

ОТЯГОЩАЮЩИЕ ФАКТОРЫ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА



Даминов Феруз Асадуллаевич

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КЕКСА ВА ҚАРИ ЁШДАГИ БЕМОЛЛАРДА КУЙИШ КАСАЛЛИГИНИ ОҒИРЛАШТИРУВЧИ ОМИЛЛАР

Даминов Феруз Асадуллаевич

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

BURDENING FACTORS OF BURN DISEASE IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Damirov Feruz Asadullaevich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Куйиш касаллигига чалинган 522 нафар кекса ва қари ёшдаги беморларни ўрганиш натижалари келтирилган. 60 ва ундан катта ёшдаги жабрланганларда куйиш шоки қўшма касалликлар фониди тана юзасининг 5% гача чуқур тери шикастланиши билан ривожланади ва касаллик кечишининг сезиларли даражада оғирлиги билан тавсифланади. Беморларнинг 98,0%да (522 тадан 511 тасида) қўшма касалликлар аниқланган, уларда асосан юрак-қон томир ва ўпка тизими касалликлари устунлиги аниқланди, бир қатор беморларда (33,9%) бир нечта бирга келадиган касалликлар комбинацияси мавжудлиги маълум бўлди.

Калим сўзлар: куйиш касаллиги, кекса ва қариллик ёши.

Abstract. The results of a survey of 522 elderly and senile patients with burn disease are presented. In victims of 60 years and older, burn shock develops with an area of deep skin damage up to 5% of the body surface against the background of concomitant diseases and is characterized by a significant severity of the course. Concomitant diseases were detected in 98% (in 511 out of 522) of patients in whom diseases of the cardiovascular and pulmonary systems predominated, and in a number of patients (33.9%) there was a combination of several concomitant diseases.

Key words: burn disease, elderly and senile age.

Актуальность. Термические поражения у лиц пожилого и старческого возраста представляет сложную медицинскую проблему, где ведущая роль принадлежит возрастным изменениям организма и связанным с этим нарушениям процесса микроциркуляции, обменных процессов, патологическим изменениям внутренних органов и систем [3, 5, 8].

Люди пожилого и старческого возраста входят в группу риска по термической травме. Возраст, площадь ожога, интервал между травмой и поступлением в ожоговый центр, сопутствующая патология являются основными факторами, определяющими тяжесть травмы, и оказывающими влияние на прогноз и лечебную тактику [1, 4, 6, 10].

Современная демографическая ситуация в развитых странах характеризуется снижением рождаемости и постарением населения [2, 5, 7, 9].

Общее старение населения Республики Узбекистан имеет отчетливую тенденцию к росту. Это отражается увеличением в ожоговых центрах числа больных пожилого и старческого возраста, доля которых достигает 1/3 и более от всех госпитализированных [1, 3, 6]. Укоренилось мнение, что сопутствующая патология у пострадавших пожилого и старческого возраста снижает их устойчивость к операционному стрессу [1].

Цель исследования. Изучить эпидемиологические особенности ожоговой болезни у больных пожилого и старческого возраста.

