1. Анестезиологическое обеспечение операций на щитовидной железе / А.А. Неговский, Т.И. Шпажникова, А.А. Знаменский, М.Н. Замятин // Общая реаниматология. 2008. - Т. IV, № 6. - С. 28-32.

2. Антистрессорная защита в анестезиологии и хирургии / И.П. Назаров, Е.В. Волошенко, Д.В. Островский, П.В. Пругов // Красноярск: Изд-во КГТУ. 2000. - 252 с.

3. Аристархов // Очерки клинической эндокринологии. Харьков, 2011. -С. 468-471.

4. Арсланбекова А.Ч. Состояние микроциркуляции у больных с заболеваниями щитовидной железы и их коррекция: автореф. дисс. . .канд. мед. наук / А.Ч. Арсланбекова. Махачкала, 2008. - 18 с.

5. Афанасьева 3. А. О причинах запущенности раков щитовидной железы / 3. А. Афанасьева, Юсупов Ш. Ш. // Материалы XV Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. -Рязань, 2005. -С. 31.

6. Материалы XVI Российского симпозиума по хирургической эндокринологии. Саранск, 2007. - С.44.

УДК 615.099.08

Зайцев С.Л., Чекмарев А.В., Реутов А.А., Сенцов В.Г.

ТЕХНОЛОГИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ РАЗВИТИЕМ ОПН

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

Zaytsev S.L., Chekmarev A.V., Reytov A.A., Sentsov V. G.

TECHNOLOGY INTENSIVE CARE PATIENTS WITH POISONING ACETICACID, COMPLICATIONS ARF

Department of Anesthesiology - Resuscitation and Toxicology
Ural State Medical University, Sverdlovsk Regional Clinical Psychiatric Hospital
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: mdzaycev@gmail.com

Аннотация. В статье рассмотрена технология интенсивной терапии больных с отравлением уксусной кислотой осложненной развитием ОПН. Определена структура компонентов интенсивной терапии лечения ОПН в Свердловском центре лечения острых отравлений.

Annotation. In the article the technique of intensive care patients with poisoning with acetic acid complications ARF. The structure of the components of intensive care treatment of ARF in the center of Sverdlovsk treatment of acute poisoning.

Ключевые слова: уксусная кислота, ОПН, интенсивная терапия.

Keywords: acetic acid, ARF, intensive care.

Цель исследования – оценить технологию интенсивной терапии, частоту и эффективность использования методов лечения больных с ОПН.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ технологии интенсивной терапии у больных с отравлением уксусной кислотой, осложненной развитием ОПН: гемодиализ, ИВЛ, энтеральное питание, обезболивание и лечение кровотечений. Статистическая обработка результатов исследования проводились 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

Проведена ретроспективная оценка историй болезни 67 больных с тяжелым отравлением уксусной кислотой, осложненным развитием ОПН за последние пять лет. По данным годового отчета Свердловского областного центра лечения отравлений интоксикация уксусной кислотой составляет в среднем от 5 до 6%. ОПН в структуре отравлений уксусной кислотой составляет 11-12%. Комплексная интенсивная терапия отравлений ОПН включает заместительную почечную терапию [3], проведение ИВЛ [6,7], обезболивание, энтеральное питание [1,7,8] и симптоматическую терапию.

Базисной терапией лечения ОПН является заместительная почечная терапия (гемодиализ) [2,3]. На протяжении олигоанурического периода больные получали 7,5±0,4 гемодиализа. Как правило гемодиализ проводился через сутки, длительность диализа – 4 часа. Гемодиализ проводили на аппарате искусственная почка– FRISENIUS 4008S. Применялся бикарбонатный диализирующий раствор. Учитывая высокий риск кровотечения стабилизация крови проводилась цитратом натрия по разработанной в клинике технологии [5].

Искусственная вентиляция легких проводилась 30% пациентов. Длительность ИВЛ составила 15,1±3 суток. ИВЛ проводили респираторами РВ-840.

С целью обезболивания использовалась эпидуральная блокада у 52% пострадавших. Применение эпидуральной блокады при химических ожогах пищеварительного тракта позволило отказаться от опиоидов и других

фармакологических средств. Проведение эпидуральной блокады обеспечивало устранение пареза кишечника и нормализацию моторной функции, что позволило использовать энтеральное питание.

