

оанотерании" (Омск), в которой синтез озона происходил в барьерном разряде в потоке кислорода. Концентрация раствора составляла 4-6 мг/л, а вводимый объем - 500 мл.

Критерии включения больных в группу исследования:

- ПОН различного генеза (сепсис, кровопотеря, обширные ожоги, ОДН)
- высокий риск развития ПОН в ближайшем послеоперационном или постреанимационном периоде.

Оценка результатов проводилась на основании анализа клинического течения синдрома и комплекса лабораторных показателей:

- билирубин, трансаминазы, "шлаки крови";
- ферменты клеточной защиты, ПОЛ - АОА крови;
- иммунный статус
- активность и эффективность фагоцитоза;
- структурно-оптические свойства крови;
- гипоксические тесты и кислородный бюджет крови.

К настоящему времени, принимая во внимание полученные данные о заметном детоксицирующем и бактерицидном эффектах, выраженной стимуляции фагоцитоза, возможно лишь говорить о перспективности метода. Дальнейшее сопоставление с клиническими результатами и корректная рандомизация позволят сделать окончательные выводы.

ГЕМОДИАЛИЗ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ОТРАВЛЕНИЙ ДОСООРГАНИЧЕСКИМИ ИНСЕКТИЦИДАМИ

Сенцов В. Г., Новикова О. В.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ФУВ УРГМИ
областной центр по лечению отравлений
г. Екатеринбург

В настоящее время в интенсивной терапии острых отравлений ФОИ широко используется гемосорбция, позволяющая за достаточно короткий промежуток времени снизить концентрацию яда от "необратимой" или "критической" до "пороговой", не вызывающей нару-

шения жизненно важных функций организма. Успешное применение сорбционной детоксикации в интенсивной терапии отравлений ФОИ значительно снизило интерес к применению гемодиализа, хотя на возможность и эффективность его применения указывает целый ряд авторов. По нашему мнению, многие аспекты применения гемодиализа в интенсивной терапии отравлений ФОИ недостаточно исследованы.

Целью работы является клиничко-лабораторная оценка эффективности гемодиализа в интенсивной терапии острых отравлений ФОИ, уточнения показаний к его применению и оптимизация техники его проведения.

Гемодиализ применен в комплексной интенсивной терапии 163 больных с острыми отравлениями ФОИ в возрасте от 14 до 67 лет. Отравление карбофосом II-III стадий было диагностировано соответственно у 55 и 57 пациентов и отравление хлорофосом у 41 больного (II стадия у 19 пациентов и III стадия у 22 больных). У всех больных в крови определялись токсические концентрации яда, активность АХЭ колебалась от 3 до 20 %.

У больных II стадией отравления гемодиализ проводился как самостоятельный метод детоксикации, а при развитии паралитической стадии в сочетании с гемосорбцией и перитонеальным диализом. Клиренс карбофоса и хлорофоса при проведении гемодиализа составлял соответственно $55,2 \pm 6,2$ и $45,8 \pm 1,7$ мл/мин и был почти в 2 раза ниже, чем при проведении гемосорбции ($p < 0,05$). Однако, к 6 часу гемодиализа уровень карбофоса и хлорофоса в крови снижался в среднем на 56,1% ($p < 0,01$) и 61,1% ($p < 0,01$). Как правило, после проведения гемодиализа у больных II стадией отравления отмечалось существенное клиническое улучшение, и только у 12,5% пациентов с отравлением хлорофосом и 18,9% больных с отравлением карбофосом потребовалось повторное проведение гемодиализа или гемосорбции в связи с нарастанием уровня яда в крови.

Обращает внимание тот факт, что процент развития паралича дыхательной мускулатуры и острой дыхательной недостаточности не зависел от метода детоксикации (для сравнения взяты две

группы больных: в 1 группе первоначально проводился гемодиализ, во 2 группе - гемосорбция), а определялся видом токсического агента, дозой принятого яда и экспозицией. Так в первой и второй группе больных на ИВЛ непосредственно после процедуры или через несколько часов после ее окончания мы были вынуждены перевести при отравлении хлорофосом в среднем 25% пациентов и при отравлении карбофосом 50% больных.

После проведения гемосорбции у 75% больных с паралитической стадией отравления или при развитии паралича дыхательной мускулатуры после процедуры в ближайшие 3 часа отмечалось увеличение концентрации карбофоса и хлорофоса в среднем на 74,1% ($p < 0,05$) и 53,1% ($p < 0,05$). Только последовательное проведение гемосорбции и гемодиализа обеспечивало надежное выведение яда и стойкое снижение его концентрации в крови.

У 43 больных стабилизация крови в процессе гемодиализа проводилась цитратом натрия. Цитрат натрия обеспечивал надежную стабилизацию крови только в экстракорпоральном контуре, без развития гипокоагуляции в сосудистом русле пациента. Характерной чертой этой группы больных являлось отсутствие геморрагических осложнений в виде кровотечения из места наложения АВШ, мест пункции магистральных сосудов и т. д. Клиренс карбофоса и хлорофоса, клинический эффект не отличались от группы больных с традиционной стабилизацией крови гепарином.

Таким образом, гемодиализ является эффективным методом выведения ФОИ из организма. С целью надежного снижения яда в крови у больных с наиболее тяжелыми формами отравлений целесообразно последовательное проведение гемосорбции и гемодиализа. Стабилизация крови цитратом натрия уменьшает количество геморрагических осложнений в процессе гемодиализа.