



С.Д. Хіміч, І.В. Поліщук

Вінницький національний
медичний університет
ім. М.І.Пирогова

© Колектив авторів

МІСЦЕ ПРЕПАРАТУ ТИРОЗУР ПРИ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ГНІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ М'ЯКИХ ТКАНИН

Резюме. Робота основана на результатах спостережень за 87 хворими із гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин. 53 пацієнти лікувались за традиційними методиками (контрольна група). У 34 хворих (група дослідження) поряд з традиційними методиками лікування був застосований місцево препарат Тирозур (Тиротрицин) у вигляді порошку та гелю. Виявлено позитивний вплив препарату на рановий процес, безпечність його застосування та прискорення лікування.

Ключові слова: гнійні захворювання м'яких тканин, Тирозур, Тиротрицин.

Вступ

Відомо, що лікування гнійних ран і гострих хірургічних захворювань м'яких тканин є актуальною проблемою сучасної хірургії [1]. Метою даного дослідження було вивчити клінічну ефективність та безпечність застосування препарату Тирозур (порошок та гель) при комплексному лікуванні гострих гнійних захворювань м'яких тканин.

Матеріали та методи досліджень

Препарат Тирозур (рис. 1) випускається компанією «Енгельгард Арцнайміттель ГмбХ та Ко КГ» у вигляді порошку або гелю, в яких 1 г препарату вміщує 1 мг антибіотика – тиротрицину. Тиротрицин відомий у світі вже понад 70 років, адже ще кінці 30 років ХХ ст. він був виділений французьким вченим R.J.Dubos із бактерії *Bacillus brevis*. До речі тут слід сказати про те, що Тиротрицин складається із поліпептидів: близько 3/4 це тироцидини та 1/4 – граміцидини.



Рис.1 Загальний вигляд препарату Тирозур у порошковій формі

Цей антибіотик діє місцево, не всмоктується та проявляє бактерицидну дію на грампозитивні і, деякі, грамнегативні бактерії, у тому числі на пеніцилін- та метицилінрезистентні

штами (*S.aureus*, *S.haemolyticus*, *S.pyogenes*, *S.viridans*, *S.faecalis*, *S.pneumonie*, *C.diphtherie*, *Clostridia*, *N.meningitis*, *N.gonorrhoeae*, *HSV*, *H.influenzae*, деякі види грибів, включаючи *Candida albicans*).

На першому етапі дослідження під нашим наглядом знаходилося 53 хворих на гнійно-запальні захворювання м'яких тканин, які проходили лікування на базах клінік кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова. Дана група була взята за основу, як контроль. Середній вік хворих в групі становив $44,75 \pm 9,23$ років.

Досліджувана група складала 34 особи. Середній вік хворих в цієї групи становив $43,95 \pm 8,1$ роки ($p > 0,05$ до контрольної групи). В цій групі обстеження та лікування проводилось схоже з основною, але в лікувальний арсенал був добавлений препарат Тирозур.



Рис. 2. Засипання рани Тирозуром на 2-й день після розкриття у хворого загноєних куприкових ходів

Препарат використовували наступним чином. Після розкриття гнійника (наприклад абсцесу) видаляли вміст, промивали порожнину антисептиками та дренивали гнійну рану. На 2-й день знімали пов'язку, рану знову промивали, ставили дренаж та засипали рану порошком Тирозур (рис.2).

Таку процедуру проводили тільки на 2-4, максимум 5-й день після розкриття гнійника. Як правило такий період був достатнім для очищення рани та появи грануляцій. В залежності від ступеню вираженості гнійного процесу з 3-5 чи з 6 дня переходили на пов'язки з Тирозуром у вигляді гелю ще на 3-5 днів (рис.3, 4, 5).