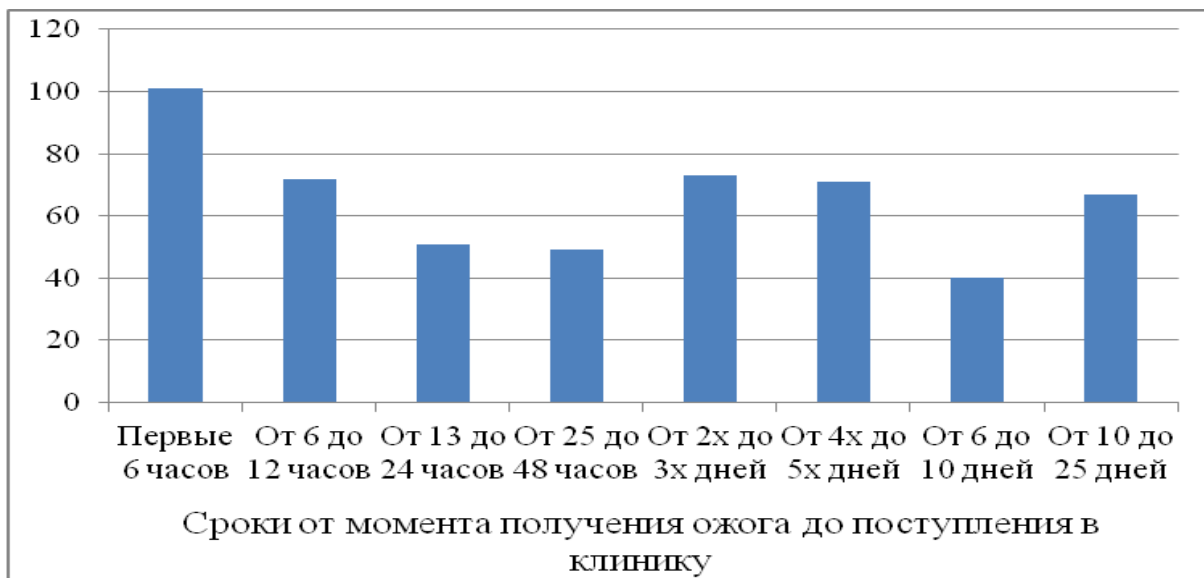


Рис. 1. Сроки поступления больных в клинику после получения термической травмы

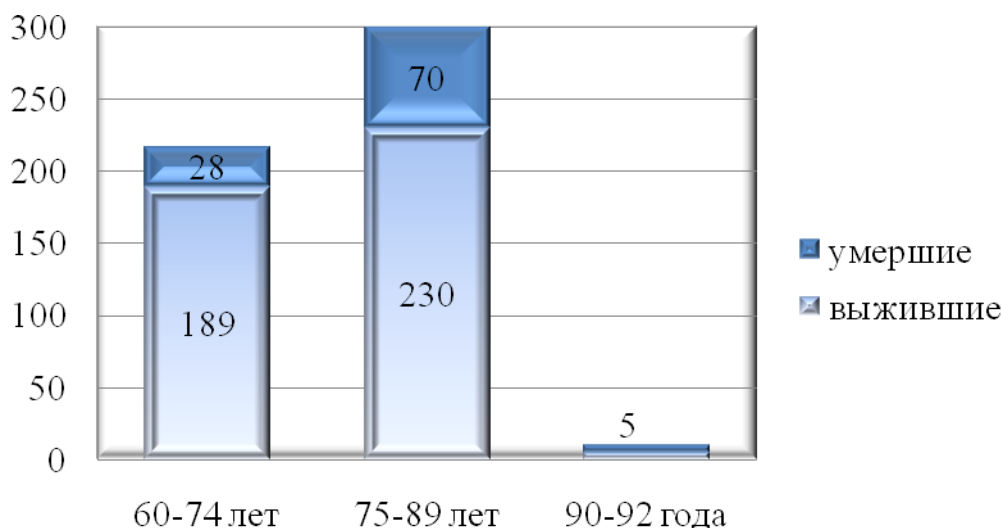


Рис. 2. Распределение пациентов по возрастным группам и исходу

Материалы исследования. В ожоговом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП в период 2000-2022 г.г. ожоговой болезнью лечились 522 пациентов пожилого и старческого возраста. Сроки поступления больных от момента получения ожога варьировало от 6 часов до 25 дней, которые представлены в рисунке 1.

При анализе данных рисунка 1 выяснилось, что для пострадавших пожилого и старческого возраста характерно позднее обращение за медицинской помощью (345). В течение первых трех дней после травмы обратились из 522 больных 346 (66,3%) пострадавших. Причины позднего поступления: субъективная недооценка пострадавшим тяжести полученной травмы (у 72), снижение болевой чувствительности в зоне глубокого ожога, нежелание госпитализироваться (у 32), беспомощность (среди одиноких - 23) и пр. Позднее поступление негативно сказывается как на общем состоянии таких пациентов, так и на тече-

нии раневого процесса, а также существенно сужает возможности проведения ранних хирургических некрэктомий и требует применения других методов оперативного лечения (398).

