

энтеросорбции, проведения активных методов детоксикации крови не потребовалось. Летальность в наблюдаемых группах снизилась от 13,1 до 27,5%.

Какого-либо отрицательного влияния СА на показатели гомеостаза мы не выявили. Осложнений не было.

Полученные результаты показали, что СА является эффективным средством усиления пропульсивной функции ЖКТ, способствующего ускорению детоксикации организма при тяжелых острых пероральных отравлениях. Применение его позволяет улучшить результаты лечения больных, снизить летальность, сократить объем использования активных методов детоксикации крови, что дает прямую экономию материальных средств, необходимых для лечения этой категории больных.

ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОТРАВЛЕНИЙ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ ПЕСТИЦИДАМИ

Медвинский И. Д., Зайковский В. Н.

Областной и городской центры по лечению острых отравлений
г. Екатеринбург

Мы располагаем опытом лечения 470 больных с острыми отравлениями фосфорорганическими инсектицидами. У 104 (22,1%) больных имело место развитие острой дыхательной недостаточности, потребовавшей проведения ИВЛ. Возраст пациентов колебался от 14 до 69 лет. Мужчин было 62 (), женщин 42 (). Необходимо отметить, что значительно чаще тяжелые формы острой дыхательной недостаточности возникали у больных с отравлениями карбофосом. Так, частота проведения ИВЛ в группах больных с отравлениями карбофосом и хлорофосом составила, соответственно, 34,7% и 14,4%.

На догоспитальном этапе на ИВЛ было переведено всего лишь 12 (11,6%) больных. Непосредственно при поступлении в приемный покой центра по лечению отравлений, в связи с клинической ОДН на ИВЛ было переведено еще 55 (55,7%) пациентов. У 34 (32,7%)

больных явления паралича дыхательной мускулатуры и нарастания ОДН возникли уже на фоне проведения интенсивной терапии и проведения методов хирургической детоксикации.

На наш взгляд, при решении вопроса о переводе больных на ИВЛ целесообразно учитывать не только нарушения газового состава крови, но и нарастающие клинические проявления паралича дыхательной мускулатуры и ухудшение механики дыхания, даже при нормальных pO_2 и pCO_2 артериальной крови. Выжидательная тактика, как правило, приводит к нарастанию кислородной задолженности и развитию не только дыхательной, но и сердечной недостаточности.

При переводе больных на ИВЛ противопоказано применение деполаризующих релаксантов. Ретроспективный анализ показывает, что при использовании для интубации деполаризующих релаксантов у 7 больных зарегистрирована остановка сердца, а у 4 пациентов отмечались нарушения ритма и проводимости.

Синхронизация больного с респиратором достигалась путем умеренной гипервентиляции и введением седативных средств. Миорелаксанты деполаризующего типа использовались в крайних случаях, как правило, при возникновении патологических процессов в легких.

На наш взгляд в токсикогенную стадию отравления наиболее целесообразным является проведение ИВЛ в режиме ПДКВ. Положительное давление в конце выдоха в пределах 5-7 см водного столба не оказывало отрицательного действия на показатели центральной гемодинамики и сократительной способности миокарда, и сопровождалось увеличением pO_2 артериальной крови на 16-20 мм водного столба. При более высоких цифрах положительного давления в конце выдоха +7, +10 см водного столба у больных с декомпенсированной фазой шока отмечались прогрессирующие нарушения в фазовой структуре правого и левого желудочков и уменьшения ударного объема сердца. У данной категории больных более благоприятные условия функционирования правых и левых отделов сердца достигалось применением ВЧ ИВЛ. Применение ВЧ ИВЛ значительно облегчало адаптацию больных к респиратору без

фармакологического угнетения спонтанного дыхания и выраженной гипервентиляции.

Особое значение у данной категории больных приобретает уход за трахеобронхиальным деревом. Оправдано раннее наложение трахеостомы, позволяющей адекватно дренировать трахеобронхиальное дерево. Кроме того, большое значение в профилактике легочных осложнений имеет выбор наиболее рациональных для данного больного параметров ИВЛ, эффективное увлажнение газовой смеси, соблюдение асептики при уходе за дыхательными путями и целенаправленная физиотерапия. При развитии ателектазов, гнойном трахеобронхите показаны санационные бронхоскопии.

Так, в группе выживших больных, пневмонии развились у 72,2% пациентов, пневмонии в сочетании с плевритом и пневмонии в сочетании с ателектазом, соответственно, у 11,1% и у 16,7% пострадавших. Санационные бронхоскопии проводились в 83,3% случаев.

Из 104 больных выздоровело 29 пациентов. 75 больных погибли в токсикогенную стадию интоксикации на фазе развития экзотоксического шока. У 2 больных ИВЛ была прекращена в связи с восстановлением адекватного спонтанного дыхания после проведения методов хирургической детоксикации. 27 пациентам проводилась длительная ИВЛ, сроком от 9 до 14 суток. Отключение больных от респиратора проводили при полном восстановлении сознания и отсутствии патологических процессов в легких. Перевод больных на спонтанное дыхание проводился постепенно и занимал, в среднем 3-4 суток.