Рис. 3. Використання Тирозуру при підшкірному панариці I пальця лівої кисті з переважним ураження долонної поверхні нігтьової фаланги



Рис. 4. Той же хворий на 4 лікування. Рана очищається, з'явилися грануляції



Рис. 5. Той же хворий на 7 день лікування. Ранова поверхня значно зменшилась, очистилась від гнійно-некротичних тканин. Є крайова епітелізація, набряк та об'єм пальця також зменшилися. У хворого зникли болі

У пацієнтів з важким перебігом гнійно-запальних захворювань (особливо у людей з цукровим діабетом та ожирінням) термін лікування був більш тривалишим. Наприклад у пацієнтки Ш. на фоні цукрового діабету та ожиріння IV ступеню розвився гнійно-некротичний ішіоректальний парапроктит із залученням в процес великої кількості навколишніх тканин (рис.6, 7, 8, 9).



Рис. 6. Гнійно-некротичний ішло-ректальний пара проктит перед початком лікування

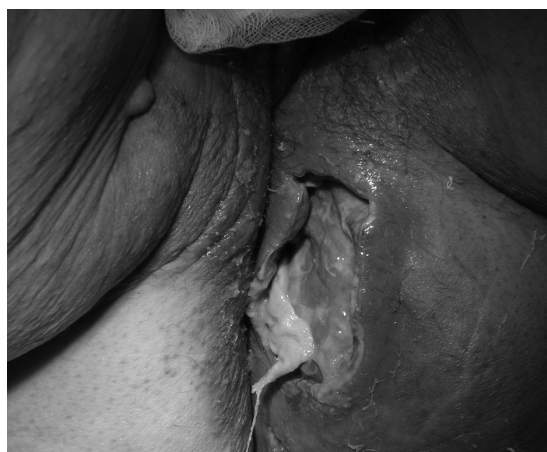


Рис. 7. Хвора Ш. Стан рани на 16 день лікування. Вигляд рани при використанні порошку Тирозур перед перев'язкою



Рис. 8. Хвора Ш. Стан рани на 22 день лікування. Рана очистилась



Рис. 9. Хвора Ш. Стан рани на 34 день лікування. Рана повністю очистилась, гранулює. Використовується Тирозур у вигляді гелю.

Пацієнтам обох груп проводились збирання скарг, анамнезу, огляд хворого, вимірювання температури тіла, пульсу, артеріального тиску, визначення важкості загального стану, клініко-лабораторні обстеження (загальні аналізи крові та сечі, біохімічні дослідження крові, дослідження рани на мікрофлору). При необхідності виконували комп'ютерну томографію ураженої ділянки тіла, імунологічне дослідження крові та ультразвукове дослідження ураженої ділянки. Лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) та пульсо-лейкоцитарно-температурний індекс інтоксикації (ПЛТІІ) визначали за нашою методикою [2, 3]. При огляді пацієнта задовільний стан оцінювали в 1 бал, середньої важкості – в 2 бали та важкий – у 3 бали. Характер ексудату первинного вогнища запалення для полегшення підрахунку також оцінювали в балах: серозне – 1 бал, серозно-гнійне – 2 бали, гнійне – 3 бали.

Лікування пацієнтів проводили за традиційними схемами з використанням різноманітних антисептиків, антибіотиків та дренажів.

Статистичну обробку отриманого матеріалу проводили за допомогою програм STAT-2, Microsoft Office Excel 2007, StatSoft STATISTICA 9.0.

Результати досліджень та їх обговорення

Провівши обробку матеріалу нами були отримані наступні дані. Серед хірургічних патологій контрольної групи були діагностовані абсцеси у 19 хворих, фурункули – у 11 та карбункули – у 9. Флегмони і аденофлегмони зустрічались у 8 пацієнтів та у 6 пацієнтів були інші гнійно-некротичні захворювання м'яких тканин (табл. 1).

Як видно із табл. 1, на середнє перебування хворого в стаціонарі не слід було б особливо звертати увагу, адже це дещо відносний показник, хоча відзначається відносне зменшення перебування хворих в стаціонарі з $9,54 \pm 2,41$ до $8,91 \pm 1,90$ ліжко-днів ($p < 0,05$). Термін перебігу хвороби до моменту госпіталізації збільшу-

вався, хоча не мав принципової різниці по групам. Загальний стан хворих в момент госпіталізації був практично однаковий ($1,42 \pm 0,25$ та $1,5 \pm 0,26$ бала). Середні показники температури тіла хворих на момент поступлення в стаціонар практично не відрізнялись і становили $37,19 \pm 0,28$ та $37,18 \pm 0,27^\circ\text{C}$ відповідно у обох групах ($p > 0,05$).

