

Література. 1. Барсук Г.Т., Михайленко И.В., Гута Л.В. Ближайшие и отдаленные результаты острой акушерской кровопотери // Вопросы охраны материнства и детства. – 1980. - №7. – С.76-77. 2. Мясникова Г.П. Нарушения репродуктивной функции женщин после родов, осложненных массивной кровопотерей // Акушерство и гинекология. – 1986. - №10. – С.29-32. 3. Старостина Т.А., Фролова Т.Г. Летальность после операции кесарева сечения // Акушерство и гинекология. – 1989. - №3. – С.22-24. 4. Тимошенко Л.В., Вдовиченко Ю.П. Причины вынужденного выдалення матки під час операції кесарева розтину // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1990. – №5. – С.32-34.

ATONIC UTERINE BLEEDINGS AS A CAUSE OF EARLY MENOPAUSE

P.N. Baskakov

Abstract. The results of clinicoendocrinologic investigations carried out in 30 women, who have had atonic uterine bleedings show that they present a group of high risk as to the development of early menopause already 3 years after the operation. It points out to the necessity of dispensary observation in a specialized consulting-room by a gynecologist-endocrinologist and hormonal correction in them.

Key words: atonic uterine bleeding, remote consequences, early menopause.

Center of Maternity and Child Protection of the Republic of Crimea (city of Simferopol)

УДК: 616-001.17-085.36

Р.Р. Бойчук, О.І. Федів, М.В. Малейкий, О.С. Диякон, І.М. Малейкий

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ „КУРІОЗИНУ®” ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОПІКІВ

Кафедра госпітальної терапії та клінічної фармакології (зав. – проф. Коломось М.Ю.)
Буковинська державна медична академія

Резюме. В статті наведені результати вивчення впливу препарату „Куріозин®” на перебіг раньового процесу у 14 хворих з термічними опіками IIIa–IIIb ступеня. Відмічається асептична дія препарату, позитивний вплив його на репаративні процеси в опіковій рані.

Ключові слова: термічний опік, консервативне лікування, „Куріозин®”.

Вступ. Незважаючи на існування суперечливих поглядів про роль місцевого консервативного лікування при опіковій травмі, залишається очевидним, що при поверхневих опіках, які складають близько 80% всіх випадків опікової травми, цей метод є основним. При глибоких опіках та опіковій хворобі воно є обов’язковим компонентом комплексної терапії.

Ігнорування того, що навіть глибокому опіку (III – IV ступеня) притаманна стадійність розвитку патологічного процесу (розрізняють стадії демаркації, секвестрації, відторгнення некротичних мас і гранулюючої рани), призводить до недооцінки вагомості місцевого консервативного лікування.

У комбустіологічній практиці найбільш суттєві проблеми виникають при лікуванні постраждалих з глибокими опіками великої площі. Опікова хворо-

ба з характерною симптоматикою та ускладненнями розвивається і при поверхневих опіках, які перебільшують 25 – 30 % поверхні тіла або, частіше, при глибоких більше за 10 %. Дані опіки закономірно викликають виникнення комплексу патологічних змін з боку внутрішніх органів, які охоплюють всі життєвоважливі системи організму. Ця обставина передбачає у вивченні патогенезу та обґрунтуванні диференційованого лікування опіків не тільки хірургів, а і представників інших клінічних спеціальностей.

Важкість перебігу опікової хвороби залежить не тільки від площі та глибини ураження, а й від характеру ранового процесу. Одним з шляхів подолання загальних важких ускладнень є попередження та лікування інфікування ранової поверхні та прискорення процесів регенерації пошкоджених тканин [3].

Вже протягом року в деяких клініках України вивчається ефективність нового препарату „Куріозин®” (виробництва хімічного заводу „Гедеон Ріхтер”) при хірургічній патології [2]. Але при опіковій травмі даний препарат раніше не застосовувався..

Мета і завдання дослідження. Метою нашого дослідження було вивчення впливу „Куріозину®”, на перебіг ранового процесу при опіках.