Примерно половине больных с ожогами (42,9%) поступили в первые 24 часа после травмы, что позволило проследить в динамике особенности клинического течения, определить наиболее оптимальные объемы инфузионно-трансфузионной терапии и оценить её влияние на состояние пострадавшего, провести в динамике, начиная с первых часов после травмы, исследования по оценки степени дисфункций жизненно-важных органов и систем.

На лечении находились пациенты в возрасте от 60 до 92 лет. Средний возраст составил $73,3 \pm 0,41$ года. Согласно классификации ВОЗ (1972) пациенты распределились по возрасту следующим образом:

- Пациентов пожилого возраста (60-74 лет) – 217;
- Пациентов старческого возраста (75-89 лет) – 300;
- Долгожителей (90 и старше) – 5 человек.

Распределение больных по возрастным категориям представлены на рис. 2, при этом показано, что частота неблагоприятного исхода с возрастом прогрессивно увеличивается. Так, из рис. 2 видно, что частота летального исхода у пациентов пожилого возраста (до 75 лет) составляет 12,90% (28 погибших из 217), а у пациентов старческого возраста – 23,33% (70 из 300). В группе долгожителей летальность составила 100%, что вероятно связано с малочисленностью группы (5 человек).

По характеру воздействия поражающего фактора преобладали ожоги кипятком (33,7%), горячей пищей (26,8%) и пламя (15,5%). Среди пожилых людей ожоги, в основном, имели бытовой характер (у 515-98%). По нашим наблюдениям беспомощность и плохая координация являлись важными факторами способствующими большой частоте возникновения ожогов у пожилых, особенно в возрасте старше 75 лет (62,6%) от 55,4 до 62,7%. Этиология ожогов и возраст больных представлена в таблице 1.

Среди обожженных пожилого и старческого возраста было от 59 до 60,3% женщин и от 39,7 до 41% мужчин. Возраст большинства (58,4%) пострадавших от 75 до 92 лет.

Таблица 1. Причины ожогов и возраст больных

Причины ожогов	Возраст больных						Всего	
	60-74 лет		75-89		90 лет и старше			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Кипяток	29	5,5	147	28,2			176	33,7
Горячая пища	76	14,5	59	11,3	5	0,96	140	26,8
Пламя	60	11,5	21	4,0			81	15,5
Горячие предметы	22	4,2	41	7,8			63	12,1
Пар	29	5,5	26	4,9			55	10,5
Химические в-ва			4	0,8			4	0,8
Электроравама	1	0,2	2	0,4			3	0,6
Итого:	217	41,6	300	57,5	5	0,96	522	100

Таблица 2. Общая площадь поражения и возраст пострадавших (I группа)

Общая площадь поражения	Возраст больных						Всего	
	60-74 лет		75-89 лет		90 лет и старше			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До 10	92	17,6	93	17,8			185	35,4
11-20	42	8,0	68	13,0			110	21,1
21 -30	27	5,2	48	9,2			75	14,4
31-40	26	4,9	38	7,3			64	12,3
41-50	8	1,5	22	4,2			30	5,7
51-60	13	2,5	11	2,1	1	0,2	25	4,8
61-70	7	1,3	14	2,7	3	0,6	24	4,6
Более 70	2	0,4	6	1,1	1	0,2	9	1,7
Итого:	217	41,6	300	57,5	5	0,96	522	100

Таблица 3. Площадь глубокого ожога и возраст больных

Площадь глубокого ожога, в %	Возраст больных						Всего	
	60-74 лет		75-89 лет		90 лет и старше			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
До 5	55	10,5	163	31,2			218	41,8
6-10	70	13,4	68	13,0			138	26,4
11-15	44	8,4	34	6,5			78	14,9
16-20	21	4,0	18	3,4			39	7,5
21-30	16	3,1	11	2,1	2	0,4	29	5,5
31-40	7	1,3	6	1,1			13	2,5
Более 40	4	0,8			3	0,6	7	1,3
Итого:	217	41,6	300	57,5	5	0,96	522	100

