

Литература

1. Крылов В.В. Черепно-мозговая травма // Интенсивная терапия тяжелой черепно-мозговой травмы. Нейромониторинг. — М.: IV Мастер-класс, 2005. — С. 1-8.
2. Старченко А.А. Клиническая нейрореаниматология. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 944 с.
3. Лубнин А.Ю. Анестезия у пострадавших с черепно-мозговой травмой // Интенсивная терапия тяжелой черепно-мозговой травмы. Нейромониторинг. — М.: IV Мастер-класс, 2005. — С. 21-34.
4. Enblad P., Nilsson P., Chambers I. et al. R3-Survey of traumatic brain management in European Brain IT centres year 2001 // Intensive Care Med. — 2004 Mar 16.
5. Рекомендации по ведению пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой 3-е издание. Совместный проект Brain Trauma Foundation и Американской ассоциации нейрохирургов (AANS), Конгресса нейрохирургов (CNS), совместной секции по нейротравме и реаниматологии AANS/CNS. 2007.

УДК 615.9

А.А. Савицкий, А.В. Чекмарев, М.А. Гофенберг, В.Г. Сенцов
ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОТРАВЛЕНИЙ
БАКЛОФЕНОМ

Кафедра анестезиологии-реаниматологии и токсикологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская федерация

A.A. Savitsky, A.V. Chekmarev, A.M. Hoffenberg, V.G. Sentsov
APPROACHES TO DIAGNOSIS AND TREATMENT POISONING
BACLOFEN

Department of anesthesiology and reanimatology, and toxicology
Ural state medical University
Ekaterinburg, Russian Federation

E-mail: alexzander.lab@mail.ru

Аннотация. В статье представлен первый опыт диагностики и лечения отравлений баклофеном. Внедрена в клиническую практику методика количественного определения баклофеном. Проведена оценка эффективности гемодиализа в интенсивной терапии относительно новой формы химической болезни.

Annotation. The article presents first experience of diagnosis and treatment of poisoning with baclofen. Introduced into clinical practice method for the quantitative

determination baclofen. Assessed the effectiveness of hemodialysis in intensive care is a relatively new form of chemical disease.

Ключевые слова: отравление баклофеном, лабораторная диагностика, интенсивная терапия отравлений.

Keywords: poisoning baclofen, laboratory diagnostics, intensive therapy of poisoning.

В последние годы стал отмечаться рост острых отравлений баклофеном. Острые отравления баклофеном в структуре медикаментозных отравлений в 2010 – 2015 увеличились на 5,3%. Баклофен – миорелаксант центрального действия. Применяется в основном у пациентов с неврологической патологией. Обладает миорелаксирующим, антиспастическим действием. Федеральные клинические рекомендации по клинике, диагностике и лечению отсутствуют. Имеющиеся в литературе данные не многочисленны и противоречивы [2,3].

Цель исследования - оценить клиническую картину отравления, возможность химико – токсикологического исследования и эффективность интенсивной терапии больных с острыми отравлениями баклофеном.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 52 пациента с острым отравлением баклофеном. Психоневрологические нарушения оценивали по классификации Лужникова А.Е. (1966), глубину токсической комы оценивали по шкале Глазго [1,3]. Первичный кардиотоксический эффект оценивали по ЭКГ [4]. Оценивали показатели КОС и газового состава крови. Концентрацию баклофена в крови определяли методом жидкостной хроматографии – масс-спектрометрии на приборе Agilent 1200/6120.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась методом вариационной статистики с расчетом средней арифметической величины (M), ошибки средней (m) с последующим расчетом достоверности различий по Стьюденту. Математические исследования выполнялись на персональном компьютере IBMPC - Intel® Pentium® 4CPU с использованием программы Excel, пакета статистической программы Statistica 7.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов составил 26 лет. Несколько чаще отравления отмечались у мужчин (32 пациента) и реже у женщин (20 больных). Суицидальные отравления отмечены у 21 (40,3%) пострадавшего, с целью. Получения наркотического эффекта у 18 (34,6%) больных. У 13 (25,1%) пациентов причины приема препараты не установлены.

Мы выделили три группы больных по степени тяжести отравления.

Первую группу составили больные, у которых не отмечалось нарушения сознания и у больных отмечалось коматозное состояние первой степени по классификации Лужникова Е.А. В эту группы вошли 12 пациентов. Глубина токсической комы по шкале Глазго составила 12,6 балла. Изменений на ЭКГ не

отмечалось. Клинических и лабораторных показателей дыхательной недостаточности не было.

Во вторую группу составили пациенты со II стадией по классификации Лужникова Е.А. Глубина токсической комы по шкале Глазго составила 9,7 балла. Больные достаточно быстро выходили из коматозного состояния. Появлялись симптомы токсической энцефалопатии, которая составлялась 1 _ 1,5 суток. Артериальное давление находилось на уровне возрастной группы. Частота сердечных сокращений колебалась в пределах 90 -100 в 1 минуту.

