

**Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный научно-клинический центр
специализированных видов медицинской помощи и медицинских
технологий Федерального медико-биологического агентства»
(ФГБУ ФНКЦ ФМБА России)**

**АКАДЕМИЯ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА ТОКСИКОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ**

Л Е К Ц И Я

**на тему: «Особенности интенсивной терапии токсидромов при
острых и хронических отравлениях»**

г.Москва, 2023

ЦЕЛЕВОЕ НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕКЦИИ:

совершенствовать знания слушателей об особенностях интенсивной терапии токсикогенных синдромов при острых и хронических отравлениях.

УЧЕБНОЕ ВРЕМЯ: 2 часа.

ПЛАН ЛЕКЦИИ:

№ п/п	Основные вопросы лекции	Время, мин
1	Введение	5
2	Проблема обратимости нарушенных функций в клинической токсикологии	15
3	Особенности реанимации и интенсивной терапии в зависимости от стадии острых отравлений	15
4	Особенности реанимации и интенсивной терапии в детском возрасте	15
5	Особенности реанимации и интенсивной терапии в пожилом и старческом возрасте	10
6	Реабилитация больных с острыми отравлениями	10
7	Вопросы медицинской этики и деонтологии	10
8	Профилактика острых экзогенных отравлений	10
9	Ответы на вопросы	5
	И т о г о :	270

ЛИТЕРАТУРА

1. Куценко С.А., Бутомо Н.В., Гребенюк А.В. Военная токсикология, радиобиология и медицинская защита: Учебник / Под редакцией С.А.Куценко.- СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2004.- 528с.
2. Лужников Е.А., Костомарова Л.Г. Острые отравления: руководство для врачей. 2-е издание, доп. и перераб. – М.: Медицина, 2000. – 434 с.:
3. Указания по военной токсикологии. - М., 2000. – 300 с.
4. Бадюгин, И.С. Экстремальная токсикология: руководство для врачей / И.С. Бадюгин [и др.]; под ред. Е.А. Лужникова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – 416 с.
5. Куценко, С.А. Основы токсикологии: научно-методическое издание /С.А. Куценко. – СПб.: «Издательство Фолиант», 2004. – 720 с.
6. Лужников, Е.А. Физиогемотерапия острых отравлений / Е.А. Лужников [и др.] – М.: Медпрактика – М, 2002. – 200 с.
7. Токсикология спиртов: учебное пособие. – СПб.: Лань, Военно-медицинская академия, 2001. – 120 с.
8. Лужников, Е.А. Неотложные состояния при острых отравлениях (диагностика, клиника, лечение) / Е.А. Лужников [и др.] – М.: Медпрактика – М, 2001. – 220 с.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

Лекция читается в учебном классе (аудитории), оборудованном мультимедийной установкой. Участие лаборантов в процессе чтения лекции не требуется. Перед лекцией в период самостоятельной подготовки слушатели должны изучить рекомендованную литературу.

Слушателям профильных групп лекция читается с акцентом на преимущественное использование полученных знаний в практической деятельности.

При чтении лекции используются элементы активного обучения. **Научность и современность материала лекции обеспечивается постоянным внесением корректив с учетом последних данных, исключением из лекции материалов, нашедших подробное отражение в учебниках, учебных пособиях и руководствах.**

I. ВВЕДЕНИЕ

Химическая болезнь имеет свои собственные патогенетические особенности. Исходя из этого проведение реанимационных мероприятий и интенсивной терапии потребуют от токсиколога особых подходов и комплекса лечебных мероприятий. Как показал исторический опыт, стандартный подход к проведению реанимационных мероприятий и интенсивной терапии при острых отравлениях приводит к тому, что смертность при острых отравлениях в обычных многопрофильных ЛПУ МЗ в 2-3 раза выше, чем в специализированных.

При этом необходимо учитывать что течение острых отравлений в детском и пожилом возрасте имеет свои особенности, которые необходимо учитывать при проведении реанимационных мероприятий и интенсивной терапии при острых отравлениях. Недооценка их – частая причина неблагоприятных исходов острых отравлений.

