

УДК: 616.12.001.17

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

М.С. АШУРОВА, Х.С. АЗИМОВА, С.Г. ГАФУРОВА, Н.Х. ЗИГАНШИНА,
О.А. СИДДИКОВ, С.Ж. ЮЛДАШЕВ

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КУЙИШ КАСАЛЛИГИДА ЮРАК- ҚОН ТОМИР ТИЗИМИНИНГ ФУНКЦИОНАЛ ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ

М.С. АШУРОВА, Х.С. АЗИМОВА, С.Г. ГАФУРОВА, Н.Х. ЗИГАНШИНА,
О.А. СИДДИКОВ, С.Ж. ЮЛДАШЕВ

Самарканд давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

ASSESSMENT OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM IN CASE OF BURN DISEASE

M.S. ASHUROVA, H.S. AZIMOVA, S.G. GAFUROVA, N.H. ZIGANSHINA,
O.A. SIDDIKOV, S.J. YULDASHEV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

190 нафар куйиш касаллиги билан беморларнинг касаллик тарихи ретроспектив таҳлили ўтказилган. Куйиш касаллигининг оғирлик даражасига қараб беморлар 4 гуруҳга бўлинган эди. Шокнинг эректел фазасида артериал қон босими бир оз кўтарилиб торпид фазасида эса пасайган эди. Оқибати бўйича ёмон ҳолатларда эрта даврларда турғун гипотония аниқланган. Куйиш касаллигининг ўрта оғирлик даражаларида юрак соҳасида оғриқ, тахикардия, гипотония кузатишган. Куйиш касаллигининг енгил даражаларида бир оз тахикардия ва максимал қон босимининг кўтарилиши кузатишган эди. Куйганларнинг тана юзаси 10% дан кам бўлган I-II даражали куйиш касаллиги клиник намоён бўлмаган эди.

Калит сўзлар: куйиш травмаси, куйиш касаллиги, артериал қон босими, пульс частотаси, ЭКГ.

Data of retrospective analysis of 190 histories of patients with a burned howling disease given. Patients were divided into 4 groups, depending on the severity of the burn disease. And during the shock period blood pressure slightly increased in the erectile phase and decreased in the torpid. And prognostically unfavorable cases already in the early periods revealed persistent hypotension. Pain in the heart tachycardia, hyponetsion were noted in patients with moderate severity of the burn disease. With a mild degree of disease moderate tachycardia was observed and a sligh increase in maximum blood pressuare was observed. In patients with burns of I-II degree occupying less than 10 % of the surfaces of the body, the burn disease did not clinically appear.

Keyword: burn injury, burn disease, blood pressuare, heart rate, electrocardiogram.

Актуальность. К настоящему времени получены убедительные данные, свидетельствующие о наличии при термических ожогах, выраженных функциональных и отчетливых структурных изменений со стороны отдельных внутренних органов и систем пострадавших лиц. Тяжелая ожоговая травма приводит к развитию весьма своеобразного тяжелого общего патологического процесса [1,2].

Тяжесть состояния больных в остром периоде ожоговой болезни связана не столько с повреждением кожных покровов, сколько с системными изменениями, которые в организме вызывает термический фактор. С момента получения ожоговой травмы возникает медиаторный взрыв, формирующий нарушения гемодинамики, функции сердца, почек, желудочно-кишечного тракта, психоэмоциональной сферы.

По данным литературы сердечно - сосудистая недостаточность при ожоговой болезни развивается у 40% пострадавших и клинически проявляется в виде тахикардии, нестабильной гемодинамики с тенденцией к гипотонии, нарушениями ритма сердечной деятельности.

Сердечно - сосудистая система в наибольшей степени страдающая у больных в состоянии ожогового шока, является основным звеном в патогенезе нарушений транспорта кислорода. Находясь в тесной связи с дыхательной, сердечно-сосудистая система ответственна не только за насосную функцию. В основе дисфункции сердечно-сосудистой системы лежит нарушение, как доставки, так и потребления кислорода [3,4].

