

инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST в том числе фельдшерскими бригадами, прошедшими специальную подготовку и имеющими опыт работы с пациентами с острой коронарной патологией, нуждающихся в интенсивной терапии. Несмотря на имеющийся отрицательный опыт, нельзя останавливаться на достигнутом, необходимо распространять проведение данного метода в работе фельдшерских бригад, так как в век инноваций метод ГЛТ на догоспитальном этапе займет достойное место среди новых технологий.

V. РЕАНИМАТОЛОГИЯ И ТОКСИКОЛОГИЯ

ОЦЕНКА РИСКОВ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Краева Ю.В., Брусин К.М.

МБУ «ССМП», г.Екатеринбург

*Областной центр острых отравлений ГБУЗ СО «СОКПБ»,
г.Екатеринбург*

Актуальность: По данным немногочисленных исследований, более 25% больных с острыми отравлениями не госпитализируются. Как правило, количество и структура не госпитализированных случаев отравлений остается неизвестной, а протоколы лечения отравлений на догоспитальном этапе отсутствуют или вызывают дискуссии.

Цель: Изучение эпидемиологии и клинических проявлений острых отравлений на догоспитальном этапе (ДГЭ), анализ и оценка рисков проведенных лечебных мероприятий.

Материалы и методы: одномоментное проспективное мультицентровое исследование всех случаев острых отравлений у людей в возрасте 16 лет и старше, обратившихся за медицинской помощью на станцию СМП г. Екатеринбурга в течение одного года (со 2 марта 2009 по 2 марта 2010). Критерии включения: все случаи острого отравления у пациентов от 16 лет и

старше, если диагноз острого отравления был главным. Критерии исключения: хронические отравления, а так же пациенты с другим основным диагнозом (например, травма), даже если острое отравление было сопутствующим диагнозом. Результаты обработки протоколов внесены в единую базу данных, статистическая обработка проведена в программном обеспечении SPSS, версия 16.0 (SPSS, 1пс, Чикаго, Иллинойс) и Microsoft Office Excel 2007. Для оценки рисков проведенных лечебных мероприятий использована мультивариантная логистическая регрессия. Для сравнений ошибка первого рода (α) устанавливалась равной 0,05.

Результаты исследования: В исследование включены 2536 случаев, женщины составили 41,7% (n= 1057), мужчины 58,3% (n=1479), медиана возраста 31 год. Наиболее частыми токсическими агентами были опиаты (n=641; 25,3%), этанол (n=218; 8,6%), бензодиазепины (n=195; 7,7%), прижигающие жидкости (n=177; 7%, в том числе уксусная кислота 107/177), окись углерода (n=122;4,8%), кардиотропные препараты (n=155; 6,1%) и нейролептики (n=114; 4,5%). Из 2536 случаев, 1795 (70,8%) были доставлены в больницы (1742 в токсикологические центры и 53 в больницы общего профиля), 736 пациентов (29,0%) после осмотра и оказания помощи были оставлены на месте и пять пациентов (0,2%) умерли в присутствии бригады СМП. Лечебные мероприятия на ДГЭ были выполнены у 73% больных (n=1854). Наиболее частыми процедурами на догоспитальном этапе были зондовое промывание желудка (34%), специфическая антидотная терапия (28%) и инфузионная терапия (24%).

Зондовое промывание желудка. Зондовое промывание желудка (ЗПЖ) было выполнено у 852 больных (34%), при этом только у 20% пациентов оно проведено в течение первого часа после приема токсического агента, В целом 519/852 (61%) пациентов получили ЗПЖ в течение двух часов после отравления.

68% больных (578/852), получивших ЗПЖ, были в ясном сознании и не имели противопоказаний для выполнения ЗПЖ, из них 10,8% (n=61) после

промывания желудка были оставлены на месте, 89,2% (n=516) транспортированы в стационар. В стационаре у 4 больных была выявлена пневмония, троим из них потребовалась интубация трахеи и перевод на ИВЛ, все трое впоследствии умерли в стационаре.

32% больных (273/852), получивших ЗПЖ, имели показания к протезированию верхних дыхательных путей перед ЗПЖ, но, интубация трахеи была выполнена только у 39 больных. Пневмония выявлена у 1 пациента, умершего впоследствии в стационаре. Из 234 пациентов (3%) получивших ЗПЖ без предшествующей интубации трахеи у 7 была выявлена пневмония, шести из них потребовалась интубация трахеи и перевод на ИВЛ, трое впоследствии умерли, 4 пациента были выписаны с полным выздоровлением.