II ПРОБЛЕМА ОБРАТИМОСТИ НАРУШЕННЫХ ФУНКЦИЙ В КЛИНИЧЕСКОЙ ТОКСИКОЛОГИИ

В клинической токсикологии под «необратимостью» *понимают ту фазу тяжелого токсического поражения организма, при которой реанимационная помощь оказывается неэффективной.* Это состояние наступает при крайнем нарушении обменных процессов в организме с развитием выраженной функциональной и морфологической недостаточности органов. Этим определяется современная «метаболическая реанимация» организма, органа и клетки как основной принцип лечения терминальных состояний при острых отравлениях.

Ведущей причиной нарушения жизнедеятельности и гибели клеток при острых отравлениях является прямое токсическое повреждение клеточных и мембранных структур. При этом возникают так называемые болезни мембран, в патогенезе которых различают три основные причины: 1 – нарушение мембран собственной фосфолипазой, которая активируется ионами кальция при тяжелой гипоксии. 2 – Развивающееся при острых отравлениях перекисное окисление, которое активизируется ионами двухвалентного железа, кислородом, хлорированными углеводородами, свободным гемоглобином. 3 – «механическое», в частности осмотическое, повреждение, например, при отравлении этиленгликолем и щавелевой кислотой. Существенна роль в повреждении мембран иммунных механизмов вследствие воздействия антител, образующихся в организме в ответ на внедрение органических соединений, вступающих в тесную связь с белками плазмы (сердечные гликозиды, барбитураты и др.)

Прямое токсическое поражение клеточных мембран и клеточного метаболизма ведет к глубоким изменениям специфических функций тканей – регулирующей (при поражении нервной системы), сократительной (при поражении миокарда), антитоксической (при поражении печени),

выделительной (при поражении почек) и др. Сочетанное нарушение указанных функций препятствует полному проявлению компенсаторных реакций, которые осуществляются, как правило, в результате усиления деятельности сопряженных с пораженным органом систем организма. В этих условиях состояние необратимости развивается быстро, что обуславливает высокую летальность при тяжелых формах отравлений именно в первые сутки, достигающую даже в последние годы 20—25% всех летальных исходов при данной патологии.

С клинической точки зрения состояние необратимости при острых отравлениях конкретно реализуется грубыми нарушениями функций мозга, сердечно-сосудистой системы, дыхания и других органов и систем, формируя "полиорганную недостаточность".

На токсикогенной стадии отравления, характеризующейся внедрением токсического вещества и его максимальной концентрацией в организме, больные умирают от резкого угнетения функции ЦНС, декомпенсации функций кровообращения и дыхания. Это подтверждается отчетливой корреляцией смертельного исхода с коматозным состоянием, торпидной фазой токсического шока, отеком легких, параличом дыхательного центра, параличом или гипертонусом дыхательной мускулатуры. С 4 – х суток после отравления на соматогенной стадии причиной смерти могут быть пневмония, токсическая гепатопатия с развитием острой печеночной недостаточности, острая почечная недостаточность, токсическая энцефалопатия, острая сердечно-сосудистая недостаточность (вторичный соматогенный коллапс).

Таким образом, смерть при острых отравлениях обусловлена сочетаниями патологических синдромов, которые непосредственно или косвенно участвуют в процессе умирания. Основная задача врача — своевременное выявление и направленное лечение ведущих патологических синдромов отравления, непосредственно влияющих на танатогенез, и профилактика их опасных сочетаний.

Для шоковых состояний химической этиологии характерны те же основные патологические сдвиги гомеостаза, что и при других видах шока, но с особенностями, обусловленными специфическим действием токсичного вещества. Например, выраженный болевой синдром и плазмопотеря при отравлениях кислотами и щелочами определяют токсический шок, подобный ожоговому. Однако при химических ожогах пищеварительного тракта часто обнаруживаются резорбтивное действие химического агента, раннее нарушение функций желудочно-кишечного тракта, в первую очередь барьерной, и другие специфические факторы.

При распространенных отравлениях уксусной эссенцией в клинической картине шока могут преобладать симптомы, связанные с ацидозом, гемолизом, токсической коагулопатией, нарушением процесса перекисления липидов, и другие проявления резорбтивного эффекта, формирующие в конечном счете необратимость.

