пріоритетних факторів ризику розвитку післяпологових гнійно-септичних захворювань (ГСЗ) є операція кесарського розтину. Особливістю профілактики гнійно-септичних ускладнень в післяопераційному періоді є периопераційне введення антибіотиків з урахуванням ступеню ризику інфекційних ускладнень. Найбільш оптимальними вважаються комбінації аеробно- та анаеробцидних лікарських засобів, що включають препарати з групи похідних 5-нітроїмідазолу (НІМЗ), головним чином Метронідазол [1, 5, 7]. Але застосування Метронідазолу з метою профілактики може бути обмежене з наступних причин, так як частота побічних ефектів при його застосуванні (нудоти і блювання), за даними деяких публікацій, може досягати 59% [9]. Це потребує призначення додаткової терапії для їх корекції або заміни препарату, що подовжує термін перебування пацієнтів в стаціонарі. З причини короткого періоду напіввиведення (6-8 год.) препарат необхідно вводити мінімум 3 рази на добу, що призводить до додаткового навантаження середнього медичного персоналу та збільшення вартості лікування [9]. Широке застосування Метронідазолу у практичній медицині

протягом тривалого часу (понад 40 років) закономірно призвело до появи резистентних штамів мікроорганізмів та позначилось зниженням ефективності антибактеріальної профілактики (АП) і терапії. За даними літератури, у європейських країнах частота первинної резистентності до Метронідазолу становить від 6 до 40%, в Україні цей показник найбільш високий з країн Європи – близько 40% [3]. Альтернативою Метронідазолу виступають інші представники НІМЗ, зокрема Орнідазол. На користь вищенаведеного виступають такі дані: по-перше, Орнідазол (α -хлорметил)-2-метил-5-нітроїмідазол-1-етанолу) виявляє виражену бактерицидну дію щодо широкого спектру анаеробних коків і бактерій за аналогічним Метронідазолу механізмом дії, у випадку змішаної флори діє синергічно з іншими антибіотиками відносно аеробних збудників; по-друге, мікроорганізми, нечутливі до Метронідазолу, не мають перехресної стійкості до Орнідазолу; по-третє, фармакокінетичні параметри препарату найбільше відповідають вимогам, які пред'являються до оптимального антимікробного засобу для периопераційної профілактики: препарат добре проникає у біологічні рідини та тканини організму, досягаючи бактерицидних концентрацій,

слабко сполучається із білками плазми крові (близько 13%), період напіввиведення Орнідазолу становить у середньому 13 годин, що достатньо для підтримки бактерицидної концентрації у крові і тканинах протягом усієї операції [2].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Відповідно до поставленої мети здійснювали вивчення клінічної ефективності та переносимості препарату Орнігіл® (Орнідазол) (виробник ТОВ «ЮРІЯ-ФАРМ», Україна) у порівнянні із препаратом Метрогіл® (Метронідазол) (виробник Unique Pharmaceutical Laboratories, Індія), які призначались породіллям у схемах комплексної антибіотикопротекції (АП) у періопераційному періоді разом з цефалоспорином II та III покоління. У дослідженні брали участь 60 породіль, родорозрішених шляхом операції кесарського розтину в умовах Сумського обласного перинатального центру. На початку дослідження відповідно до затвердженого протоколу здійснювали скринінговий відбір хворих з урахуванням критеріїв включення та виключення, з яких формували 2 групи. Перша (дослідна) група (30 хворих) отримувала Орнігіл® 500 мг (розчин для внутрішньовенних інфузій по 100 мл), хворим другої (контрольної) групи (30 хворих) призначали препарат порівняння Метрогіл® 500 мг (розчин для внутрішньовенних інфузій по 100 мл). З метою АП Орнігіл і Метрогіл вводили внутрішньовенно крапельно до операції по 500 мг і у післяопераційний період: Орнігіл по 500 мг двічі на добу, а Метрогіл по 500 мг тричі на добу. Профілактичне застосування препаратів продовжувалось до 72 годин післяопераційного періоду, згідно із загальноприйнятими рекомендаціями [4, 6, 7, 8]. Проводилась оцінка показань до операції кесарського розтину, ступеню інфекційного ризику, техніки виконання операції, її тривалості, характеру ускладнень, що виникли – ранніх та віддалених.

Ефективність АП оцінювали на підставі результатів комплексного клініко-лабораторного і функціонального обстеження, обраних для адекватного контролю за станом хворих. Статистичну обробку отриманих даних проводили параметричними методами з використанням комп'ютерних статистичних програм.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клініко-статистичний аналіз показав, що операція кесарського розтину у 86,7% випадків виконувалась вперше, в 13,3% випадків – повторно. В плановому порядку було прооперовано 43,4% жінок, у 56,6% – ургентні операції. Найбільш частими показаннями до операції кесарського розтину були: з боку матері – екстрагенітальна патологія (28,3%) і первинна слабкість пологової діяльності, що не піддавалась медикаментозній корекції (13,3%), передчасне відшарування плаценти (8,4%); з боку плода – дистрес плода (8,4%), неправильні положення та передлежання

плода (23,3%). У жінок, що народжували повторно, на першому плані – неспроможність рубця на матці (18,3%).

Виділені фактори ризику гнійно-септичних ускладнень: наявність екстрагенітальних захворювань з порушенням мікроциркуляції (18,3%), наявність хронічних вогнищ інфекції (28,3%), генітальні інфекції (23,3%), гіпотрофія та ожиріння (13,3%). Ускладнення, що виникли під час вагітності: анемія різного ступеню (56,6%), пізній гестоз (18,3%), загроза переривання вагітності (13,3%), багатоводдя та маловоддя (6,7%). Ускладнення під час пологів: тривалий безводний проміжок (18,3%), затяжний перебіг пологів (більше 18 годин) – (3,3%), тривалість оперативного втручання більше 1 години (13,3%), кровотеча під час операції (11,7%).