Антидотная терапия. Антидоты применялись в 678 случаях. В качестве антидотов на догоспитальном этапе использовались налоксон, атропин, флумазенил и пиридоксин. Налоксон был введен в 616 случаях при отравлении опиатами, атропин в 26 случаях при отравлении вератрином, 17 случаях при отравлении кардиотоксичными препаратами, и в одном случае при отравлении фосфорорганическими соединениями. Флумазенил применялся в четырех случаях при отравлении бензодиазепинами и в одном случае отравления опиатами. Пиридоксин назначался в двух случаях отравления изониазидом.

По данным бюро судебно-медицинской экспертизы, не было летальных исходов от рецидива нарушения сознания у не госпитализированных больных с острым отравлением опиатами после применения налоксона на ДГЭ. Однако был выявлен один случай развития отека легких у больной с острым отравлением опиатами, после введения 0,8 мг налоксона на догоспитальном этапе.

Инфузионная терапия. Инфузионная терапия проводилась 612 пациентам (24%). Из всех пациентов, кому была проведена инфузия, 83,5% (n=511) не имели нарушений гемодинамики на момент осмотра бригадой СМП, 39,5%

из них ($n=202$) были в ясном сознании, в то время как среди больных с недостаточностью кровообращения 22,3% (29/130) пациентов не получили инфузионной терапии. Из госпитализированных больных, на момент поступления в стационар недостаточность кровообращения была зарегистрирована у 6,8% больных ($n=120$) человек, потребовавшая у 27,5% из них начала инфузионной терапии в стационаре. Из 14 пациентов с недостаточностью кровообращения, доставленных в стационар без инфузионной терапии, 2 пациента умерли впоследствии в стационаре, летальность в этой подгруппе составила 14,3%. Из 90 больных, получивших инфузионную терапию в процессе транспортировки в стационар, умерли 11, летальность составила 12,2%. У 30 пациентов без клиники недостаточности кровообращения, получавших инфузионную терапию в процессе транспортировки в стационар, она была прекращена в стационаре.

Дыхательная поддержка. Оксигенотерапия через лицевую маску была выполнена у 51 пациента. Интубация трахеи у 79 пациентов. Все больные, получившие оксигенотерапию или интубацию трахеи, имели клиническую потребность в дыхательной поддержке. Несмотря на это 30 больных (59%) после оксигенотерапии и 3 (3,8%) после интубации трахеи были оставлены на месте. Дыхательная недостаточность выявлена у 771 пациента, но дыхательная поддержка выполнена только у 119 больных (15,5%). Из остальных 652 больных (84,5%), не получивших дыхательной поддержки, у 72,4% из них она была вызвана отравлением опиатами и купирована антидотом, у остальных больных вызвана токсическим влиянием других веществ.

Выводы:

1. В 32% случаев зондовое промывание желудка проводилось при незащищенных дыхательных путях у больных с нарушением сознания.
2. У 22% пациентов с нарушением гемодинамики инфузионная терапия не проводилась.
3. У 15,5% больных с нарушением дыхания не проводилась респираторная поддержка.

4. Выявлены неоправданные лечебные мероприятия: у 6% больных инфузия, начатая на ДГЭ, не продолжалась в стационаре; у 39% больных ЗПЖ проведено более, чем через 2 часа после отравления.
5. У больных, получивших налоксон на ДГЭ и оставленных на месте, не выявлено рецидивов нарушения дыхания, сознания и случаев летальных исходов.

ЭНТЕРОСОРБЦИЯ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Краева Ю.В., Брусин К.М.

МБУ «ССМП», г.Екатеринбург

*Областной центр острых отравлений ГБУЗ СО «СОКПБ»,
г.Екатеринбург*

Введение. Целесообразность назначения активированного угля на догоспитальном этапе изучалось в исследованиях Crockett, 1996, Wax, 1998, Thakore, 2001, Isbister, 2002, Olson, 2006 и многих других. По мнению авторов, отсрочка назначения активированного угля до поступления в стационар приводит к снижению эффективности энтеросорбции. Е.А. Лужников указывает, что наибольшая эффективность энтеросорбции достигается при ее применении в первые 12 часов после отравления, активированного угля в сроки до 4 ч после приема потенциально токсичных веществ или до 24 часов при особых обстоятельствах: массивное отравление, отравление холинолитиками и салицилатами, отравления медленно высвобождающимися субстанциями, лечение перевозчиков наркотиков (“body packer”). В то же время он указывает, что назначение активированного угля рискованно или бесполезно, если принятое вещество малотоксичное (например, бензодиазепины), плохо абсорбируется активированным углем (этанол и другие спирты, тяжелые металлы), больной заторможен или плохо вступает в контакт, но не заинтубирован, возможно применение антидота (например, отравление парацетамолом) и принятая доза не велика. Легочная аспирация является самым серьезным осложнением после назначения