При развитии необратимости большое значение имеют нарушения барьерной функции желудочно-кишечного тракта, они вызывают бактериальный эндотоксикоз и массивное поступление в печень продуктов ожоговой деструкции тканей. Важным фактором является выделение эндотоксина грамотрицательными бактериями кишечной флоры вследствие нарушения барьерной функции кишечной стенки. Эти процессы обуславливают развитие необратимого состояния и при токсическом шоке, вызванном действием кислот и щелочей.

В патогенезе шоковых состояний при отравлении снотворными и другими психофармакологическими средствами большую роль играет угнетение окислительного фосфорилирования в митохондриях с разобщением процессов окисления и синтеза АТФ. Весьма вероятно, что этот механизм лежит в основе необратимости при данной патологии. При использовании современных методов ускоренного очищения организма развивается вторичная гипоксия, когда потребность "освобожденного" от этих ядов мозга в кислороде не

соответствует возможностям нарушенной микроциркуляции. Появление диссеминированных очагов некроза в ЦНС определяет состояние необратимости.

Изменения функции внутриклеточных ферментов и структурных белков могут стать причиной органной необратимости при отравлениях соединениями тяжелых металлов и мышьяка. Особенно страдают паренхиматозные органы, чаще почки, они включаются в развитие необратимости нарастанием эндогенной азотемической интоксикации. Необратимое токсическое поражение клеток печени характерно для тяжелых отравлений хлорированными углеводородами, в частности четыреххлористым углеродом.

Экзотоксический шок часто сопровождается поражением легких, которое на более поздней соматогенной стадии может привести к необратимости при развитии распространенной пневмонии и дыхательной недостаточности. Более 60% всех случаев смерти больных с различными видами острых отравлений на 3-и сутки и в последующем связано с пневмонией. Пневмония начинается на ранней токсикогенной стадии тяжелых отравлений как проявление синдрома "шокового легкого", в основе которого лежат нарушения микроциркуляции. Вторым по значению общим патологическим синдромом, участвующим в развитии необратимости нарушений жизненно важных функций организма при острых отравлениях, является эндогенный токсикоз.

В последние годы многочисленными исследованиями показано, что при тяжелых патологических состояниях, сопровождающихся выраженной гипоксией и нарушениями метаболических функций клеток, развивается неспецифический процесс нарастающей белковой деградации (катаболизма) в результате усиления протеолиза, направленного на получение набора аминокислот для регенерации тканей. При этом освобождается значительное количество олигопептидов среднемoleкулярной массы (средних молекул). Многие из них биологически активны, выступают в роли пептидных биорегуляторов и повышение их концентрации в крови становится не менее

опасным, чем экзогенных ксенобиотиков. Возможно образование "порочного круга", свойственного многим саногенетическим реакциям, когда углубление процесса гипоксии увеличивает образование "средних молекул", участвующих в его развитии.

По нашим данным [Лужников Е. А. и др., 1989], повышение концентрации средних молекул наблюдается уже на ранней токсикогенной стадии тяжелых форм острых отравлений, что приводит к появлению эндотоксикоза, способствующего созданию "полиорганной недостаточности".

Одним из реальных путей профилактики и лечения эндотоккоза является раннее применение методов искусственной детоксикации в сочетании с физиогемотерапией (ЛГТ, УФГТ, МГТ) и химиогемотерапией гипохлоритом натрия. Таким образом, началом формирования необратимости во многих органах и системах организма при острых отравлениях становятся экзотоксический шок и эндотоксикоз, формирующие полиорганную недостаточность". Современная детоксикация и коррекция патологических нарушений в организме при экзотоксическом шоке и эндотоксикозе остаются основным путем профилактики необратимости при острых отравлениях. Рекомендуются следующие (основные) лечебные мероприятия по профилактике и лечению этого состояния.

1. Мероприятия, направленные на восстановление центральной и регионарной гемодинамики, микроциркуляции и клеточного метаболизма. Это прежде всего восстановление объема циркулирующей крови, сердечного выброса и нормального уровня центрального венозного и артериального давления, коррекция сдвигов КОС и реологических нарушений.

2. Восстановление и поддержание адекватного внешнего дыхания (интубация, трахеостомия, ИВЛ, оксигенотерапия, дегидротация, гепаринотерапия, антибиотикотерапия, иммуностимуляция).

3. Сохранение жизнеспособности ЦНС при гипоксии и токсическом отеке (краниоцеребральная гипотермия, ГБО, люмбальная пункция, ГОМК, миорелаксанты, транквилизаторы).

