

STUDYING THE LIVER FUNCTION IN BURN RECONVALESCENTS

¹Kh. D Makhmudova. H. H. Gaffarov²

1Makhmudova Khanuza Davronovna- assistant of the department;

²Gaffarov Khudoyor Khudoyberdievich - assistant of the department.

^{1,2}Department of Propaedeutics of Internal Medicine Faculty of Medicine
Samarkand State Medical Institute

Summary

The article discusses the results of studying the violation of the functional state of the liver in patients with extensive burn injuries. The liver function in these patients remains impaired even several months after the healing of burn wounds. We study hypoproteinemia and dysproteinemia resulting from burn injury, a decrease in the antitoxic function of the liver for a long time, manifestations of cytolytic and cholestatic syndromes, a decrease in the content of total lipids, cholesterol and beta-lipoproteins.

Keywords.

Liver function, liver function tests, burn convalescents, restoration of hepatocyte function.

Актуальность проблемы заключается в том, что печень является основным органом-мишенью при обширных ожоговых повреждениях. Изучение литературных данных по этому вопросу указывает, что недостаточность печени при острой ожоговой токсемии характеризуется снижением антитоксической, белковообразовательной, экскреторной, пигментной функций. Структурно-функциональная несостоятельность печени как проявление раннего ожогового гепатита является непосредственно причиной гибели части больных. При этом имеют значение непосредственное воздействие на печень чрезмерной афферентной импульсации, нарушения гепато-портального кровотока, кислородная недостаточность, токсическое воздействие продуктов всасывания из раны, а также наркотических веществ.

Проявления цитолитического и холестатического синдромов наблюдаются уже в первые сутки заболевания. С целью коррекции этих состояний необходима четкая схема инфузионной интенсивной терапии. При ожоговой болезни затруднительно добиться восстановления объема циркулирующей крови лишь инфузиями плазмозамещающих растворов. Нужны препараты, стабилизирующие нарушения обмена веществ и понижающие концентрацию провоспалительных цитокинов. Комплексная интенсивная терапия при ожогах должна также включать коррекцию энергопроизводства клеток без усиления транспорта кислорода.

Целью настоящего исследования явилось изучение функции печени у ожоговых реконвалесцентов.

Материалы и методы. Нами изучено нарушение функционального состояния печени у 62 (мужчин-30, женщин-32) ожоговых реконвалесцентов. Обследование проводилось на базе ожогового отделения филиала Республиканского центра экстренной медицинской помощи в сроки от 3 до 18 месяцев. Исследовали: общий белок и его фракции в сыворотке крови, билирубин крови, осадочные пробы, пробу Квика-Пытеля, активность аминотрансфераз (АСТ и АЛТ), сорбитдегидрогеназы (СДГ), сахар крови, общие липиды, холестерин и бетталипопротеиды.

В зависимости от тяжести травмы больные были разделены на две группы: в первой (32 человек)- глубокие ожоги составляли до 20% поверхности тела, во второй (30 человек) – ожоговая поверхность превышала 20% поверхности тела.

Результаты и краткое обсуждение. Выявлены гипопропротеинемия соответственно группам больных 63 и 61 г/л при норме 81,2 г/л, гипоальбуминемия -47,5% и 43,4% при норме 62,7% и гиперглобулинемия – 52,5 и 65,6% при норме 37,3 %/.. Возникшие в результате

ожоговой травмы гипопроотеинемия и диспротеинемия нормализовались лишь спустя 9-11 месяцев, а в некоторых случаях и позже, после заживления ожоговых ран. Отклонения от нормы тимоловой пробы, обнаружены у больных первой группы в 16 случаях, а у больных второй – в 21.

Содержание билирубина в сыворотке крови у больных обеих групп находилось в пределах нормы, за исключением нескольких лиц с поздним гепатитом. Проба Квика – Пытеля показала, что ожоговая травма на продолжительное время снижает антитоксическую функцию печени: у больных первой группы она составила 66,2%, а второй 60,3% при норме 75,1%. В ряде случаев обнаружено снижение активности СДГ и повышение активности трансаминаз в сыворотке крови, однако, эти изменения оказались непостоянными и не могут служить убедительным критерием в оценке функционального состояния печени.

Отмечено уменьшение на 20 – 22% содержания общих липидов, холестерина и бетталипопротеидов. Следует отметить, что показатели функциональных проб печени в отдалённые сроки после ожоговой травмы оказались лучше у больных, которым проводилась ранняя некрэктомия и аутодермопластика.

Анализ клинических наблюдений показал, что успех поддерживающей терапии при печёночной недостаточности во многом зависит от объёма профилактических и лечебных пособий: коррекция основных нарушений при ожоговом шоке на догоспитальном этапе. Достигается использованием средств, которые устраняют болевой синдром и патологическую афферентную импульсацию, нормализуют органную и периферическую гемодинамику, обеспечивают коррекцию метаболического ацидоза, гипонатремии, оказывают антигистаминное действие, предупреждают острую почечную недостаточность и интоксикацию организма. Достижение цели создаёт условия для ликвидации кислородного голодания печёночных клеток и их структурных изменений; адекватная, преемственная борьба с ожоговым шоком в стационаре, обеспечивающая профилактику и лечение патологических сдвигов; активная хирургическая тактика в целях восстановления кожного покрова в ранние сроки; рациональное обезболивание многократных перевязок с исключением препаратов, оказывающих токсическое влияние на паренхиматозные органы.

Лечебные пособия:

-восстановление функции печёночных клеток. Достигается направленным медикаментозно-диетическим лечением.

-снижение концентрации в крови аммиака введением аргинингидрохлорида, холинхлорида, глютаминовой кислоты, промываниями желудка, стимуляцией перистальтики кишечника, очистительными клизмами, временным воздержанием от введения белковых гидролизаторов.

-уменьшение кислородного голодания тканей и органов некротомией ожогового струпа, оксигенотерапией, активной тактикой предупреждения и лечения ателектазов, пневмоний, анемий, применением кардиотонических средств.

-поддержание оптимального гомеостаза. Достигается коррекцией нарушений кровообращения, водно-электролитного баланса и КЩР.

-профилактика и лечение почечной недостаточности.

Полученные нами **выводы** свидетельствуют о том, что функция печени у лиц, перенесших тяжёлую ожоговую травму, остается нарушенной даже спустя несколько месяцев после заживления ожоговых ран. Этот факт необходимо учитывать в плане проведения медицинской реабилитации и при необходимости проведения таким больным операций по поводу контрактур.

Литература:

1. Сейталиева З. К., Курканина Л. П. Ожоговая болезнь-почему она развивается? (обзор литературы) //здравоохранение кыргызстана. – 2012. – №. s. – с. 76-80.
2. Мияссарова И. Ф., стяжкина с. н. ожоговая болезнь //институт национальной идеологии. – 2018. – т. 9.

3. Виноградова Т. А. Повышение эффективности хирургического лечения и реабилитации больных с термической травмой : дис. – 2018.
4. Salakhiddinov K. Профилактика и лечение осложненных ожоговых ран //архив исследований. – 2020.
5. Мияссарова И. Ф., Стяжкина С. Н. ожоговая болезнь //институт национальной идеологии. – 2018. – т. 9.
6. Гаффаров Х. Х., Вафоева Н. А. Значение систолической и диастолической дисфункции при циррозе печени //universum: медицина и фармакология. – 2020. – №. 10 (72).
7. Бекмурадова М. С., Холтураев А. Т., Гаффаров Х. Х. Влияние ингибиторов протонной помпы на степень развития печеночной энцефалопатии //достижения науки и образования. – 2020. – №. 8 (62).