Гемодинамический профиль каждого конкретного больного определяется взаимодействием ряда факторов; фоновым состоянием и типом си-

стемы кровообращения (гипокинетическим, эукинетическим, гиперкинетическим), тяжестью травмы и длительностью догоспитального времени, объемом и характером предшествующей терапии, глубиной и локализацией ожога (в области так называемых «шокогенных зон» или вне их).

По данным литературы, нарушения кровообращения и декомпенсации наблюдались у 13% к общему числу ожоговых больных, причем часть из них погибла при явлениях нарастающей сердечной недостаточности. У ряда обожженных явления декомпенсации были устранены, и больные выздоровели. Обычно явления недостаточности кровообращения возникали у пострадавших с площадью глубокого поражения более 10% поверхности тела.

При изучении состояния сосудистой проницаемости при термических ожогах в разные периоды болезни и определении скорости резорбции радиоактивных йода и натрия из кожи и мышц в пределах здоровых тканей установлено повышение проницаемости капиллярной стенки у большинства ожоговых больных пропорционально площади и глубине поражения. При ограниченных и поверхностных ожогах первые два дня болезни она невелика и нормализуется к 7-14-му дню болезни. При глубоких ожогах проницаемость капиллярной мембраны быстро нарастает и достигает максимума к 7-14 ному дню болезни. У значительной части больных наблюдается понижение резистентности капиллярной стенки [5].

Целью проведенного нами исследования было изучение частоты и вида сердечно-сосудистой патологии у больных различной степенью тяжести термического поражения.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ 190 историй болезней больных, находившихся на лечение в отделение комбустиологии СФРНЦЭМП в возрасте от 22 до 75 лет. Все пациенты были разделены по степени ожоговой травмы на 4 группы.

В I группу вошли 72 больных с тяжелой степенью ожоговой травмы. Общая площадь поражения составляла у них от 18 до 43%, площадь глубокого ожога была меньше (от 7% до 25%), но ожоговая болезнь протекала тяжело.

У 56 больных II группы отмечалась средняя степень тяжести ожоговой болезни с общей площадью поражения от 10% до 18% поверхности тела и площадью глубокого ожога от 5% до 15% поверхности тела.

III группу составили 43 больных с легкой степенью ожоговой болезни. У них ожоги были, преимущественно, поверхностными общая площадь поражения не превышала 13% поверхности тела.

К IV группе были отнесены 19 больных с ожогами I-II ст, занимающими до 10% поверхно-

сти тела. Группы больных были репрезентативны по полу, характеру поражения и сопутствующей патологии.

У всех больных определялся преморбидный фон, в частности заболевания сердечно-сосудистой системы в анамнезе. Анализировались жалобы, проводилось физикальное обследование сердца, определялись АД, характер и частота пульса, проводились электрокардиографическое и лабораторные исследования в динамике.

Результаты. Из 72 больных I группы с тяжелой степенью ожоговой травмы отмечались сердцебиение у 67 (35,3%), одышка у 59 (31,1%), боли в области сердца у 33 (17,4%) пациентов.

У больных первой группы в период шока артериальное давление немного повышалось в эректильной фазе и снижалось в торпидной. В 12 (6,3%) (прогностически неблагоприятных) случаях уже в ранние сроки после травмы выявлялась стойкая гипотония. Среднее гемодинамическое давление, как правило снижалось до 72-77 мм.рт.ст. У 15 (7,9%) лиц, страдающих гипертонической болезнью, артериальное давление в период шока понижалось до нормальных цифр и нередко на протяжении всего последующего периода оставалось на этом уровне. На электрокардиограмме в этот период отмечалась синусовая тахикардия, сглаживание зубца Т, удлинение интервала Q-T, снижение интервала S-T, увеличение зубца Р, низкий вольтаж и др.; электрическая ось сердца отклонялась вправо.

