

УДК 616.89-008.441.13-099:616-083.98

ГОЛДОВСКИЙ Б.М.<sup>1</sup>, ПОТАЛОВ С.А.<sup>1</sup>, КОРОГОД С.Н.<sup>1</sup>,  
СЕРИКОВ К.В.<sup>1</sup>, СИДЬ Е.В.<sup>1</sup>, АЛЕКСЕЕНКО Ю.П.<sup>2</sup><sup>1</sup>ГУ «Запорожская медицинская академия  
последипломного образования МЗ Украины»<sup>2</sup>КУ «Запорожская городская многопрофильная  
клиническая больница № 9»**ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ  
И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ЭКЗОГЕННОЙ  
ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ  
СУРРОГАТАМИ АЛКОГОЛЯ**

**Цель:** уменьшение летальности и улучшение результатов лечения больных с отравлениями суррогатами алкоголя.

**Материалы и методы.** Нами проанализированы результаты лечения 165 больных в возрасте от 23 до 68 лет, находившихся на лечении в отделении анестезиологии с палатами интенсивной терапии (ОАсПИТ) КУ «Запорожская городская многопрофильная клиническая больница № 9» по поводу отравлений суррогатами алкоголя, из них мужчин было 142 (86,1 %), женщин — 23 (13,9 %).

Неотложная медицинская помощь и интенсивная терапия оказывались 95 больным с отравлениями суррогатами алкоголя, летальность составила 21,1 %. В 2014 году интенсивная терапия осуществлялась 70 больным согласно клиническим протоколам оказания медицинской помощи больным с острыми отравлениями (МКБ-10: «Токсическое воздействие алкоголя» от 3.07.2006, № 435), летальность составила 17,1 %.

**Результаты и их обсуждение.** Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе проводилась согласно клиническим протоколам оказания медицинской помощи больным с острыми отравлениями (МКБ-10: «Токсическое воздействие алкоголя» от 3.07.2006, № 435).

На догоспитальном этапе лечение пострадавших с отравлением алкоголем и его суррогатами начиналось с профилактики острой дыхательной недостаточности, которая включала санацию ротоглотки, дренирование мокроты из верхних дыхательных путей, введение воздуховода.

Всем больным катетеризировали периферическую вену и начинали инфузионную терапию растворами 0,9% натрия хлорида, Рингера, 6% рефортана или 6% стабизола в объеме 1,5–2,0 л. Стимуляцию диуреза проводили 1% раствором фуросемида 2–4 мл внутримышечно (в/м) или внутривенно (в/в). В целях коррекции ацидоза в/в вводили 4,2% раствор гидрокарбоната натрия в объеме 100 мл.

В ОАсПИТ повторно промывали желудок теплой водой (18–20 °С) порциями 200–500 мл, с последующим введением энтеросорбентов и слабительных средств. При признаках прогрессирующей дыхательной недостаточности производили интубацию трахеи с последующей искусственной вентиляцией легких в режиме нормовентиляции.

Для выведения алкоголя и его суррогатов, которые всосались в желудочно-кишечном тракте, проводили форсированный диурез с предшествующей водной нагрузкой растворами кристаллоидов и коллоидов, катетеризацией центральной вены и соблюдением правила «5–2».

Правило «5–2» (Козинец Г.И., Бирюкова Я.С., Горбунова Н.А., Дорожко И.Г., Загреков И.А., Климанский В.А., Куликов С.А., Петров М.М., Тимохов В.С., Точенов А.В., 1997): при нормальном уровне центрального венозного давления (ЦВД) 8–14 см вод.ст. проводится инфузионная нагрузка 200 мл 0,9% NaCl в течение 10 минут (при ЦВД 14 см вод.ст. нагрузка проводится объемом 50 мл): 1) если ЦВД поднимается выше чем на 5 см вод.ст., инфузия приостанавливается; 2) если ЦВД повышается в пределах от 2 до 5 см вод.ст., проводится 10-минутное наблюдение: 2.1) если уровень ЦВД остается повышенным в пределах 2–5 см вод.ст., инфузионная терапия приостанавливается в условиях мониторингового контроля; 2.2) если ЦВД превышает исходный уровень не более чем на 2 см вод.ст., повторно вводится 200 мл 0,9% NaCl с дальнейшим контролем ЦВД, пока сохраняется необходимость в проведении инфузионной терапии.

Форсированный диурез осуществляли введением 1% фуросемида 4–6 мл, 30% мочевины или 15% маннитола 1–1,5 г/кг с предшествующей установкой больным мочевого катетера и инфузионной терапией растворами кристаллоидов и коллоидов соответственно диурезу.

Для ускорения окисления этанола применяли 5% раствор глюкозы 400–800 мл, 5% раствор В<sub>1</sub> 4–6 мл, 5% раствор В<sub>6</sub> 4–6 мл, 10% раствор витаминов С до 10–20 мл.

Метаболическая терапия дополнялась в/в капельным введением 5% раствора мексидола 4,0–8,0 мл (в 400 мл 0,9% NaCl), 10% раствором пикамилона 4,0–6,0 мл (в 400 мл 0,9% NaCl), 0,1% раствором L-лизина эсцината 5,0–10,0 мл (в 200–400 мл 0,9% NaCl).

С целью коррекции токсической полинейропатии внутривенно капельно вводили берлитион по 300 мг (в 400 мл 0,9% NaCl) до 2 раз в сутки. При тошноте или рвоте применялся метоклопрамид по 2 мл до 3 раз в сутки в/м или в/в.

При показаниях к проведению острого гемодиализа больных транспортировали в отделение искусственной почки.

**Выводы.** 1. Неотложные мероприятия на догоспитальном этапе направлены на предупреждение дальнейшего всасывания алкоголя и его суррогатов в организме пострадавшего.

2. На госпитальном этапе интенсивная терапия направлена на скорейшее выведение алкоголя и его суррогатов из организма больного, а также коррекцию жизненно важных функций организма.

3. Проводимые комплексы лечебных мероприятий позволили снизить летальность в 2014 году на 4 % по сравнению с 2013 годом.