Таблица 4. Локализация ожогов и возраст больных

Локализация ожогов	Возраст больных						Всего	
	60-74 лет		75-89 лет		90 лет и старше			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Голова и шея	8	1,5	30	5,7			38	7,3
Грудь	39	7,5	79	15,1	3	0,6	121	23,2
Живот	68	13,0	72	13,8	2	0,4	142	27,2
Спина	61	11,7	59	11,3			120	22,9
Верхние конечности	19	3,6	30	5,7			49	9,4
Нижние конечности	15	2,9	23	4,4			38	7,3
Ягодица	7	1,3	7	1,3			14	2,7
Итого	217	41,6	300	57,5	5	0,96	522	100

Таблица 5. Сопутствующие заболевания, выявленные у пострадавших термической травмой*

Преморбидный фон	Возраст больных			Всего	
	60-74 лет	75-90 лет	90 лет и старше	абс.	%
Общий атеросклероз, коронаро-кардиосклероз, ИБС	128	279	2	409	42,9
Гипертоническая болезнь	88	87	3	178	18,7
Хронический бронхит, эмфизема, пневмосклероз, туберкулез легкого	12	73		85	8,9
Сахарный диабет	25	34		59	6,2
Заболевание нервной системы	3	9		12	1,2
Хронический гепатит, цирроз печени, хрон. алкоголизм	16	13		29	3,0
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, заболевания почек	52	16		68	7,1
Язвенная болезнь желудка и ДПК	52	48		100	10,5
Злокачественные новообразования	7	6		13	1,4
Итого:	383	565	5	953	100

Примечание: * - Сумма превышает общее число больных, т.к. 21,5% пациентов страдало 2 заболеваниями, а 33,9% - тремя и более заболеваниями.

Городские жители составили 308 (59%), а сельские - 214 (41%) больных.

В соответствии с рекомендациями National Burn information Exchange – NBIE (Feller I. 1976) в работе использованы два уровня возраста (60-74 и 75-92 года), пять уровней площади глубокого ожога (до 5%, 6-10%, 11-20%, 21-30% и более 30% п.т.).

Для определения площади ожога, при которой наблюдается 50% гибель больных (lethal area, LA50) использован probit-анализ, в основе которого лежит двухмерное линейное уравнение регрессии методом наименьших квадратов (Bull J. P., Squire J. R., 1949; Pruitt B. Jr. et al., 1964).

Подсчитывали (на основании заключений терапевта, невропатолога, уролога, психиатра и др.) общее количество хронических заболеваний и патологических состояний на одного пострадавшего в группе.

Для характеристики тяжести поражений используются несколько показателей: общая площадь ожога, площадь глубокого поражения и оценка в условных единицах по коэффициенту Франка (G.Frank, 1960).

Площадь ожога определялась по методике "девятки" (A.V.Wallace, 1951). Ожоги до 30% поверхности тела были у 370 (71%) больных, 30% и более у 152 (29%) больных (табл. 2).

Глубина поражения кожных покровов определялась четырех степенной классификацией, принятой на XXVII Всесоюзном съезде хирургов (А.А.Вишневецкий с соавт., 1960). Площадь глубокого ожога и возраст обожженных отражены в таблице 3.

У 90,6% больных были глубокие ожоги до 20% поверхности тела (у 473 из 522). В состоянии ожогового шока различной тяжести поступило 324 (62,1%) из 522 пострадавших пожилого и старческого возраста с ожогами II-IIIАВ-IV степени 10-55% п.т. (IIIВ- IV степени от 5 до 40% п.т.), сроки поступления – первые сутки после травмы.

Стадия острой ожоговой токсемии (ООТ) диагностирована у 169 пациентов (77,9%) переживших стадии шока (70) и поступивших на 3-8 сутки после травмы с ожогами II-IIIАВ-IV степени 5-50% п.т., IIIВ-IV степени – 5-40% п.т. Септикотоксемия отмечена у 21 больных (40,4%) всех больных с ожогами.

Распределение пострадавших по локализации ожогов, по поводу которых лечились представлено в таблице 4. У наблюдаемых больных преобладали ожоги туловища (73,3%), что вероятно связано с нарушением координации движений у пожилых пациентов.

