

Література. 1. *Абрамченко В.В.* Активное ведение родов. – СПб: Специальная литература, 2001. – 668 с. 2. Актуальные вопросы акушерства. Под ред. *Е.В. Коханевич.* К.: ТМК, 2001. – 152 с. 3. *Амброзійчук Я.Я., Задорожна О.Б.* Щодо питання ведення жінок, які розроджені за допомогою кесарева розтину // Зб. наук. праць Асоціації акуш.– гінекол. України. – К.: Фенікс, 2001. – С.25–28. 4. *Заторожченко А.П., Десс Е.А.* Профілактика можливих ускладнень після операції кесарева розтину // Зб. наук. праць Асоціації акуш.– гінекол. України. – Сімферополь, 1998. – С.133–134. 5. Кесарево сечення // Под ред. *В.И. Краснопольского.* – М.: ТОО “ТЕХЛИТ”; Медицина, 1997. – 285 с. 6. Клинические лекции по акушерству и гинекологии // Под ред. *А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой.* – М.: Медицина, 2000. – 380 с. 7. *Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М.* Кесарево сечення. – М.: Медицина, 1998. – 192 с. 8. *Созанський О.М., Попіль І.І., Марченко Н.С.* і співавт. Профілактика гнійно-септичних захворювань після кесарева розтину // Зб. наук. праць Асоціації акуш.– гінекол. України. – Сімферополь, 1998. – С.300–302. 9. *Чернуха Е.А.* Родовой блок. – М.: Триада-Х, 1999. – 533 с.

CLINICAL ESTIMATION OF FACTORS WHICH PRECEDE THE ORIGIN OF PYOINFLAMMATORY COMPLICATIONS IN WOMEN WITH A SCAR ON THE UTERUS

L.M. Vakalyuk

Abstract. The results of 250 operations have been studied. A dependence of the frequency of postoperative complications on the pre-morbid background and obstetric factors has been established.

Key words: caesarian section, complication.

State Medical Academy (Ivano-Frankivsk)

Buk. Med. Herald. – 2003. – Vol.7, №3. – P.15–18.

Надійшла до редакції 07.04.2003 року

УДК 616.12-008.31-06: 616.712-001

Л.О. Волошина, О.В. Пішак, Ю.Д. Лук'яничук, М.М. Хмелевський

ДЕЯКІ АСПЕКТИ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ ПРИ ТРАВМАХ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Кафедра факультетської терапії (зав. – проф. В.О.Калугін) Буковинської державної медичної академії Чернівецька обласна клінічна лікарня (головний лікар – засл. лікар України В.І.Ушаков)

Резюме. Наведені результати спостереження за 23 хворими з травмами грудної клітки та різними порушеннями серцевого ритму. Встановлено прямий зв'язок порушень серцевого ритму зі ступенем тяжкості травми. Частота їх виникнення та вираженість зростали також із збільшенням віку хворих, наявністю супутньої патології серцево-судинної системи та метаболічних порушень у міокарді за хронічних інтоксикацій. Інтенсивність і тривалість їх корекції залежить від ефективної ліквідації травматичного процесу грудної клітки, нацарування вторинної інфекції, а також вікових змін у міокарді та можливого його токсичного ураження різного походження.

Ключові слова: травми грудної клітки, порушення серцевого ритму, лікування.

Вступ. Порушення ритму серця трапляються майже у всіх людей у різні періоди життя і можуть бути як функціональними, так і при захворюваннях міокарда. Терапевтичні аспекти цих проявів висвітлені достатньо широко [1, 3, 5, 6]. Про аритмії, зумовлені екстракардіальними причинами, повідомлення трапляються досить рідко [2, 3, 6]. Вказується на резистентність до лікування антиаритмічними засобами, зумовлену зміною співвідношення вегетативної і гуморальної регуляції серця, втратою чутливості рецепторів до препаратів та/або іншими причинами некардіального походження. Етіологічні чинники виникнення стійких до лікування аритмій є численними [3, 4, 6]. Приділяється особлива увага рефлекторним механізмам, екзогенній інтоксикації та ін.

