

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

активированного угля [Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден., Ошибка! Источник ссылки не найден.].

Предрасполагающими факторами к развитию аспирационной пневмонии авторами были выделены: нарушение уровня сознания, рвота, отравление трициклическими антидепрессантами, а также назначение активированного угля позже 24 часов от момента отравления.

Методы. В полугодовом проспективном исследовании острых отравлений в Екатеринбурге изучены все случаи острых отравлений у взрослых по данным обращений на скорую помощь, в стационары, а также по данным судебно-медицинских исследований. Наибольшее внимание уделялось проведенному лечению и оценке его безопасности.

Результаты. Выявлено, что на догоспитальном этапе энтеросорбция проведена всего у 5 больных (0,2%), причем у 3 больных использовался энтеросгель, абсолютно не эффективный для выведения ядов. В стационаре энтеросорбция была выполнена у 184 больных (9,8% госпитализированных больных), в том числе у 14% потребовались повторные процедуры энтеросорбции. Наиболее часто энтеросорбция проводилась при медикаментозных отравлениях (88,6% всех энтеросорбций). Из медикаментов энтеросорбция проводилась чаще всего при отравлении трициклическими антидепрессантами (41%), кардиотропными препаратами (15,4%), бензодиазепинами (11,1%) и ацетаминофеном (25,8%).

Энтеросорбция была проведена у пациентов, поступивших со средней экспозицией 3 (2-6) часов. У 32,6 % больных энтеросорбция проводилась после 4 часов от момента отравления, в том числе у 6,5% пациентов она проводилась после 12 часов от момента отравления.

У 39,5% пациентов с нарушенным сознанием энтеросорбция была проведена без предшествующей интубации трахеи (у 15,2% пациентов с уровнем сознания оглушение, 14,6% пациентов с уровнем сознания сопор, 4,9% пациентов с уровнем сознания кома). При этом у двух больных в коме были выполнены повторные процедуры энтеросорбции до момента

восстановления ясного сознания. У больных не было выявлено осложнений данной процедуры в виде развития аспирационных пневмоний, однако такая практика является опасной.

Заключение: Учитывая существенную длительность транспортировки больных в центр острых отравлений (в среднем 30 – 40 мин), необходимо разработать рекомендации по применению активированного угля при острых отравлениях на догоспитальном этапе.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОТРАВЛЕНИЯ ОПИАТАМИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*Дорожкин Ю.С., Савченко С.П., Большакова И.А.
ГБУЗ НСО «ССМП», г. Новосибирск*

В работе приведены результаты сравнительного анализа случаев отравления опиатами (ОА) на догоспитальном этапе за 2012 и 2007 гг. к пациентам Советского района г.Новосибирска.

За 2012 год зарегистрировано 39 случаев ОА. Диагноз выставлялся на основании анамнеза и объективных данных: наличия на коже следов от инъекций, нарушений сознания (в 100% случаев), миоза (87%), цианоза (33%), редкого или поверхностного дыхания (у 79%). В 20,5% ОА сочеталось с алкогольным опьянением. В 74% случаев состояние пациентов было расценено как тяжелое, в 21% - средней степени тяжести, в 5% - удовлетворительное. Из нарушений сознания кома зарегистрирована в 60% случаев, сопор – в 20%, оглушение – в 20%. Средняя оценка по шкале ком Глазго составила 7,7 балла. Дыхательные нарушения в 4 случаях (10,25%) достигали степени апноэ. Гемодинамика пациентов не страдала – в 74% случаев, а в 23% зафиксирована артериальная гипертензия. Лишь в одном случае на момент прибытия бригады АД не определялось.

Помощь пациентам оказывалась введением налоксона в 38 из 39 случаев (97,4%), в 25,6% случаев потребовалось проведение кратковременной ИВЛ мешком Амбу, в двух из них в связи с развитием тяжелой постгипоксической