Не менее важное влияние на характер лечения ожоговой болезни и её исходы оказывают сопутствующие заболевания выявленные у 98% (у 511 из 522) пострадавших пожилого и старческого возраста (табл. 5).

В исследовании учитывались только серьёзные болезни, которые могли в той или иной мере повлиять на исход и лечебную тактику.

Как видно из представленной таблицы 5, у больных преобладали заболевания сердечно-сосудистой и легочной системы, а у ряда больных имелось сочетание нескольких сопутствующих заболеваний.

Выводы:

1. Для пострадавших пожилого и старческого возраста характерно позднее обращение за медицинской помощью (66,1%). Позднее поступление негативно сказывается как на общем состоянии таких пациентов, так и на течении раневого процесса, а также существенно сужает возможности проведения ранних хирургических некроэктомий и требует применения других методов оперативного лечения (76,2%).

2. Ожоговый шок у пострадавших 60 лет и старше развивается при площади глубокого поражения кожного покрова до 5% поверхности тела на фоне сопутствующих заболеваний и отличается значительной тяжестью течения, что характеризуется выраженными нарушениями сердечной деятельности, функции внешнего дыхания, печени, почек и других жизненно важных органов и систем.

Литература:

1. Даминов Ф. А., Карабаев Х. К., Хурсанов Ё. Э. Принципы местного лечения ожоговых ран у тяжелообожженных (Обзор литературы) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 133-142.
2. Карабаев Б. Х. и др. Особенности течения и лечения ожогового сепсиса у лиц пожилого и старческого возраста //Современные аспекты лечения термической травмы. – 2016. – С. 42-43.
3. Рузибоев С. А., Хакимов Э. А. Хирургическое лечение глубоких ожогов у лиц пожилого и старческого возраста с отягощенным преморбидным фоном //Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2011. – Т. 12. – №. 1. – С. 30-33.

4. Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Абдукадиров А. А. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2020. – №. 3. – С. 162-165.

5. Ризаев Ж. А. и др. Персонализированная терапия генерализованного пародонтита на основе интегральной оценки клинико-лабораторных показателей // Журнал «Проблемы биологии и медицины». – 2021. – №. 3. – С. 120.

6. Фаязов А. Д. и др. Структура и частота осложнений ожоговой болезни у лиц старшей возрастной группы //Вестник экстренной медицины. – 2014. – №. 4. – С. 48-50.

7. Фаязов А. Д. и др. 20-летний опыт работы комбустиологической службы в системе экстренной медицины Республики Узбекистан // Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – №. 4. – С. 57-65.

8. Хакимов Э. и др. Интенсивная терапия полиорганной недостаточности у тяжелообожженных //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 4 (104). – С. 115-119.

9. Abu-Sittah G. S., Chahine F. M., Janom H. Management of burns in the elderly //Annals of burns and fire disasters. – 2016. – Т. 29. – №. 4. – С. 249.

10. Liu Y. et al. Epidemiologic investigation of burns in the elderly in Sichuan Province //Burns. – 2013. – Т. 39. – №. 3. – С. 389-394.

11. Rizaev J. A., Rizaev E. A., Akhmadaliev N. N. Current view of the problem: A new approach to COVID-19 treatment //Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. – 2020. – Т. 14. – №. 4. – С. 7341-7347.

ОТЯГОЩАЮЩИЕ ФАКТОРЫ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Даминов Ф.А.

Резюме. Представлены результаты обследования 522 больных пожилого и старческого возраста с ожоговой болезнью. У пострадавших 60 лет и старше ожоговый шок развивается при площади глубокого поражения кожного покрова до 5% поверхности тела на фоне сопутствующих заболеваний и отличается значительной тяжестью течения. Сопутствующие заболевания выявлены у 98% (у 511 из 522) больных, у которых преобладали заболевания сердечно-сосудистой и легочной системы, а у ряда больных (33,9%) имелось сочетание нескольких сопутствующих заболеваний.

Ключевые слова: ожоговая болезнь, пожилой и старческий возраст.