© Л.О. Волошина, О.В. Пішак, Ю.Д. Лук'яничук, М.М. Хмелевський, 2003

Одними з негативних особливостей життя популяції у світі й, зокрема, в Україні є зростання травматизму різного походження, асоційованих з такими факторами, як алкоголізм, наркоманія тощо. Травми грудної клітки є досить частим явищем [2, 6, 8]. Оскільки такий контингент хворих переважно звертається до хірургів, останніми не завжди надається належна увага порушенням серцевого ритму, які трапляються в таких пацієнтів, а контакти з цього приводу з кардіологами не є достатніми.

Мета дослідження. Узагальнити деякі особливості клініки, діагностики і лікування порушень серцевого ритму в осіб з травмами грудної клітки.

Матеріал і методи. Нами проведені клінічні спостереження над 23 хворими з травмами грудної клітки віком від 36 до 68 років, в яких спостерігалися різні порушення ритму: пароксизми миготливої (9) та екстрасистолічної аритмії (14). У більшості з них травматизм був вуличний (ДТП) – 12, ножові поранення – 2 чи побутовий – 9. Переважно це були переломи декількох ребер з пошкодженням плеври, гемо- та пневмотораксом (14). В окремих з них (при ДТП) спостерігався забій м'яких тканин лівої половини грудної клітки. Серед усіх аналізованих випадків переважали травми лівої половини грудної клітки (травми правої половини грудної клітки були лише в 11 хворих). За ступенем тяжкості травматичних пошкоджень ураження характеризувалися як тяжкі (17) та середнього ступеня тяжкості (7). Враховуючи, що найбільш часто порушення ритму серця виникають внаслідок гіпоксії та ішемії міокарда, вегетативних та нейрогуморальних порушень, запалення, зміни електричного обміну (в т.ч. гіпокаліємії, гіперкальціємії), крім загальноприйнятої схеми обстеження торакальних хворих нами проведено обстеження: дослідження крові (загальний аналіз, рівень глюкози, іонограма, функціональні проби печінки), ЕКГ, рентгенографія органів грудної клітки.

Результати дослідження та їх обговорення. Встановлено, що при більш обширних і тяжких травмах грудної клітки переважно спостерігалися й більш значні порушення серцевого ритму (пароксизми миготливої аритмії – 7, політопні, в т.ч. залпові екстрасистоли – 8). В окремих хворих (4) старших вікових груп (59–64 р.) травми грудної клітки були середнього ступеня тяжкості, але порушення серцевого ритму були складнішими і тривалішими (пароксизмальна миготлива аритмія – 2, часті політопні екстрасистоли – 2). Однак анамнестично до травми ці пацієнти на хворобливий прояви з боку серця не скаржилися, а при медичних оглядах спеціалісти не фіксували можливих вікових змін у серцево-судинній системі. Серед 4 пацієнтів “молодших” вікових груп (36–40 р.) травми грудної клітки були середнього ступеня тяжкості, але досить тривалий час (до 2–2,5 тижня) спостерігалися політопні екстрасистоли. Всі вони доставлені в стаціонар у стані алкогольного сп'яніння, а анамнестично встановлено періодичне зловживання алкоголем або праця в шкідливих умовах. У всіх пацієнтів констатували серцеву недостатність II–III функціональних класів.

У крові у всіх хворих лабораторно виявлено ознаки запального процесу (лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ), у 5 осіб – помірне підвищення рівня глюкози крові, у більшості хворих виявлено гіпомагніємію, що підтверджувало один із механізмів виникнення збудження мембран і автоматизму в досліджуваній групі хворих. На ЕКГ на фоні тахікардії спостерігали порушення ритму у вигляді пароксизму миготливої аритмії, спричиненого травмою грудної клітки, та над- і шлуночкові екстрасистоли. Виявлено пряму залежність частоти екстрасистол від ЧСС. Крім вказаних змін, у всіх хворих зареєстровано різного ступеня зміни інтервалу ST та зубця T як прояв порушення реполяризації і метаболічного процесу, особливо в пацієнтів старших вікових груп. Рентгенологічно мало місце підтвердження травм грудної клітки (переломи здебільшого дуг ребер та реберно-грудинних сполучень зліва) і порушення цілісності органів грудної клітки.