Підставою для призначення „Куріозину®” опіковим хворим є те, що :

1) він є асоціатом двох діючих компонентів: глікозаміноглікана – гіалуронової кислоти та цинку. Натрієва сіль гіалуронової кислоти є природним компонентом сполучної тканини, що складає понад 50 % структурних елементів шкіри;

2) у процесі полімеризації гіалуронової кислоти з молекулами води утворюються дисперсійний та перехідний матрикси, які покращують дифузійні процеси та клітинне дихання [4];

3) при взаємодії гіалуронової кислоти з фібриною сіткою активізується також фагоцитоз, що сприяє ефективному очищенню ранової поверхні від некротичних мас [5]; паралельно з цим підсилюється активність макрофагів та фібробластів;

4) в свою чергу, ці процеси призводять до збільшення продукції трофічного фактору, активізації ангиогенезу, підсилення проліферації ендотеліальних і епітеліальних клітин [6, 7].

Вищезазначені механізми дії „Куріозину®” обумовлюють його вплив на репаративні процеси в післяопіковій рані.

Наявність в даному препараті цинку сприяє активізації численних ферментативних процесів, регенерації пошкоджених тканин, а також забезпечує протимікробну дію „Куріозину®” [8].

Матеріали і методи. Враховуючи позитивний вплив „Куріозину®” на репаративні процеси, він застосовувався нами для лікування 14 хворих з термічними опіками IIIa - IIIb ступеня.

З метою оцінки клінічної ефективності препарату проводилось порівняння стану ранової поверхні у хворих контрольної групи (12 осіб), до якої входили пацієнти з подібною опіковою травмою, які отримували традиційну місцеву консервативну терапію (фурацилін, риванол, декаметоксин і ін.).

В обох групах оцінювалась динаміка показників, що відображають стан післяопікової рани (площа поверхні, глибина, характер основи рани, наявність грануляцій, ступінь епітелізації) та суб'єктивних відчуттів, що характери-

зують біль у рані (вираженість та характер болю; дискомфорт, пов'язаний з больовим синдромом; необхідність застосування анальгетиків).

Під кінець дослідження ефективність препарату оцінювалась за такою шкалою:

3 бали - «дуже висока» - виражена позитивна динаміка показників, які характеризують стан опікової рани; відсутність або значне зменшення болю в рані;

2 бали - «добра» - позитивна динаміка більшості показників, помірне зменшення болю в рані;

1 бал - «без змін» - відсутність суттєвої зміни показників;

0 балів - «погіршення» - негативна динаміка хоча б одного з досліджуваних показників.

Переносимість препарату оцінювалась за подібною шкалою:

3 бали - «дуже добра» - відсутні побічні ефекти;

2 бали - «добра» - незначні побічні ефекти;

1 бал - «задовільна» - побічні ефекти, які впливають на стан пацієнта, але не потребують відміни препарату;

0 балів - «незадовільна» - негативні побічні ефекти, які суттєво впливають на стан пацієнта і потребують відміни препарату.

Для порівняння результатів дослідження був використаний непараметричний метод аналізу з вичисленням критерію І Колмогорова-Смірнова [1].

Проводилась також порівняльна оцінка динаміки процесу загоєння рани при однотипних ураженнях на симетричних ділянках тіла у одного і того ж хворого. „Куріозин®” застосовувався протягом 14 діб (перев'язки через день) із розрахунку 10 мл на 250 – 300 см² післяопікової площі.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що використання „Куріозину®” при опіках IIIа ступеня сприяє виникненню змішаної епітелізації рани на 4 – 5 днів раніше ніж в контрольній групі та швидшому її очищенню. Більш вираженою в порівнянні з традиційними антисептиками (фурацилін, ріванол, декаметоксин та ін.) була його антисептична дія. Ефективність лікування була кращою при застосуванні препарату на ранніх етапах опікової травми. При більш пізньому його використанні (починаючи з 7–10 доби) термін виникнення повної епітелізації прискорювався лише на 2 – 3 доби.

У випадках опіків IIIб ступеня „Куріозин®” застосовувався для підготовки післяопікової рани до автодермопластики. Клінічний критерій ефективності асептичної дії препарату оцінювався за терміном досягнення готовності опікової рани до операції. Починаючи з 15 – 16 доби, після початку відторгнення некротичних мас, препарат застосовувався із розрахунку 10 мл на 200 см² при щоденних перев'язках протягом 4 – 5 діб до повного очищення гранулюючої рани і готовності її до автодермопластики. У контрольній групі ці терміни збільшувалися до 6 – 7 діб. Під час операції (пересадка епідермо-дермальних трансплантатів) гранулююча рана орошувалась „Куріозином®” у розведенні 0,9 % розчином NaCl в співвідношенні 1 : 1, після чого на рану накладався трансплантат. В післяопераційному періоді (при необхідності) проводились дві–три перев'язки з „Куріозином®” через день. Приживлення епідермо-дермальних трансплантатів у хворих основної групи складало 100 % і відбувалось в 1,2 рази швидше, ніж у пацієнтів контрольної групи.

