

НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ
ОТРАВЛЕНИЯМИ КЛОФЕЛИНОМ И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПАХ.

Сенцов В.Г., Кустовский А.В.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ТУВ УрГМИ,
областной центр по лечению отравлений.

г. Екатеринбург

С целью изучения изменений, возникающих в системе кровообращения у больных с острыми отравлениями клофелином и обоснованию рациональных подходов к выбору объема и методов корригирующей терапии, нами обследовано на догоспитальном этапе и в токсикологическом отделении СОНБ 75 пациентов в возрасте от 13 до 87 лет. Непосредственно при поступлении и на этапах лечения проводился мониторинг электрокардиограммы, исследовались показатели центральной и периферической гемодинамики, изучалась фазовая структура систолы левого и правого желудочков.

Результаты исследований позволили выделить 3 основных варианта нарушений сердечной деятельности у больных с отравлениями клофелином и предложить несколько вариантов их коррекции. У больных 1-ой группы отмечалась брадикардия до 46-50 ударов в 1 минуту. УИ достигал $68,2 \pm 2,7$ мл/м и был выше соответствующего показателя контрольной группы на 33% ($p < 0,001$). Увеличение ударного объема полностью компенсировало урежение частоты сердечных сокращений. Величина СИ не отличалась от контрольных значений ($p > 0,05$), а УПС несколько повышалось ($p < 0,05$). Изменений в фазовой структуре систолы левого желудочка не отмечалось. Коррекция нарушений сердечной деятельности у больных этой группы достигалась дробным введением 1-2 мг атропина сульфата на фоне проведения инфузионной терапии. После введения атропина частота пульса увеличивалась на 72,4% ($p < 0,001$), величина УИ снижалась до уровня контрольных значений, а СИ увеличивался до $4,46 \pm 0,35$ л/(мин. м).

У больных 2-ой группы также отмечалась выраженная бради-

кардия, но значительно чаще на этом фоне выявлялись различные нарушения проводимости. Расстройства центральной гемодинамики характеризовались уменьшением УИ и СИ, соответственно, на 49,1%, 41% ($p < 0,001$), а УПС резко повышалось до $1505,3 \pm 105,9$ дин.с.см/м. Изменения фазовой структуры систолы левого желудочка проявлялись увеличением ФИС ($p < 0,05$) и соответствующими изменениями межфазовых показателей. Повышение тонуса периферических сосудов клинически проявлялось резкой бледностью кожных покровов и снижением температурного градиента. Введение атропина у больных этой группы вызывало учащение пульса в среднем на 52% ($p < 0,05$), однако при этом отмечалось ухудшение сократительной способности миокарда и снижение УИ на 27,5% ($p < 0,001$). Увеличение СИ не происходило, а УПС оставалось высоким. Более оправданным у больных этой группы оказалось использование алулента. После введения алулента отмечалось не только увеличение частоты пульса, но и достоверно улучшались показатели сократительной способности миокарда. УИ и СИ увеличивались соответственно, на 47,9% и 82% ($p < 0,001$), а УПС уменьшалось до уровня контрольных значений. С целью коррекции нарушений сердечной деятельности у больных этой группы возможно применение чрезпищеводной стимуляции сердца. На фоне чрезпищеводной стимуляции сердца с частотой 80-90 в 1 минуту (выполненной нами у 15 пациентов) отмечалось достоверное увеличение СИ и нормализация УПС. В стационарных условиях рационально на фоне проведения чрезпищеводной стимуляции сердца выполнять сеанс сорбционной детоксикации. Вообще по нашим данным проведение гемосорбции показано больным при неэффективности фармакологической коррекции нарушений гемодинамики и сохраняющихся нарушениях электропроводимости и ритма.

Нарушения сердечной деятельности у больных 3-ей группы характеризовались развитием АВВ различной степени, снижением не только УИ и СИ, но и падением УПС с развитием выраженной гипотонии. Результаты наших исследований позволяют рекомендовать для коррекции этих нарушений допамин или сочетание алулента с ангиотензинамидом. При развитии АВВ 3-ей степени пока-

вана эндокардиальная стимуляция сердца. Всем больным этой группы показано проведение сорбционной детоксикации.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОЦЕССОВ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ТОКСИКОЛОГИИ НА ОСНОВЕ КОНСУЛЬТАТИВНЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ СИСТЕМ

Егоров В. М., Рокин С. Р., Смирнова Е. А., Смирнов А. И.,
Кочмашев В. Ф., Мячкова Л. П.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ФУВ УрГМИ,

Областной центр по лечению отравлений.

г. Екатеринбург

Как известно, эффективность принимаемых решений во многом определяется полнотой имеющейся информации, ее точностью и достоверностью. Так, врач информационного токсикологического центра консультируя больного по телефону, должен в кратчайшие сроки решить целый ряд вопросов: выяснить причину отравления, установить вид и дозу токсического агента, оценить состояние больного и, в соответствии с полученными данными, принять одно из следующих медико-тактических решений: оставить лечить больного на месте, взять больного на дистанционное наблюдение и лечение, транспортировать больного в центр силами лечебного учреждения, выехать на место происшествия.

Поэтому одним из путей повышения качества лечения в токсикологическом отделении является создание информационных систем для персональных компьютеров, призванных в кратчайшие сроки обеспечить врача всей необходимой информацией. Преимуществом таких систем является оперативность предоставления информации, возможность ее быстрой обработки, удобная форма визуализации. Их эксплуатация возможна и, непосредственно, в токсикологических отделениях, и на основе создания регионарных консультативных центров, оснащенных компьютерами, с последующим обеспечением связи с этим центром на местах.

Сотрудниками кафедры анестезиологии и реаниматологии ФУВ Уральского медицинского института, Областного центра по лечению отравлений совместно с математиками разрабатывается