

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 профилактики 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-

го скорпиона (*Butus eurus*), что несомненно приводит к появлению пострадавших от его укусов. Укус среднеазиатского скорпиона не является смертельным и крайне редко приводит к серьезным осложнениям, тем не менее развивается острый мучительный болевой синдром, а также признаки общетоксического действия — тошнота, сердцебиение, головная боль, головокружение, озноб, сонливость. Яд скорпиона является нейротоксином, способствует высвобождению гистамина, катехоламинов и циклических нуклеотидов из депо, что обуславливает необходимость применения нестероидных противовоспалительных препаратов в комплексной терапии пострадавших от укуса скорпиона.

**Цель исследования:** оценить эффективность препарата ксефокам в комплексной терапии ноцицептивного синдрома у пациентов пострадавших от укуса скорпиона.

**Материалы и методы:** В данное исследование включено 210 пациентов поступивших в наш центр в 2008–2010 гг после укуса скорпиона.

Больные были разделены на 2 группы:

I группа — 110 больных, комплекс традиционных мероприятий которых дополнялся внутримышечными инъекциями ксефокама по 1 амп 1 раз в сутки.

II группа — 100 больных, которым проводили традиционную комплексную медикаментозную терапию, которая включала в себя местные новокаиновые блокады, введение анальгетиков, в ряде случаев инфузионную терапию.

Обе группы больных были сопоставимы по полу, возрасту и тяжести отравления.

**Результаты исследования:** В результате введения ксефокама у больных основной группы уже через 10–15 мин отмечалось значительное снижение болевых ощущений, также купировались проявления общей интоксикации — тошнота, озноб, сердцебиение. Общая продолжительность ноцицептивного синдрома наблюдалась в течение  $8,2 \pm 3,4$  часов. Местно мы наблюдали уменьшение отечности и гиперемии в области укуса.

У пациентов контрольной группы, несмотря на повторные новокаиновые блокады, введение анальгетиков отмечались выраженные болевые ощущения, которые продолжались в среднем  $14,8 \pm 4,4$  часа, что в 1,4 раза превышало показатель основной группы, при этом сохранялись проявления интоксикации и отечность в области укуса.

**Выводы:** включение нестероидного противовоспалительного препарата ксефокам в комплексную терапию больных с укусами скорпионом, позволяет снизить продолжительность болевого синдрома, купирует общие проявления интоксикации.

## КОРРЕКЦИЯ ТОКСИКО-ГИПОКСИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ ПСИХОФАРМАКОЛОГИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ

Акалаев Р.Н.\* , Стопницкий А.А., Ишбаев Н.А.  
*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан*

Психофармакологические средства (ПФС) являются наиболее распространенными нейротропными ядами. Основным клиническим проявлением острых отравлений психофармакологическими средствами является токсико-гипоксическая энцефалопатия (ТГЭ), обусловленная, во-первых, специфическими механизмами действия ядов, во-вторых, присоединившимися гипоксическими поражениями, связанными с нарушениями нервного звена регуляции систем жизнеобеспечения.

Эффективность интенсивной терапии при ТГЭ может быть существенно повышена, если лечебные мероприятия будут дополнены метаболической коррекцией — комплексом целенаправленных воздействий на реакции клеточного метаболизма, лимитирующие энергетическое обеспечение жизненно важных функций организма при коме.

**Целью** настоящего исследования является улучшение результатов интенсивной терапии пациентов с острыми отравлениями психофармакологическими средствами.

**Материал и методы.** Нами изучены результаты лечения 62 пациентов с отравлениями ПФС, находившихся на лечении в отделении токсикологической реанимации РНЦЭМП за период с февраля 2009 по июнь 2010 г. В исследуемую группу (I) вошли 30 пациентов, поступившие в 2010 году, которым в комплекс интенсивной терапии включили сукцинатсодержащий препарат цитофлавин. В контрольную группу вошли 32 больных, поступивших в 2009 году лечение которых проводили с применением традиционных методов лечения.

Всем больным проведено стандартное обследование с применением физикальных, лабораторных и нейрофизиологических методов. В качестве маркера гипоксии в основной и контрольной группах исследовался лактат крови при поступлении, через 12 и 24 часа. Уровень сознания определялся по шкале Глазго. В период восстановления сознания проводили комплексную оценку тяжести нарушений интеллекта с использованием такой высокоинформативной нейрофизиологической методики как шкала MMSE по 10 позициям.

Препарат цитофлавин вводили парентерально по 20,0 мл в/в капельно на 5% глюкозе 2 раза в сутки начиная с момента поступления на 1-й, 2-й, 3-й день лечения