Слід зазначити, що у випадках переломів ребер та забою м'яких тканин грудної клітки спереду в окремих хворих виникала підозра на травматичний перикардит, незначний гемоперикард та забій серця. Однак здійснити ЕхоКГ-дослідження у всіх цих пацієнтів було неможливим через травми ділянки серця.

У терапевтичний комплекс включали активатори метаболізму (мілдронат чи рибоксин, кокарбоксілазу, АТФ), антиаритмічні засоби залежно від інтенсивності порушень (аміодарон, β-блокатори, серцеві глікозиди, препарати глоту), рослинні седативні засоби, вітамінні комплекси. Спостереження велися від 3 до 5 тижнів.

Виявлено, що в перші 7–10 днів провідною причиною порушень ритму була травма грудної клітки. У випадках сприятливого перебігу травматичного процесу порушення серцевого ритму зникали на 6–14-ту доби. Помітний вплив на відновлення серцевого ритму мала аспірація крові при гемотораксі або дренаж плевральної порожнини при інфікуванні. У 5 хворих спостерігали нашарування вторин-

ної інфекції в легеневій тканині, що суттєво впливало на тривалість проявів порушень серцевого ритму та вимагало посилення кардіальної терапії. В окремих пацієнтів (4) старших вікових груп та відносно “молодших” (4) з травмами грудної клітки середнього ступеня тяжкості не спостерігали нашарування вторинної інфекції, але прояви порушень серцевого ритму виявилися порівняно стійкими і вимагали активного застосування медикаментозного лікування до 3–4 тижнів. Найбільш імовірно в цих хворих все-таки мали місце приховані вікові порушення серця, травма грудної клітки спровокувала їх, що вимагало відповідної тривалості та особливості лікування. Хоча за даними ЕКГ та рентгенологічного обстеження ОГК для ствердження ІХС були мінімальні дані. Певної уваги заслуговують трое хворих із цієї групи зі схильністю до зловживання різними токсикантами і тих, що працювали в шкідливих умовах.

Вважається, що синусовий і передсердно-шлуночковий вузли знаходяться переважно під впливом блукаючого нерва і в меншій мірі – симпатичного, а шлуночки контролюються тільки симпатичним нервом. Тому аритмії серця є не тільки ускладненням хвороб серця, але й можуть розвиватися при захворюваннях нервової системи як наслідок рефлекторного впливу при патології внутрішніх органів [2, 3, 8].

Важливу роль мали стрес та ішемія міокарда. Враховуючи умови виникнення травм (дорожньо-транспортні пригоди, падіння, побої), підтверджується факт виникнення аритмії внаслідок комбінованої дії одного або декількох екстракардіальних факторів.

Тяжкість травм, їх комбінованість сприяли появі у досліджуваних хворих ознак серцевої недостатності у вигляді збільшення частоти серцевих скорочень, задухи, помірної гепатомегалії, транзиторного акроціанозу, пастозності та набряків ніг; інтоксикаційного й астено-вегетативного синдрому (загальної слабкості, втомлюваності, міалгії, артралгії).

У лікуванні досліджуваних хворих протиаритмічний ефект препаратів виявився меншим, ніж очікувався. Призначаючи антиаритмічну терапію враховували стан міокарда, функціональну спроможність лівого шлуночка, корекцію електролітних порушень, наявність органічної серцевої патології, можливий вплив інших медикаментозних засобів на концентрацію та метаболізм антиаритмічних препаратів. Ефективність препаратів та регрес клінічних проявів зростали з усуненням наслідків пошкодження грудної клітки, що підтверджувало значимість травми у виникненні та усуненні того чи іншого порушення ритму.