4. Восстановление и поддержание функции печени и почек (инфузионная терапия, гемосорбция, гемодиафильтрация и др.).

5. Применение противоядий (антидотов).

Непрерывным условием эффективности всех указанных выше лечебных мероприятий является успешное проведение в ранней токсикогенной стадии острых отравлений мероприятий по ускоренному очищению организма от токсичного вещества.

Таким образом, для предотвращения необратимого состояния при тяжелых экзогенных интоксикациях необходимо комплексное лечение (этиотропное и патогенетическое). Эффективность комплексного лечения заметно повышается при его применении в первые часы токсикогенной стадии.

Требуется большая осторожность при определении состояния необратимости в клинической практике. При терминальных состояниях невозможно определить, развилась необратимость или нет. Достоверных тестов необратимости на организменном уровне нет, а современное комплексное лечение в ряде случаев позволяет выводить больного из состояния, которое на первый взгляд кажется необратимым.

III. ОСОБЕННОСТИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ОТРАВЛЕНИЯ

Особенности реанимации при тяжелых острых отравлениях заключаются в одновременном проведении искусственной детоксикации и неспецифической интенсивной терапии, направленной на поддержание функций того органа или системы организма, которые преимущественно поражаются данным токсичным веществом в связи с его "избирательной токсичностью".

На токсикогенной стадии острых отравлений наибольшее значение имеет ранняя детоксикация (форсированный диурез, методы диализа, сорбции, антидотная терапия) как этиотропное лечение, наиболее эффективное при учете токсико-кинетических особенностей яда. Однако для ее успешного осуществления необходима энергичная комплексная терапия экзотоксического шока.

На соматогенной стадии острых отравлений преимущественное значение приобретает неспецифическая интенсивная терапия, направленная на коррекцию развившихся нарушений гомеостаза, которая оказывается более эффективной при учете токсико-динамических особенностей токсичного вещества, вызвавшего отравление. Больше место занимают искусственная детоксикация, борьба с эндогенным токсикозом вследствие нарушения функции печени, почек, тяжелой гипоксии и инфекционных осложнений (пневмония, сепсис).

Следует учитывать, что в процессе химической травмы всегда обнаруживается сочетание саногенетических и патогенетических реакций, которые на различных этапах отравления могут значительно изменять свое содержание. Например, централизация кровообращения или гипокоагуляция и фибринолиз уже на ранней токсикогенной стадии часто становятся патогенетическими и требуют неотложного корригирующего лечения.

Если содержание и эффективность проводимой симптоматической терапии во многом зависят от квалификации врача в области общей

реаниматологии, то выбор и эффективность способов детоксикации полностью определяются токсикологической подготовкой врача и возможностями специализированного токсикологического отделения.

IV. ОСОБЕННОСТИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Особенности реанимации и интенсивной терапии у детей связаны с количественными и качественными различиями организмов взрослого и ребенка. Для раннего детского возраста характерны особенности метаболических процессов, в частности водно-солевого обмена, повышенная проницаемость мембран, в частности гематоэнцефалического барьера и эндотелия кровеносных сосудов, особая нервная и гуморальная регуляция функций сердечно-сосудистой системы и выделительных органов (печень, почки).

Мнение о несовершенстве детского организма и его низкой толерантности к ядам как причине более тяжелого клинического течения отравлений у детей принципиально неправильно.

Хорошо известна повышенная толерантность организма в раннем неонатальном периоде к многим ядам, возбуждающим ЦНС (стрихнин) или приобретающим токсичность в результате летального синтеза из-за недостаточного развития некоторых ферментных систем (фосфорорганические вещества, метиловый спирт, этиленгликоль и др.). Почечный клиренс выше у детей для большинства водорастворимых ядов. Вместе с тем особенности течения отравлений у детей обусловлены рядом причин.

Во-первых, более 80% всех отравлений в детском возрасте вызвано лекарствами психотропного действия, угнетающими вегетативные функции ЦНС, толерантность к которым у детей раннего возраста заметно снижена. Дети лишены специфической и неспецифической толерантности к ядам наркотического действия (барбитураты, алкоголь, наркотики и др.), в связи с чем клиническая картина отравления с преобладанием оглушенности и комы развивается значительно быстрее.