В период токсемии со стороны сердечно-сосудистой системы отмечались у 67 (35,3%) пациентов сердцебиения, одышка у 59 (31,1%), у 33 (17,4%) боли в области сердца, у 52 (27,4%) выраженная тахикардия, приглушенный первый тон и систолический шум на верхушке, у 70 (36,8%) пониженное артериальное давление. Электрокардиографические изменения характеризуются синусовой тахикардией, иногда пароксизмальной, нарушением внутрипредсердной проводимости и патологическими изменениями в конечной части желудочкового комплекса.

В дальнейшем, по мере прогрессирования недостаточности кровообращения в результате дистрофии миокарда, усиливались одышка, цианоз, появлялись отеки на нижних конечностях, ухудшались показатели ЭКГ, увеличивалась печень.

Нарушения кровообращения и декомпенсации наблюдались у 24 (12,6%) пациентов к общему числу ожоговых больных, причём часть из них-11 (5,8%) пострадавших погибла при явлениях нарастающей сердечной недостаточности. У ряда обожженных явления декомпенсации были устранены и больные выздоровели.

У больных второй группы возникали боли в области сердца-23 (12,1%), сердцебиение-26

(13,7%) одышка, тахикардия-34 (17,9%), отмечался цианоз губ, кистей-49 (25,8%), первый тон на верхушке сердца становился приглушенным или даже глухим.

У больных третьей группы наблюдали умеренную тахикардию у 21 (11,1%), незначительное повышение максимального артериального давления (10-20 мм.рт.ст.).

У пациентов четвертой группы ожоговая болезнь клинически не проявлялась.

Вывод: Из выше изложенного следует, что при ожоговой болезни поражается как сосудистая система, так и сама сердечная мышца. Изменения в сердечной мышце носят характер миокардиодистрофии, т.е. в основном сводятся к нарушению метаболизма. У истощенных больных особенно характерно развитие дистрофии и атрофии миокарда. Однако наряду с явлениями миокардиодистрофии при ожоговой болезни можно наблюдать и воспалительные изменения в виде миокардита.

Литература:

1. Парамонов Б.А., Порембский Я.О., Яблонский В.Г. Ожоги. Руководство для врачей. Санкт Петербург 2007 г.
2. Парамонов Б.А. Ожоги. Практическое руководство. 2009
3. Поплавская О.Г., Шипаков В.Е. Алексеев Д.В. Прогнозирование развития полиорганной дисфункции у ожоговых больных. Материалы XI Всероссийского Съезда анестезиологов и реаниматологов. – СПб., 2008.-С. 207-208.
4. Поплавская О.Г. Исследование системы гемостаза у больных с ожоговой болезнью / О.Г. По-

плавская, В.Е. Шипаков, Д.В. Алексеев // Сибирский консилиум. - 2008. -№ 2. - С. 58-59.

5. Kasimov S. et al. Haemosorption In Complex Management Of Hepatargia //The International Journal of Artificial Organs. – 2013. – Т. 36. – №. 8. – С. 548.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ

М.С. АШУРОВА, Х.С. АЗИМОВА,
С.Г. ГАФУРОВА, Н.Х. ЗИГАНШИНА,
О.А. СИДДИКОВ, С.Ж. ЮЛДАШЕВ

Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Приведены данные ретроспективного анализа 190 историй болезней больных ожоговой болезнью. Больные были разделены на 4 группы в зависимости от тяжести ожоговой болезни. В период шока артериальное давление немного повышалось в эректильной фазе и снижалось в торпидной. В прогностически неблагоприятных случаях уже в ранние сроки после травмы выявлялась стойкая гипотония. У больных со средней степенью тяжести ожоговой болезни отмечались боли в области сердца, тахикардия, гипотония. При лёгкой степени ожоговой болезни наблюдали умеренную тахикардию и незначительное повышение максимального артериального давления. У больных с ожогами I-II ст, занимающими менее 10% поверхности тела ожоговая болезнь клинически не проявлялась.

Ключевые слова: ожоговая травма, ожоговая болезнь, АД, частота пульса, ЭКГ.