При аналізі техніки оперативного втручання встановлено, що у 86,7% жінок проведена лапаротомія за Пфанненштилем, у 13,3% – нижньосередина лапаротомія. У всіх випадках був проведений розріз на матці за Гусаковим. Ушивання проводилось вікрилом: однорядним швом у 70,0% випадків, дворядним – у 30,0%. Тривалість операції в середньому склала 29 ± 15 хвилин. Загальна крововтрата складала 530 ± 100 мл. Кровотеча до і під час оперативного втручання спостерігалась в 13,3% випадків і була зумовлена в 8,3% – передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти, в 5,0% спостерігалась гіпотонічна кровотеча.

Післяопераційні гнійно-септичні ускладнення відмічені у 5 (16,6%) жінок, що отримували Метрогіл, переважно за рахунок «малих форм»: серома післяопераційного рубця, післяпологовий мастит. Випадків ендометриту та перитоніту після кесарського розтину не було у жінок обох груп.

Про ефективність АП на тлі використання Орнігілу свідчила відсутність у хворих дослідної групи будь яких ознак гнійно-септичного післяопераційного інфікування. Наведене підтверджувалось динамічним покращенням загального стану більшості хворих у післяопераційний період, позитивною динамікою клінічної картини та лабораторних показників крові і сечі. Сукупність клінічних ознак свідчила про відсутність інфекційного процесу і підтверджувала антибактеріальну ефективність досліджуваного препарату.

При оцінці переносимості схем АП не виявлено достовірних розбіжностей частоти виникнення небажаних явищ між хворими досліджуваних груп. Але частіше побічні ефекти у вигляді диспепсичних розладів (нудота, блювання, зміна смаку) спостерігались у групі хворих, яким в схемі АП застосовувався Метрогіл. Вказані явища були вираженими незначно і зникали після закінчення курсу АП. Між тим застосування Орнігілу у більшому числі випадків, ніж застосування Метрогілу, виключало необхідність проведення наступної антибактеріальної

терапії і скорочувало тривалість стаціонарного лікування хворих.

Важливим позитивним моментом застосування Орнігілу порівняно з Метрогілом є режим дозування: внутрішньовенна інфузія Орнігілу проводиться двічі на добу, а Метрогілу – тричі на добу (кожні 8 годин). Наведене сприяє не лише зменшенню навантаження персоналу, потреби у витратних матеріалах, але й підвищує комплаєнтність хворих до лікування, а також знижує ризик появи ускладнень, що пов'язані з частими пункціями судин.

ВИСНОВКИ

1. Результати проведеного дослідження свідчать про доцільність використання Орнігілу у комплексних схемах антибактеріальної профілактики післяопераційних інфекційних ускладнень після кесарського розтину.

2. Периопераційна антибактеріальна профілактика гнійно-септичних ускладнень після кесарського розтину з використанням Орнігілу дозволяє знизити частоту їх «малих форм» та попередити розвиток тяжких та віддалених форм.

3. Висока ефективність, безпечність і економічність периопераційної АП з використанням Орнігілу є підставою для більш широкого впровадження даного препарату у хірургічну практику.

ЛІТЕРАТУРА

1. Іванюта С. О. Кесарський розтин – сучасний стан та подальше вивчення / Іванюта С. О. // 36. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К.: Інтермед, 2004. – С. 505–508.

2. Инфекционный контроль в хирургии / [Шалимов А. А., Грубник В. В., Каченко А. И., Осипенко О. В.]. – К.: PC World Ukraine, 2000. – 182 с.

3. Порівняльна оцінка різних методів профілактики гнійно-запальних ускладнень при кесаревому розтині / В. К. Чайка, О. М. Рогова, Я. Д. Прокопчук [та ін.] // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2005. – № 2. – С. 81–84.

4. Профилактика и основные принципы лечения абдоминальной хирургической инфекции: метод. рекомендации / [В. И. Мамчич, В. В. Бойко, И. А. Криворучко и др.]. – К., 2003. – 32 с.

5. Современная антимикробная химиотерапия / под ред. Л. С. Страчунского, С. Н. Козлова. – М.: Боргес, 2002. – С. 395–403.

6. Хрянин А. А. Клиническая и микробиологическая эффективность метронидазола и орнидазола в лечении урогенитального трихомониаза у мужчин / А. А. Хрянин, О. В. Решетников // Антибиотики и химиотерапия. – 2006. – Т. 51, № 1. – С. 18–21.

7. Guaschino S. New perspective in antibiotic prophylaxis for obstetric and gynecological surgery / S. Guaschino, D. De Santo, F. De Seta // J. Hosp. Inf. – 2002. – № 50, Suppl. A. – P. S13–S16.

8. Risk factors in surgery / R. Dionigi, F. Rovera, G. Dionigi [et al.] // J. Chemother. – 2001. – № 13. – P. 6–11.

9. «Single shot» prevention in abdominal surgery. Antibiotics with long half-life (ceftriaxone, ornidazole) antibiotics with short half-life (cefazolin, metronidazole, clindamycin) / W. Schweizer, H. Striffeler, D. Lüdi, R. Fröscher // Helv. Chir. Acta. – 1994. – Vol. 60, № 4. – P. 483–488.