Энтеральное питание проводилось нутризоном. Нутризон обеспечивал около 2000 ккал и позволял коррегироватьбелково-энергитическуюнедостаточность [1]. Определенные трудности при проведении энтерального питания обусловлены парезом кишечника. Как правило энтеральное питание проводилось после восстановления моторной функции кишечника проведением эпидуральной блокады.

Большая проблема связана с отторжением струпа и развитием вторичного желудочно-кишечного кровотечения. Используя современные методы устранения нарушений свертывающей системы крови. Тем не менее требовалось достаточно большое применение эритроцитарной массы в среднем 3654,4±889,9 мл и плазмы в объеме 7295,6±1661,1. Именно вторичное кровотечение являлось основной причиной летального исхода.

Койко-день в палате интенсивной терапии составил 18,4±1,8 суток. Общий койко-день - 46,6±2,2. Летальность составила 34,7%.

Выводы:

1.Базисной терапией лечения ОПН является гемодиализ. Особенностью проведения гемодиализа является стабилизация крови цитратом натрия.

2.Искусственная вентиляция легких у 30% больных является компонентом интенсивной терапии, связанной с химическим ожогом трахеобронхиального дерева.

3.Устранение белково-энергетической недостаточности у больных с ОПН является сложной и не до конца решенной проблемой.

4.Причинами смерти больных с ОПН как правило являются вторичные желудочно-кишечные кровотечения и требуют комплексной интенсивной терапии, включающей переливание эритроцитарной массы и плазмы крови.

Литература:

1. Воронцов С.В. Применение протоколов нутритивной поддержки у больных с отравлениями уксусной кислотой. /С.В.Воронцов, В.Г.Сенцов,И.Н.Лейдерман// Проблемы взаимодействия до и госпитального этапов СМП и их решение в крупном городе: Сб.научн.тр.- Екатеринбург.- 2003.- С. 271.

2. Ермоленко В.М., Николаенко А.Ю. Острая почечная недостаточность – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010. – 240 с.

3. Костюченко А.Л., Гуревич К.Я. Методы заместительной терапии в лечении острой почечной недостаточности: Пособие для врачей - Санкт – Петербург,.: ФОЛИАНТ, 2005. - 1999. – 35 с.

4. Ливанов Г.А., Михальйчук М.А., Калмансон М.Л. Острая почечная недостаточность при клинических состояниях. // - Санкт – Петербург.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. – 199 с.

5. Методика стабилизации крови в экстракорпоральном контуре при проведении гемодиализа. / А.В.Назаров, С.А. Мозгунов, Н.В. Дружинин //Вестник Уральской государственной медицинской академиию – Екатеринбург, - №3, 1995. – 52 – 59.

6. Медицинская токсикология. Национальное руководство / под. ред. академика РАМН, проф. Е.А. Лужникова. – М. : Из-во «Гэотар – Медиа», 2012. – 923 с.

7. Хоффман Р. Экстренная медицинская помощь при отравлениях. пер. с англ. /Л. Нельсон, м.-Э. Хауланд и др/ - М.: Практика, 2010. – 1439 с.

8. Goldfrank L.R. Goldfrank's toxicologic emergencies 5th.Ed. [Text] / Ed. By L. R. Goldfrank – NY, 2007. – 1589p.

УДК 616.24:614.88 (517.17)

Корчёмкина Л.В., Хусаинова Д.Ф., Соколова Л.А.

БРОНХООБСТРУКТИВНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Кафедра скорой медицинской помощи
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

L.V. Korchemkina, D.F. Khusainova, L.A. Sokolova

BRONCHOOBSTRUCTIVE SYNDROME IN CHILDREN ON PREHOSPITAL STAGE

Department of emergency medicine
Ural state medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: husainovad@mail.ru

Аннотация. В статье изучен бронхообструктивный синдром у детей на догоспитальном этапе в зависимости от нозологии, возраста, причины вызова бригады скорой медицинской помощи, оказание неотложной помощи и тактическим действиям бригады скорой помощи. Оказание помощи детям с данной патологией занимает одно из ведущих мест на догоспитальном этапе.

Annotation. In the article, broncho-obstructive syndrome in children in the prehospital phase, depending on the nosology, age, reasons for calling the ambulance crews, first aid and tactical actions of the ambulance crews. Assisting the children with this pathology occupies one of leading places in the prehospital phase.