Таблиця 1

Середнє перебування хворих контрольної та досліджуваних груп у стаціонарі та результати їх первинного огляду

Показники	контрольна група (n=53)	досліджувана група (n=34)
Середнє перебування хворого в стаціонарі, ліжко-день	$9,54 \pm 2,41$	$8,91 \pm 1,90^*$
Термін до госпіталізації, дні	$6,64 \pm 2,27$	$6,71 \pm 2,39^{**}$
Загальний стан хворого, бали	$1,42 \pm 0,25$	$1,5 \pm 0,26^{**}$
Температура тіла на момент поступлення, $^\circ\text{C}$	$37,19 \pm 0,28$	$37,22 \pm 0,27^{**}$
Частота пульсу, уд/хв.	$81,58 \pm 4,51$	$82,67 \pm 6,02^{**}$
Кількість первинного ексудату у вогнищі запалення, мл	$40,36 \pm 9,78$	$45,44 \pm 11,8^*$
Характер ексудату, бали	$2,65 \pm 0,26$	$2,89 \pm 0,16^*$
Лейкоцитарний індекс інтоксикації	$1,67 \pm 0,35$	$2,12 \pm 0,37^*$
Пульсо-лейкоцитарно-температурний індекс інтоксикації	$2,01 \pm 0,29$	$2,48 \pm 0,34^*$

Примітка: * – $p < 0,05$, ** – $p > 0,05$ (відповідно до контрольної групи).

Показники частоти пульсу прямо пропорційно в деякій мірі були збільшеними у досліджуваній групі пацієнтів, збільшуючись від $81,58 \pm 4,51$ до $82,67 \pm 6,02$ ($p > 0,05$).

Під час первинного хірургічного втручання кількість виявленого ексудату у контрольній групі було в середньому $45,44 \pm 11,8$ мл та $39,32 \pm 7,75$ мл відповідно ($p > 0,05$). При цьому характер самого ексудату практично не відрізнявся в групах.

Щодо допоміжних методів визначення стану хворого, а саме рівня ендогенної інтоксикації, показники ЛІІ та ПЛТІІ були досить показовими. ЛІІ по групах відповідно складав $1,67 \pm 0,35$ та $2,12 \pm 0,37$ ($p < 0,05$). В свою чергу показник ПЛТІІ склав відповідно $2,014 \pm 0,19$ та $2,48 \pm 0,34$, що говорить про те, що в досліджуваній групі інтоксикаційний синдром був дещо важчим ($p < 0,05$) ніж в контрольній групі.

Таблиця 2

Показники ЛІІ та ПЛТІІ на 3-4 день лікування

Показники	контрольна група (n=53)	досліджувана група (n=34)
Лейкоцитарний індекс інтоксикації	$1,14 \pm 0,21$	$1,12 \pm 0,18$
Пульсо-лейкоцитарно-температурний індекс інтоксикації	$1,74 \pm 0,16$	$1,75 \pm 0,18$

Оскільки в обох групах були пацієнти з ожирінням, слід зазначити те, що перебіг гнійно-некротичних процесів у людей з крайніми формами ожиріння часто мав замаскований



характер із стертою клінічною картиною та із зменшенням больових відчуттів. Більшість гнійно-некротичних процесів мали ширший, розлитий характер, ніж у пацієнтів з нормальною масою тіла.

При визначенні ЛШ та ПТЛШ було помічено, що ці показники значно швидше зменшувались на 3-4 день лікування у дослідній групі ніж у контрольній, що опосередковано свідчить про відповідний стан ендогенної інтоксикації у цих групах (табл. 2).

