

деноскопия: при легкой степени отравления — на 1-2 сутки, 5-7 сутки с момента поступления, при средней степени — на 1-2 сутки, 5-7 сутки, 10-12 сутки, при тяжелой степени — на 1-2, 10-12 сутки, 25-30 сутки.

Б) Лечебные мероприятия.

1. Лечение болевого синдрома и экзотоксического шока. Форсированный диурез с обязательным ощелачиванием крови (до 800 — 1500 мл 4% бикарбоната натрия внутривенно). Введение коллоидных и кристаллоидных растворов в соотношении 1:3 (в тяжелых случаях до 8-12 л), под контролем ЦВД.

2. Гормонотерапия. При легкой степени ожога назначение гормонов не требуется. При средней тяжести — по 120 мг 2-3 раза в сутки в течение 2-3 дней, при тяжелой степени ожога — по 120-150 мг 2-3 раза в сутки в течение 3-4 дней (в перерасчете по преднизолону).

3. Антибиотикотерапия проводится с учетом степени тяжести ожога и индивидуальной чувствительности (начинают с антибиотиков широкого спектра действия) с момента поступления.

4. Для профилактики и лечения токсической коагулопатии всем больным с тяжелым отравлением уксусной эссенцией назначается гепарин от 10 до 80 тыс ед. в сутки (в зависимости от уровня гемолиза крови).

5. С целью профилактики поздних кровотечений проводится комплексное лечение включающее в себя введение белковых препаратов (альбумин, СЗП) витамины, местную терапию стенки пищевода микстурой состоящей из облепихового масла, гидрокортизоновой эмульсии, раствора новокаина, левомецетина и супрастина. В последнее время, для местного лечения химических ожогов пищевода и желудка в отделении токсикологии применяется раствор ионизированного кальция — католит. Препарат вводится перорально по 30 мл 6-8 раз в сутки, при легкой степени отравления в течение 5-7 дней, при средней степени тяжести 10-12 дней и при тяжелой степени до 14-20 дней с момента поступления.

6. С целью снижения уровня эндотоксикоза и тканевой гипоксии применяется комплекс современных антиоксидантов: гипохлорит натрия 0,06% 400 мл (после снятия гемолиза), реамберин 400 мл, солкосерил 400-800 мг в сутки.

Результат. Применение алгоритма лечебно-диагностических мероприятий позволило снизить: летальность в среднем с 19,3% в 2005 г до 14,7% в 2010; развитие поздних кровотечений с 14,7% до 9,3%; рубцовых стенозов пищевода с 11,5% до 8,2% соответственно.

Вывод. Разработанный алгоритм лечебно-диагностических мероприятий позволяет оптимизировать тактику лечения больных с острыми от-

равлениями уксусной эссенцией, способствует снижению летальности, уменьшает риск развития ранних и поздних осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ ФАКТОРНОГО АНАЛИЗА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЕМ УГАРНЫМ ГАЗОМ

Суходолова Г.Н. Марупов З.Н*, Шоабсаров А.А., Акалаев Р.Н.

НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Проведен факторный анализ лабораторных показателей у 114 больных в возрасте 16-80 лет, находившихся на лечении в отделение токсикологии и токсикологической реанимации РНЦЭМП. Все случаи отравлений относились к бытовым и были связаны с пожаром в домах и неисправностью отопительных систем.

Для определения тяжести состояния пациентов использовали шкалу Глазго. Для оценки состояния вегетативной нервной системы (ВНС) использовали метод математического анализа ритма сердца (МАРС) по Р. М. Баевскому. Регистрацию показателей МАРС проводили с помощью компьютера-кардиомонитора "ЭЛОН-001М2", основным принципом работы которого является методика вариационной пульсометрии, использующая статистическую оценку динамического ряда кардиоинтервалов (КИ), R-R интервалов ЭКГ, регистрируемых в одном из стандартных отведений. При поступлении обязательно определялся уровень карбоксигемоглобина.

Всем больным выполняли общеклиническое обследование, включающее анализ крови с оценкой адаптационных реакций по процентному содержанию лимфоцитов, определение общего белка, альбумина и глобулина (белковый обмен), глюкозы (углеводный обмен), мочевины, креатинина, а также электролиты. Обязательно определяли концентрацию алкоголя в крови и моче. Факторные нагрузки ниже 0,4 не учитывались.