В результаті аналізу клінічних спостережень встановлено, що:

а) у 11-ти хворих, які отримували „Куріозин®”, ефективність застосування препарату була «дуже високою» (3 бали), у 3-х хворих - «доброю» (2 бали);

б) у двох хворих контрольної групи ефективність традиційного лікування оцінювалась як «дуже висока» (3 бали), у 9-ти пацієнтів - як «добра» (2 бали), у одного пацієнта - як «без змін» (1 бал).

Отримані результати (в балах) порівнювались за критерієм Колмогорова-Смірнова ($I=1,57$; $p(I) < 0,05$).

Отже, за результатами чотирьохбальної оцінки ефективності лікування „Куріозином®” можна відзначити, що відмінності між основною та контрольною групою є достовірними.

Переносимість препарату була «дуже доброю» і оцінювалась в 3 бали у всіх хворих основної групи. Побічних явищ при його використанні не відмічалось.

Єдиною проблемою, яка затруднює широке застосування „Куріозину®” в комбустіологічній практиці, є його дорожнеча. В зв'язку з цим доцільною є подальша розробка нових лікарських форм препарату (мазьові форми, розчини з меншою концентрацією) та шляхів їх використання.

Висновки. На підставі оцінки впливу „Куріозину®” на процес загоєння післяопікової рани та приживлення автодермотрансплантату можна зробити попередні висновки:

1. „Куріозин®” наділений вираженою антисептичною дією;
2. „Куріозин®” покращує регенеративні процеси в післяопіковій рані;
3. „Куріозин®” є безпечним засобом, в зв'язку з чим може застосовуватися для місцевого лікування хворих з опіками IIIa та IIIb ступеня, а також в процесі підготовки до автодермопластики.

Література. 1. *Іванов Ю.И., Погорелюк О.Н.* Статистическая обработка результатов медико-биологических исследований на микрокалькуляторах по программам. - М.: Медицина, 1990. - 224 с. 2. *Кляшторна Т.М.* Куріозин повертає втрачену надію // Ліки України – 1998. - № 3. - С. 36-3. *Ожоги: Руководство для врачей / Под ред. Вихрева Б.С.* – Л. Медицина, 1986. – 270 с. 4. *J.E.Scott.* Secondary structures in hyaluronan solution: chemical and biological implications. The biology of hyaluronan. Wiley, Chichester, 1989. (Ciba Found. Symp. 143), P. 248 – 264. 5. *Karen. L. Goa, Paul Benfield.* Hyaluronic acid. A Review of its pharmacology and use a surgical aid in ophthalmology and its therapeutic potential in joint disease and wound healing // Drugs. – 1994. – Vol. 47. № 3. – P. 536 – 566. 6. *Paul H. Weigel.* The specific interaction between fibrin(ogen) and hyaluronan: possible consequences in haemostasis, inflammation and wound healing. The biology of hyaluronan. Wiley, Chichester, 1989. (Ciba Found. Symp. 143), P. 248 – 264. 7. *D.C.West.* Angiogenesis induced by degradation products of hyaluronic acid. // Science. – 1985. – Vol. 228. – P. 1324 – 1326. 8. *A.G.Lansdown.* Zinc in the healing wound. // Lancet. – 1996. – Vol. 347. – P. 706 – 707.

PROSPECTS OF USING „CURIOSIN®” IN THE TREATMENT OF BURNS

R.R. Boichuk, O.I. Fediv, M.V. Maleikiyi, O.S. Dyiakon, I.M. Maleikiyi

Abstract. The article deals with the results of studying the influence of „Curiosin®” remedy on the course of a wound process in 14 patients with thermal burns of the IIIa-IIIb degrees of severity. We noted the aseptic action of the preparation as well as a positive effect of regenerative properties of a burn wound.

Keywords: thermal burn, conservative treatment, „Curiosin®”.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)