Отже, корекція аритмічного порушення залежить від усунення патологічного процесу грудної клітки та її наслідків. Тривалість періоду видужання прямо залежала від поширеності та наслідків травми. Сукупність клінічних даних, ускладнень вказували на несприятливий прогноз щодо усунення аритмічних порушень. Встановлено, що частота виникнення порушення ритму та його тяжкість зростали з віком хворих, наявністю супутньої патології, особливо серцево-судинної та дихальної (легеневої). Спостерігається пряма закономірність виникнення та прогресування аритмії від екстрасистолії до пароксизмів миготливої аритмії і навпаки – від тяжкості стану, травми, поширеності патологічного процесу. До аналогічних висновків дійшли науковці-хірурги [2, 6], які спостерігали подібний контингент хворих внаслідок катастроф. Вони вказують на домінуюче значення клініко-інструментальних досліджень у діагностиці і лікуванні цих хворих, значно менше – лабораторних і вимушене обмеження травмою грудної клітки – ЕхоКГ, підкреслюючи важливість останньої в підозрі на гемоперикард, контузію міокарда. Подальшими клінічними спостереженнями на амбулаторно-поліклінічному етапі в цих хворих слід очікувати виявлення нових особливостей перебігу, лікування і реабілітації.

Висновки. 1. Порушення серцевого ритму, зумовлені травмою грудної клітки, мають прямий взаємозв'язок із ступенем тяжкості травми. Частота їх виникнення та вираженість порушення серцевого ритму зростають з віком хворих, наявністю супутньої вікової патології, особливо серцево-судинної системи та метаболічних змін у міокарді за хронічних інтоксикацій побутового чи професійного характеру.

2. Інтенсивність і тривалість корекції порушень серцевого ритму залежать від ефективної ліквідації травматичного процесу грудної клітки, нашарування вторинної інфекції, вікових змін у міокарді та можливим його токсичним ураженням різного походження.

Перспективи подальших досліджень. У випадках мультифакторного походження порушень серцевого ритму необхідні наступні спостереження кардіолога на амбулаторно-поліклінічному етапі з метою подальшої корекції порушень серцевого ритму й метаболічних змін у міокарді.

- Література.** 1. *Амосова Е.Н.* Клиническая кардиология – Київ: Здоров'я.– Т. 2, 2002.– С.285–600.
2. *Бисенков Л.Н., Кочегаров О.В.* Особенности диагностики и лечения ушибов сердца при закрытой сочетанной травме грудной клетки //Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.– 1998.– №1.– С.24–27.
3. *Денисюк В.И.* Аритмии сердца, резистентные к лечению – Винница: Континент-Прим., 1997.– 233 с.
4. *Денисюк В.И.* Проаритмические эффекты препаратов и фатальные нарушения ритма сердца.– Винница: Континент-Прим., 1997.– 182 с. 5. *Джордж Дж. Тейлор.* Основы кардіологічної практики (Переклад з англійської).– Київ, 1999.– С.91–118. 6. *Кочегаров О.В.* Распознавание ушиба сердца при сочетанной травме груди //Хирургия.– 2000.– №9.– С.25–29. 7. *Малая Л.Т.* Неотложная помощь в кардиологии.– Київ: Здоров'я, 1999.– С.200–294. 8. *Schick E.C.* Nonpenetrating cardiac trauma //Cardiol. Clin.– 1995.– Vol.3, N2.– P.241–247.

SOME ASPECTS OF THE CLINICAL PICTURE, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HEART RATE DISTURBANCES WITH CHEST INJURIES

L.O. Voloshyna, O.V. Pishak, Yu.D. Lukianchuk, M.M. Khmelevskiy

Abstract. Follow-up findings of 23 patients with chest injuries and different disturbances of the heart rate are presented. A direct correlation of heart rate disturbances and the degree of injury severity has been established. The rate of their emergence and evidence increase with the advancement of patients' age, the presence of concomitant pathology of the cardio-vascular system and latent metabolic disturbances in the myocardium in case of chronic intoxications. The intensity and duration of their correction is dependent on effective eliminathion of a traumatic process in the chest, concomitant secondary infection as well age-related changes in the myocardium and its possible toxic damage of diverse origin.

Key words: chest injury, heart rate disturbance, treatment.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2003.– Vol.7, №3.– P.18–21.

Надійшла до редакції 16.05.2003 року