У больных с отравлением тяжелой степени (33 пациента) отмечалось коматозное состояние III стадии с нарушением дыхания по центральному типу. Все больные находились на ИВЛ. На ЭКГ отмечалось брадикардия с частотой меньше 60 ударов в минуту. Отмечалось увеличение интервала QT более 0,12 сек. Повышение артериального давления. Содержание баклофена в крови колебалась в пределах 0,57 – 2,68 мкг/мл в среднем 1,39мкг /мл.

Лечебные мероприятия начинались с купирования брадикардии атропином, в дозе 1-2 мг внутривенно.

С целью очищения желудочно-кишечного тракта промывался желудок через зонд, проводилась энтеросорбция. 33% больных проводился кишечный лаваж с применением Фортранса. У 9(27,3%) больных отмечено улучшение клинического состояния: В течение 6-10 часов появлялись элементы сознания, исчезала брадикардия, в последующем все больные поправились.

При неэффективности консервативной терапии в течение 6 часов проводилась экстракорпоральная детоксикация – гемодиализ. Гемодиализ проведен 24 (72,7%) пациентам. Концентрация яда после проведенного гемодиализа снижалась с $2,33 \pm 0,08$ мкг/мл до $1,01 \pm 0,09$ мкг/мл ($p < 0,05$). В среднем за 6 часов гемодиализа концентрация яда снизилась на 56,4%. Клиренс баклофена составил $32,4 \pm 0,4$ мл/мин.

На фоне проводимого лечения отмечалось улучшение состояния пациентов. Выход из комы проходил через стадию интоксикационного психоза. Постановления сознания и адекватного дыхания потребовал $4,9 \pm 0,6$ суток. Среднее нахождение больного в стационаре составил – $11,7 \pm 1,4$ суток.

Погибла одна больная в возрасте 78 лет. Летальность составила 4,2%.

Выводы:

1. При отравлении баклофеном можно выделить 3 степени тяжести. Отравления легкой степени тяжести отмечены у 23,1% больных, отравления средней и тяжелой степени тяжести отмечены соответственно у 13,5% и 63,4% пациентов.

2. Ведущими синдромами отравления являются: нарушение функции центральной нервной системы и первичный кардиотоксический эффект.

3. Гемодиализ является эффективным методом выведения баклофена из организма. Снижение концентрации яда в ходе процедуры на 56,4% сопровождается восстановлением сознания, самостоятельного дыхания и уменьшением проявлений первичного кардиотоксического эффекта.

Литература:

1. Афанасьев В.В. Руководство по неотложной токсикологии. – Краснодар. : Из. – во ООО «Просвещение – Юг», 2012. – 575 с.
2. Марино П.Л. Интенсивная терапия. / Пол Л. Марино / Перевод с англ. Под общей ред. Проф. А.П. Зильбера – М. : ИД «ГЭОТАР-Медиа», 2010. – 768 с.
3. Медицинская токсикология. Национальное руководство / под. ред. академика РАМН, проф. Е.А. Лужникова. – М. : Из-во «Гэотар – Медиа», 2012. – 923 с.
4. Хоффман Р. Экстренная медицинская помощь при отравлениях. пер. с англ. /Л. Нельсон, м.-Э. Хауланд и др/ - М.: Практика, 2010. – 1439 с.

УДК 616-089-06:612-082

**А.Д. Узоков, Б.Ю. Маматов, Б.Э. Муминов, М.М. Холматов, Ш.Т. Узокова,
М.Б. Маматова**

**ПРИМЕНЕНИЕ ИЗОФЛЮРАНА ДЛЯ ИНГАЛЯЦИОННОЙ ИНДУКЦИИ
И ПОДДЕРЖАНИЯ АНЕСТЕЗИИ ДЛЯ СРАВНЕНИЯ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ КОГНИТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ**

Кафедра реанимации и анестезиологии
Андижанский государственный медицинский институт
Андижан, Узбекистан

**A.D. Uzokov, B.Yu. Mamatov, B.E. Muminov, M.M. Holmatov, Sh.T. Uzokova,
M.B. Mamatova**

**APPLICATION ISOFLURANE INHALATION INDUCTION AND
MAINTENANCE OF ANESTHESIA FOR POSTOPERATIVE COGNITIVE
DISFUNCTION**

Department of Anesthesiology and Intensive Care
Andijan State Medical Institute
Andijan, Uzbekistan

E-mail: uzakov_aziz@mail.ru

Аннотация. В статье рассмотрено 68 больных в возрасте 45–65 лет, с физическим статусом ASAII - ASAIII, рандомизированных на три группы: контрольную (не оперированы, n=18), амбулаторную (оперированы в условиях моноанестезии изофлюраном, n=20) и стационарную (оперированы в условиях анестезии изофлюраном в сочетании с фентанилом, n=30). Результаты нейропсихологического тестирования (до операции, 1-е, 3–5 сутки после операции и через месяц после анестезии) показали минимальное влияние на когнитивный потенциал моноанестезии изофлюран (VIMA). При сочетании