Слід також зазначити, що у пацієнтів з III-IV ступенем ожиріння можна спостерігати присутність декількох фаз ранового процесу одночасно, коли в одному куті рани є наявність грануляцій, а в іншому – помірні гнійні виділення. Цей важливий аспект в лікуванні гнійно-некротичних процесів у людей з ожирінням змушує одночасно на різних ділянках однієї рани проводити лікування декількома препаратами для лікування різних фаз ранового процесу. В таких випадках ми з успіхом використовували одночасно порошок Тирозур (там де були гнійно-некротичні тканини) та гель Тирозур – там де вже були грануляції.

Слід також зазначити те, що при місцевому використанні порошку Тирозур значно скорочувався час очищення рани від гнійно-некротичних тканин, ніж при використанні звичайних антисептиків. Дана форма препарату проявляла себе як чудовий сорбент в поєднанні з антибактеріальною дією. Цей факт нами з успіхом був використаний та застосовується для лікування гнійних ран стопи діабетика,

а також для присипання інфікованих ран після її хірургічної обробки. Так само його вдало почали застосовувати після видалення вросшого нігтя: спочатку рану промивали антисептиком, просушували та засипали даним порошком. Тирозур в порошковій формі в таких випадках добре зупиняє кровотечу, зменшує набряк тканин та зменшує біль. Після 2-3 щоденних перев'язок робимо перехід на гель Тирозур.

Висновки

1. Препарат Тирозур, завдяки тому що він не так давно з'явився на фармацевтичному ринку України, проявляє сильні антибактеріальні властивості до найпоширенішої гнійної флори.

2. У вигляді порошку Тирозур значно швидше очищає рану від гнійно-некротичних тканин в перших 3-4 дні лікування в порівнянні з традиційним використанням антисептичних засобів.

3. Тирозур у вигляді гелю добре себе зарекомендував при лікуванні інфікованих та гнійних ран після їх очищення, для стимуляції грануляційної тканини.

4. При місцевому застосуванні хворими не було відмічено побічних ефектів (біль, свербіж, печія тощо).

5. Враховуючи вище наведене можна сказати про те, що Тирозур (Тиротрицин) може широко використовуватись в хірургічній практиці і він по достоїнству може зайняти своє місце в комплексному лікуванні гнійно-некротичних процесів м'яких тканин та інфікованих ран.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лефлацин в лечении больных с массивными гнойно-воспалительными процессами мягких тканей // П.Д. Фомин, А.И. Лиссов, В.М. Сидоренко и др. – Доктор. – 2006. – №1. – С.50-51.

2. Фищенко А.Я. Определение лейкоцитарного индекса интоксикации при холецистите / А.Я. Фищенко,

С.Д. Химич // Клиническая хирургия. – 1989. – №9. – С.68-69.

3. Химич С.Д. Пульсо-лейкоцитарно-температурный индекс интоксикации / С.Д. Химич // Клин.хирургия. – 1992. – №12. – С.51-53.



ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА
ТИРОЗУР ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ
ТКАНЕЙ

*С.Д. Химич,
И.В. Полищук*

Резюме. Работа основана на результатах наблюдений за 87 больными с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей. 53 пациента лечились с применением традиционных методик (контрольная группа). У 34 больных (исследовательская группа) наряду с традиционными методиками лечения был применен местно препарат Тирозур (Тиротрицин) в виде порошка и геля. Отмечено позитивное влияние препарата на рановый процесс, безопасность его применения и некоторое сокращение сроков лечения.

Ключевые слова: *гнойные заболевания мягких тканей, Тирозур, Тиротрицин.*

EFFECTIVE USING OF
THE DRUG TIROZUR THE
TREATMENT OF ACUTE
PURULENT DISEASES OF
SOFT TISSUES

S.D. Khimich, I.V. Polishchuk

Summary. The work is based on observations of 87 patients with purulent-inflammatory diseases of soft tissues. 53 patients were treated using conventional methods (control group). In 34 patients (study group), together with traditional methods of treatment was applied topically drug Tirozur (Tirotritsin) in powder and gel. Noted a positive effect of the drug on the process of wound, the safety of its use and some reduction in terms of treatment.

Key words: *purulent diseases of soft tissues, Tirozur, Tirotritsin.*