Факторизация признаков разделила симптомокомплекс на 6 факторов, первые четыре из них являются наиболее значимыми. У больных, поступивших в тяжелом состоянии, 1 фактор объединяет показатели, определяющие степень угнетения сознания (по шкале Глазго), уровень гипоксии (СО_{Нв}, рО₂), и изменения вегетативной нервной системы мода (Мо), амплитуда моды (АМо), вариационный размах (ΔХ) и индекс напряжения (ИН). Регистрация последовательных кардиоинтервалов (КИ) и дальнейшая обработка полученных данных позволила в ранние сроки

выявить преимущество симпатического или парасимпатического отдела ВНС. Именно они отражают характер адаптационно-приспособительных реакций организма и характеризуют состояние стресса. Во 2 факторе большую нагрузку имеют параметры, определяющие изменения общего анализа крови, в частности лейкоцитарной формулы. Эти данные свидетельствуют о том, что сохраняется реакция стресса, которая поддерживается, в том числе, и течением воспалительного процесса. Это характеризуется повышением значимости таких показателей, как лейкоциты, лимфоциты и соотношением нейтрофилов к лимфоцитам (Н/Л). 3 фактор указывает на то, что наличие алкоголя в крови и моче имеет непосредственное отношение к тяжести состояния. Концентрации алкоголя, превышающая 3 г/л, ухудшает состояние компенсаторных механизмов, приводя их к истощению. 4 фактор подтверждает, что термическое воздействие утяжеляет состояние больных с отравлением угарным газом. У больных, поступивших в состоянии средней тяжести факторный анализ имеет сходную картину.

Таким образом, результаты исследований показали, что первоначальное и ведущее значение в прогнозе отравлений угарным газом имеет адекватная реакция вегетативной нервной системы.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ У ПАЦИЕНТОВ РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Акалаев Р.Н., Стопницкий А.А., Юсупов О.П.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

В последние годы расширение показаний для применения психофармакологических препаратов (ПФС) со стороны невропатологов, психиатров, а также безрецептурная их продажа в аптеках, приводит к значительному росту числа острых отравлений данными средствами, в том числе среди пациентов детского возраста. По данным отдела токсикологии РНЦЭМП в 2005 году в Центр поступило 26 детей возрастом от 2 до 5 лет с отравлениями ПФС, а в 2010 уже 117. Таким образом, прирост составляет почти 500%. В нозологическом разрезе преобладают антигистаминные препараты (димедрол), трициклические антидепрессанты (амитриптилин), противосудорожные средства (карбамазепин, бензонал), нейролептики (азалептол, аминазин).

У пациентов раннего детского возраста нередко отсутствуют четкие данные о приеме препаратов. В связи с этим врачу скорой помощи необ-

ходимо заподозрить острое отравление ПФС при наличии следующих характерных клинических признаков. Внезапное, на фоне полного здоровья, угнетение сознания или психомоторное возбуждение при отсутствии очаговой симптоматики и патологических рефлексов. Развитие тонических судорог. Для отравлений димедролом и амитриптилином характерно расширение зрачков, а при передозировке нейролептиками и карбамазепином сужение. Появляется резкая бледность и цианоз кожных покровов, снижение температуры тела, пенные выделения изо рта, брадипное или аритмия дыхания, снижение артериального давления, тахикардия, экстрасистолия. При развитии данных симптомов врач первичного звена обязан целенаправленно выяснить наличие в домашней аптечке ПФС, количество пропавших таблеток, их дозировку, обязательно снять ЭКГ.

Принципы оказания первой помощи включают, прежде всего, меры направленные на стабилизацию состояния ребенка, обеспечение адекватного дыхания, лечение и профилактику судорожного синдрома путем введения транквилизаторов или гаммаоксибутирата натрия. При наличии нарушений ритма и проводимости методом выбора является сочетанное введение комплекса мембранопротекторов — альфа-токоферола ацетата 10% или 30% и гидрокортизона.

Если состояние пациента стабильное проводится удаление яда из организма: промывание желудка через зонд, энтеросорбция, очистительная клизма. Для нейтрализации действия ПФС необходимо как можно раньше начать ощелачивание крови пациента введением 4% раствора бикарбоната натрия в дозе 6-8 мл на кг массы тела. В дальнейшем, все поступившие раннего детского возраста с подозрением на отравление ПФС госпитализируются в специализированный токсикологический центр или отделение реанимации.

Вывод: острые отравления ПФС являются одной из наиболее опасных и сложных в диагностическом аспекте патологий, среди пациентов детского возраста и требуют проведения неотложной интенсивной терапии, направленной на профилактику и лечение жизнеопасных осложнений уже на догоспитальном этапе.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ УКУСА СКОРПИОНА

Акалаев Р.Н., Рахимходжаева С.О.,
Стопницкий А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи г. Ташкент, Узбекистан

Узбекистан является естественным природным ареалом обитания среднеазиатского пестро-