

степени тяжести энцефало-нефропатии и положительная динамика лабораторных показателей. Прогноз в этой группе становится весьма определенным со 2-3 суток, в то время, как в 1-й группе до 7 суток трудно было прогнозировать исход токсикоза. Летальных исходов во 2-й группе не было. Пребывание пациентов этой группы на реанимационной койке составило в среднем 5 дней.

Таким образом, применение гипохлорита натрия в терапии отравлений этиленгликолем является патогенетически обоснованным, ибо он оказывает детоксицирующий эффект на уровне клетки, что не представляется возможным при использовании диализно-сорбционных методов. О более высокой эффективности применения гипохлорита натрия свидетельствует клиническое течение экзотоксикоза. Быстро развивается положительная динамика лабораторных показателей и снижается тяжесть энцефало-нефропатии, сокращается койко-день.

НЕПРЯМОЕ ЭЛЕКТРОХИМИЧЕСКОЕ ОКИСЛЕНИЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Коалов В. А., Давыдова Н. С., Щерипов А. В., Ксупов Р. С.
г. Екатеринбург

Метод электрохимического окисления применяется в ШКБ № 1 г. Екатеринбурга около года для лечения больных с перитонитом различной этиологии, панкреонекрозом, механической желтухой и различными гнойными процессами (абсцессы печени, брюшной полости, забрюшинной клетчатки).

Гипохлорит натрия мы получаем из 0,89 % изотонического раствора с помощью аппарата ЭДО - 4. Гипохлорит натрия применяем как для внутривенного введения, так и местно для промывания брюшной полости, абсцессов.

Для внутривенного введения применяется 400 - 800 мл гипохлорита натрия с концентрацией от 100 до 420 мг/д, скорость инфузии составила 1,6 - 3,3 мл/мин. Такая скорость введения гарантирует отсутствие неприятных ощущений у пациента. При более

быстрой инфузии у трех больных появилась одышка, чувство удушья. При внутривенной инфузии гипохлорита натрия предпочтение следует отдать магистральным сосудам (бедренная, подключичная). Для местного применения использовался раствор гипохлорита натрия с концентрацией 500 - 700 мг/л. В зависимости от вида патологии применялись различные методики.

При лечении панкреонекроза проводилось непрерывное промывание сальниковой сумки раствором гипохлорита натрия концентрации 600 мг/л объемом до 4 л. Продолжительность промывания составляет 4 - 6 часов с учетом количества раствора, поступающего в сальниковую сумку и вытекающего из него.

Для лечения различных гнойных заболеваний (абсцессов печени, абсцессов брюшинного пространства) применялось однократное промывание полости абсцесса раствором гипохлорита натрия концентрации 600 - 800 мг/л в объеме 1000 мл продолжительностью 1 час.

Промывание брюшной полости у больных разлитым гнойным перитонитом проводилось раствором гипохлорита натрия в концентрации 500 мг/мл объемом 3 - 4 л в комплексе с другими антисептиками и растворами (фурацилин, хлоргексидин, физиологический раствор).

Наиболее интересным и малоисследованным нам представляется внутривенное введение раствора гипохлорита натрия с целью детоксикации больным с перитонитом, механической желтухой, панкреонекрозом. Больным с механической желтухой проводилась внутривенная инфузия раствора концентрации 200 - 400 мг/л в объеме 400 мл. В комплексной терапии механической желтухи использование гипохлорита натрия приводило к более быстрому снижению уровня общего и прямого билирубина в сравнении с контрольной группой.

Больным с перитонитом и панкреонекрозом проводилась инфузия гипохлорита натрия концентрации 200 мг/л в объеме 800 мл.

Уровень интоксикации оценивался по уровню средних молекул и лейкоцитарному индексу интоксикации. Внутривенное введение проводилось 22 больным, у 20 из них отмечалось достоверное уменьшение лейкоцитарного индекса, у 18 - снижение уровня

средних молекул. Во всех случаях отмечалось снижение уровня мочевины, ПТИ, количества тромбоцитов крови. При внутривенном применении гипохлорита натрия в концентрации 200 мг/л отмечена стабильность пульса и САД, что позволяет использовать этот метод в тех случаях, когда невозможно применение других методов детоксикации (гемосорбции, плазмафереза) при лечении больных с выраженными нарушениями гемодинамики.

МЕТОДЫ ДЕТОКСИКАЦИИ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Комов В. В., Дидковский Н. А., Трескунов В. К., Каблашова
НИИ физико-химической медицины РЗ РФ
г. Москва

Методы, традиционно считающиеся детоксицирующими, такие как плазмаферез (ПФ), гемосорбция (ГС), ультрафиолетовая (УФ), магнитная и лазерная обработка крови (МЛОК) широко применяются в пульмонологической клинике. Эти методы обладают выраженным корригирующим воздействием на многие системы организма, в первую очередь - на иммунную, бронхореспираторную, свертывающую и др. При этом их эффективность нельзя объяснить лишь элиминацией каких-либо факторов гемостаза, и обусловлена она, по-видимому, более тонкими механизмами полисистемного воздействия. Это определяет особую тактику применения вышеперечисленных методов. Как правило, эффект достигается относительно небольшими объемами вмешательства, методы обладают профилактическим эффектом, что делает возможным их программное применение. В табл. 1 представлены данные по распределению больных, в комплексе лечения которых использовано программное применение эфферентных методов.

Удовлетворительный и хороший эффект был получен в 94% случаев. Отрицательная динамика наблюдалась в 1 случае при применении УФО у больной, страдающей тяжелым атопическим синдромом. У 10 пациентов (5%) лечение дало незначительный эффект. Длительность ремиссии, полученной после включения эфферентных