Во-вторых, отравления у детей бывают чаще случайными, как правило, замечаются родителями, доза принятого внутрь яда меньше. Госпитализация

не задерживается.

В-третьих, у детей сильнее соматогенные реакции на химическую травму вследствие повышенной реактивности детского организма и более быстрого развития осложнений, например синдрома эндогенной катехоламиновой интоксикации.

Лечебные мероприятия у детей не имеют принципиальных отличий от комплексного метода борьбы с отравлениями. Основное внимание должно быть направлено на возможно более быстрое и эффективное удаление яда из организма с помощью очищения желудочно-кишечного тракта и искусственной детоксикации (гемо- и перитонеальный диализ, гемосорбция, операция замещения крови).

В связи с анатомо-физиологическими особенностями у маленьких детей предпочтение отдается операции замещения крови как наиболее доступному и достаточно эффективному способу детоксикации с обязательным переливанием плазмозаменителей (полиглюкин, гемодез) не менее 25—30% всего объема инфузии.

Специфическая терапия с помощью антидотных средств основана на общепринятых показаниях со строгим соблюдением возрастной дозировки лекарств.

Инфузионная терапия и другие симптоматические лечебные мероприятия не имеют особенностей, кроме поправок на возраст и массу тела больного. Требуется более тщательный лабораторный контроль электролитов крови и КОС при форсированном диурезе и длительной аппаратной ИВЛ.

Лечение детей с острыми отравлениями следует проводить в детских реанимационных отделениях.

V. ОСОБЕННОСТИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

В пожилом и старческом возрасте вследствие снижений' адаптационных возможностей организма клиническое течение отравлений приобретает некоторые особенности, влияющие на исход заболевания и содержание интенсивной терапии [Горин Э. Э., 1987].

Обращают на себя внимание более медленное и вялое развитие основных патологических синдромов острых отравлений, увеличение осложнений, присоединение интеркуррентных и обострение хронических заболеваний. Например, пневмония у больных пожилого и старческого возраста наблюдается в 2 раза чаще, чем у молодых, а острая сердечно-сосудистая недостаточность на соматогенной стадии отравлений (вторичный соматогенный коллапс) у пожилых развивается в 3 раза чаще. Выздоровление больных замедлено, заболевания у них чаще становятся хроническими (химические ожоги пищевода и желудка, токсическая гепато- и нефропатия).

Вместе с тем у пожилых и престарелых острые стрессовые состояния в ответ на химическую травму возникают значительно реже и в более поздние сроки. Экзотоксический шок у больных пожилого и старческого возраста развивается длительно, торпидно и волнообразно. И. И. Сахарчук, И. И. Пархотик (1975), О. В. Коркушко (1978) и другие авторы показали, что при старении ослабляются безусловные и условные влияния, обеспечивающие адаптацию сердечно-сосудистой системы. Это связано с возрастными изменениями механо- и хеморецепторов сердца и сосудов, с изменением возбудимости центральных регулирующих центров. Наряду с ослаблением нервных влияний на сердечно-сосудистую систему и снижением чувствительности механорецепторов сосудов при старении повышается чувствительность хеморецепторов к гуморальным факторам. Следовательно, с возрастом ослабляется роль более подвижных (нервных) механизмов и повышается значимость гуморальных, которые более инертны. У людей

старшего возраста замедлено развитие нарушений гомеостаза и длительно восстанавливаются нарушенные функции, что наблюдается при экзотоксическом шоке. Например, экзотоксический шок при отравлении прижигающими жидкостями в нашей клинике наблюдался только у 10,2% больных старшего возраста по сравнению с 17,6% у молодых. Особое внимание следует уделять снижению толерантности больных пожилого возраста к различным токсичным веществам, о чем свидетельствует резкое снижение значений критического и необратимого уровней токсичных веществ в крови.

Лечение больных пожилого возраста требует индивидуального подхода, в первую очередь это касается инфузионной терапии. Излишнее введение жидкости весьма опасно в связи с развитием гипергидратации и отека легких, полостных и периферических отеков и других признаков недостаточности кровообращения. Это вызвано снижением компенсаторных возможностей миокарда, фильтрационной способности др. Повышение центрального венозного давления до 105 – 110 мм вод.ст. у людей пожилого возраста служит признаком гипергидратации. Необходим тщательный контроль основных показателей центральной и периферической гемодинамики, КОС и осмотического состояния, содержания основных электролитов в плазме, почасового диуреза и массы тела больных.

Инфузия лекарственных препаратов в первые 2—3 ч после отравления проводится со скоростью 5—6 мл/мин, затем при возрастании диуреза и снижении центрального венозного давления ее можно увеличить до 15—20 мл/мин с таким расчетом, чтобы центральное венозное давление оставалось на уровне 80—90 мм вод.ст.

При выборе диуретиков предпочтение отдается фуросемиду, который вводят по 50—80 мг через час 3—4 раза, что позволяет сохранить стабильный почасовой диурез (300—500 мл) и удовлетворительный суточный (4—5 л). В раствор электролитов необходимо добавлять 20 мл панангина или аспаркама в

сочетании с сердечными гликозидами (0,5 мл 0,05% раствора строфангина К) 2—3 раза в сутки, что позволит избежать сердечной недостаточности.

Из методов внепочечного очищения организма у пожилых больных наиболее приемлем кишечный лаваж и перитонеальный диализ, который не вызывает заметных нарушений гемодинамики при технически правильном выполнении.

Объем одновременно вводимого в брюшную полость диализирующего раствора не должен превышать 1,5 л, а больным в коматозном состоянии на все время операции необходима аппаратная ИВЛ. Задержку жидкости в брюшной полости предотвращают повышением содержания глюкозы (на 20—30%) в диализирующей жидкости.

Все другие методы искусственной детоксикации применяются как методы выбора при значительно меньшей (приблизительно в 10 раз) концентрации ядов в крови.

Симптоматическая лекарственная терапия у пожилых больных требует особой осторожности и учета индивидуальной переносимости.

VI. РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ

Острые экзогенные отравления, как правило, возникают вследствие несчастного случая в быту.

Пострадавшим с острым отравлением больничный лист выдается с первого дня временной нетрудоспособности с диагнозом "заболевание". О производственном отравлении сразу извещают местные органы Государственного санэпиднадзора. На основании Закона "О медицинском страховании граждан Российской Федерации" и нормативно-распорядительных документов местных органов здравоохранения больному с острым отравлением необходимо в трехдневный срок с момента поступления в стационар предоставить лечащему врачу полис обязательного медицинского страхования, копия которого остается в истории болезни, или свои паспортные данные. сведения о состоянии алкогольного или наркотического опьянения и его степени детально фиксируются в стационарной истории болезни или амбулаторной карте. Алкогольное опьянение врач констатирует на основании клинических проявлений и органолептических данных.

Для объективного подтверждения употребления алкоголя и наркотиков необходимо определять их концентрацию в крови, моче. При невозможности лабораторной диагностики и конфликтной ситуации для установления приема алкоголя и наркотиков врач представляет пациента заведующему отделением или другим сотрудникам.

Сроки временной нетрудоспособности при различных экзогенных отравлениях зависят от вида и тяжести интоксикации, течения заболевания, сроков обращения за специализированной помощью, возникших осложнений. Большое значение имеют реактивность организма, возраст больного, сопутствующие заболевания, которые нередко отягощают основной патологический процесс. На продолжительность временной нетрудоспособности влияют профессия и условия труда. В среднем при неосложненных легких и среднетяжелых отравлениях нарушенные функции

полностью восстанавливаются в течение 10—25 сут, при тяжелых отравлениях временная нетрудоспособность может составлять 2—4 мес и более.

Как правило, больные с острыми экзогенными отравлениями находятся в стационаре до полного выздоровления, в ряде случаев показано дальнейшее амбулаторное лечение.

Одним из наиболее частых осложнений экзогенных токсикозов является острая пневмония, лечение которой обычно проводится в стационаре до выздоровления. Иногда больные выписываются с так называемыми остаточными явлениями воспалительного процесса в легочной ткани, с незначительными гематологическими нарушениями, субфебрильной температурой тела, общей астенизацией. Эти изменения и их выраженность определяют сроки последующего лечения больных в поликлинике и соответственно продолжительность временной нетрудоспособности.

В продолжении лечения в поликлинике нуждаются больные с остаточными явлениями постожогового эзофагита и гастрита.

Вопрос о трудоспособности больных психическими заболеваниями после острого отравления и лечения в стационаре решает психоневролог, исходя из установленных правил и психического статуса больных.

На особом учете должны находиться лица, совершившие повторные суицидальные попытки (чаще всего это больные с пограничными психопатологическими состояниями).

Для больных, перенесших острые отравления веществами прижигающего действия, установлена следующая продолжительность реабилитации; при легком химическом ожоге пищевода и желудка — 6 мес, при среднетяжелом — до 1 года, после тяжелого ожога — не менее 5 лет. Основой поликлинического наблюдения этих больных является эндоскопический и рентгенологический контроль, своевременно выявляющий рубцовые сужения пищевода и желудка. Формирование стриктур начинается со 2—4-го месяца после ожога и завершается спустя 1—1,5 года и более. При прогрессировании

стриктур возможен исход в облитерацию просвета пищевода к концу 2-го года после ожога. В рубцово-измененном пищеводе при хроническом эзофагите может происходить перестройка эпителиального пласта, возникают диспластические и лейкопластические изменения, которые следует рассматривать как предопухолевые, так как на их фоне через 10 лет и более после химического ожога может развиваться плоскоклеточный рак.

При токсической нефро- и гепатопатии реабилитация осуществляется в течение года и включает контроль (1 раз в 3 мес) функционального состояния печени и почек, назначение соответствующих лечебно-профилактических мероприятий.

После тяжелых отравлений фосфорорганическими инсектицидами могут долго сохраняться признаки поражения центральной и периферической нервной системы, общая астения, эмоциональная лабильность, мышечная слабость и снижение мышечного тонуса, гиперкинезы миоклонического и хореического типа, полиневриты, радикулоневриты, диэнцефальный синдром. Длительность реабилитации составляет 1—1,5 года. Проводят повторный электроэнцефалографический и электромиографический контроль, общеукрепляющее лечение, массаж и лечебную гимнастику, физиотерапию (ультрафиолетовое облучение, хвойные ванны, электрофорез).

В ближайший после тяжелого отравления фосфорорганическими инсектицидами период (6 мес) противопоказан труд со значительными физическими нагрузками.

В ряде случаев после острых отравлений снижаются профессиональные навыки, особенно в точных действиях (машинистки, сборщики мелких деталей и др.), требуется медицинское подтверждение целесообразности изменения работы.

У лиц, перенесших тяжелое отравление окисью углерода, реабилитация продолжается в течение 2 лет, поскольку нередко наблюдаются длительные и стойкие поражения периферических нервов по типу шейно-плечевого плексита

с поражением лучевого, локтевого или срединного нерва, полиневритов с вовлечением в процесс слухового, зрительного, седалищного или бедренного нерва. Возможно развитие астеновегетативного синдрома, токсической энцефалопатии, явлений корсаковского амнестического синдрома.

В период реабилитации после отравления окисью углерода больных наблюдают невропатолог, психиатр, применяются лечебная физкультура и физиотерапия.

За перенесшими острое отравление, осложненное пневмонией как и при любой пневмонии, рекомендуется наблюдение в течение 1 года после выписки из стационара.

Обследование больных включает клинический анализ крови 4 раза в год, общий анализ мочи 2 раза в год, рентгеноскопию грудной клетки 2 раза в год. Первое динамическое наблюдение при наличии остаточных явлений проводится через 2 нед, а при клиническом выздоровлении — через 1 мес со дня выписки редосцента на работу.

Мерами реабилитационного периода являются дыхательная гимнастика, лечебная физкультура, физиотерапевтические процедуры, ингаляции, УВЧ-терапия, индуктотерапия, диатермия период разрешения воспалительного процесса — электрофорез.

Эффективность реабилитации во многом определяется ее правильной организацией с соблюдением преемственности диагностических и лечебно-профилактических мероприятий на госпитальном, амбулаторно-поликлиническом, санаторно-курортном этапах.

VII. ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ

Особое значение при лечении больных с острыми отравлениями приобретает врачебная деонтология, представляющая собой единую систему поведения медицинского персонала.

В основе суицидальных попыток, как правило, лежат конфликтные, психотравмирующие ситуации, семейно-бытовые обстоятельства. Многие больные с отравлением страдают психическими заболеваниями, пограничной психической патологией, неврозами или тяжелыми соматическими заболеваниями

Отравление само по себе является сильным психогенным фактором (страх смерти, переживания, связанные с возможными последствиями, осложнениями, чувство неловкости за совершенный поступок и др.).

В отделениях лечения острых отравлений требуются особый, индивидуальный подход к каждому больному, благожелательное, сочувственное отношение, атмосфера, щадящая психику больного. Очень важно соблюдение этических норм взаимоотношений больного и медиков, в первую очередь врача.

Тактика врача должна строиться в зависимости от характера больного, уровня его культуры, тяжести заболевания; врач устанавливает с больным контакт и применяет индивидуальные меры воздействия, постоянно используя психотерапию.

Психотерапевтические мероприятия включают регулярные разъяснительные беседы, отвлечение, включение в посильную полезную деятельность, т. е. все то, что способствует вытеснению отрицательных психогенных факторов, налаживанию нарушенных межличностных отношений, социальных контактов. В беседах следует избегать неприятных, травмирующих больного тем.

При умелом, тактичном поведении врача психотерапия позволяет выработать совместно с больным жизненные установки, вселить в него веру в свои силы, в разрешимость конфликтной ситуации, послужившей поводом к отравлению.

В обязанности среднего медицинского персонала входит внимательное наблюдение за поведением больных. Отношение медицинского персонала к больным должно быть приветливым, заботливым, при этом нужно обладать достаточной выдержкой и находчивостью, уметь сохранять спокойствие и самообладание.

Отношения с родственниками больного представляют иногда большие трудности. Лечащий врач обязательно беседует с родственниками, получает от них анамнестические сведения, информирует их о состоянии больного. Вместе с тем врач должен оказывать психологическое воздействие на родственников, если вмешательство может неблагоприятно влиять на состояние больного, повредить ему.

Истинное положение больного сообщается только самым близким родственникам, которым доверяет сам больной.

Средний и младший медицинский персонал не имеет права давать информацию ни больному, ни родственникам больного, передавать непосредственно больным письма или записки.

С содержанием корреспонденции больного должен знакомиться врач. Эта мера предосторожности, с одной стороны, предохраняет больного от травмирующей информации, с другой — исключает превратное толкование поведения больного, помогает врачу составить более полное представление о его истинных переживаниях и настроении.

VIII. ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ ЭКЗОГЕННЫХ ОТРАВЛЕНИЙ

Профилактика острых экзогенных отравлений химической этиологии предполагает в первую очередь активную санитарно-просветительную работу среди населения и усиление работы психиатрической и наркологической служб по профилактике суицидальных действий, по борьбе с хроническим алкоголизмом и бытовым пьянством. Большое значение имеет строгое соблюдение санитарно-гигиенических правил применения и хранения химических веществ на производстве и в быту. Профилактике острых отравлений способствует широкая разъяснительная работа об опасности самолечения. Аптечная сеть должна строго соблюдать правила отпуска лекарственных препаратов. В стационарах для предупреждения повторных суицидальных попыток медицинская сестра обязана выдавать больному только разовую дозу медикаментов, которую больной принимает в ее присутствии.

Профилактика производственных отравлений — одна из важнейших задач на промышленных предприятиях. При разработке технологии предпочтение должно отдаваться непрерывным замкнутым циклам, автоматизированным и механизированным процессам с дистанционным управлением без ручных операций. Необходимы постоянный поиск менее токсичных веществ и замена ими ядовитых продуктов, введение строгой стандартизации сырья.

IX. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключении необходимо отметить, что острые отравления – самостоятельная область медицины. Она требует не только специальных методов активной терапии, но и своих собственных подходов к реабилитации и ведению больных. Пациенты с острыми отравлениями – особый контингент, требующий привлечения к их лечению не только реаниматологов, хирургов, токсикологов, но и психиатров. Чуткое и заботливое отношение к больным с острыми отравлениями способствуют не только значительному сокращению сроков их лечения и реабилитации. Но и являются хорошей профилактикой рецидивов острых отравлений.

Профилактика острых отравлений – один из важнейших аспектов работы врача токсиколога, особенно в ВС. Грамотно организованная работа с населением, с личным воинских коллективов, с привлечением средств массовой информации в значительной степени способствует сокращению случаев острых отравлений.