**НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ**

Общие принципы оказания неотложной помощи при острых отравлениях. Неотложная помощь при острых экзогенных отравлениях направлена на активную детоксикацию, т.е. форсированное выведение токсичных веществ (ТВ) из организма человека. Когда можно применить антидоты, их назначают безотлагательно. Комплекс лечебных мероприятий осуществляют для того, чтобы изменить метаболизм ТВ с целью уменьшения их повреждающего действия на организм. Основная задача симптоматической терапии — поддержание функции органа или системы, которые более всего пострадали от ТВ.

При осмотре пострадавшего необходимо установить причину отравления, вид ТВ, его количество и путь поступления в организм, по возможности узнать время отравления. Эту информацию бригада скорой помощи должна передать врачам больницы, куда поступает больной с острым отравлением.

Проникновение ТВ в организм возможно через рот (пероральное отравление), дыхательные пути (ингаляционное отравление), кожные покровы (перкутанное отравление), после инъекций токсической дозы лекарственных средств (ЛС; инъекционное отравление) или при введении ТВ в различные полости — прямую кишку, влагалище, мочевой пузырь, наружный слуховой проход.

Диагностика острых отравлений. При ведении больных с острым отравлением следует пользоваться справочной литературой. Наиболее полно база данных по отравлениям представлена в монографии Е.А. Лужникова «Неотложная помощь при отравлениях», 2002 г. Можно связаться по телефону и проконсультироваться с центром отравления Института скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. В англоязычной электронной версии эта информация представлена — http://www.spib.axl.co.uk/; на этом сайте можно найти информацию о рутинной диагностике, методах лечения и ведения пострадавшего. Клиническая картина при острых отравлениях отличается большим многообразием. Необходимо оценить на этапе первичного осмотра больного те проявления сложной картины отравления, которые свидетельствуют об угрожающих жизни осложнениях.

Дыхательная недостаточность развивается часто у больных в бессознательном состоянии. Необходимо оказать немедленную помощь при обструкции верхних дыхательных путей. Полость рта с помощью пальца и тампона освобождают от рвотных масс и скопившейся слизи, зубные протезы удаляют. Язык вытягивают вперед и фиксируют языкодержателем, нижнюю челюсть выдвигают кпереди, голову поворачивают на бок и слегка запрокидывают кзади. Все эти мероприятия позволяют предотвратить развитие асфиксии и последующей аспирационной пневмонии. Если рвотные массы аспирировались, то в условиях стационара необходимо провести санационную трахеобронхоскопию. Многие ТВ угнетают дыхательный центр. Таким больным показана респираторная поддержка: дыхание рот в рот, с помощью мешка Амбу; в более тяжелых случаях показана искусственная вентиляция легких (ИВЛ). Ингаляции кислородом не обеспечивают адекватной вентиляции. Однако при отравлении угарным газом (СО) назначают чистый кислород. Стимуляторы дыхания можно назначать только при легких отравлениях СО. При средней тяжести и тяжелых отравлениях стимуляторы дыхания противопоказаны!

Токсический отек легких возникает при ожогах верхних дыхательных путей, вызванных парами хлора, аммиака, крепких кислот, а также при отравлениях фосгеном и окислами азота. При токсическом отеке легких вводят в/в 30—60 мг преднизолона на 20 мл 40% р-ра глюкозы (при необходимости повторить), 100—150 мл 30% р-ра мочевины или 80—100 мг лазикса, ингалируют кислород со скоростью 2—4 л/мин. Дополнительно назначают ингаляционно в виде аэроз. b2-адреномиметики (1—2 дозы сальбутамола) или м-холиноблокатор (2—4 дозы атровента); предпочтительно эти препараты вводить через небулайзер. Острая пневмония — наиболее распространенная причина поздних дыхательных осложнений при отравлениях, особенно у больных, находившихся в коме или с ожогами верхних дыхательных путей. В связи с этим при всех тяжелых отравлениях с нарушением внешнего дыхания необходимо раннее назначение антибиотиков (например, ежедневное в/м введение ампициллина в дозе 4 г и более). Особая форма нарушений дыхания при острых отравлениях — гемическая гипоксия из-за гемолиза, метгемоглобинемии, карбоксигемоглобинемии; выделяют также тканевую гипоксию вследствие блокады дыхательных ферментов тканей при отравлении цианидами. Большое значение в лечении данной патологии имеет оксигенобаротерапия и назначение антидотов.

Артериальная гипотензия — достаточно частое проявление тяжелого отравления; она обусловлена угнетением ТВ центральных структур, регулирующих АД. При систолическом АД ниже 70 мм рт.ст. могут произойти необратимые изменения в структурах головного мозга или развиться тубулярный некроз почек. Пострадавшего следует транспортировать на носилках, головной конец которых несколько приспустить, обеспечить постоянную ингаляцию кислородом и наладить в/в введение р-ров. На этом этапе оказания помощи больному не рекомендуется назначать вазопрессорные средства. Повышение АД носит транзиторный характер, если ТВ оказались кокаин, фенциклидин, амфетамин, т.е. вещества с симпатомиметической активностью. Особого внимания заслуживает экзотоксический шок, который проявляется резким падением АД, бледностью кожи, тахикардией и тахипноэ. Гемодинамические параметры характеризуются уменьшением объема циркулирующей крови (ОЦК) и плазмы (ОЦП), снижением центрального венозного давления (ЦВД), ударного объема (УО) и сердечного выброса (СВ), что свидетельствует о развитии гиповолемии. В подобных случаях необходима активная инфузионная терапия: в/в капельно вводят плазмозамещающие р-ры (полиглюкин, реополиглюкин и др.) и р-ры глюкозы (10—15%) до нормализации гемодинамических параметров (иногда до 10—15 л/сут); одновременно с инфузионной терапией назначают глюкокортикоиды (ГК; в/в преднизолон до 60—90 мг/сут), а также добутамин, допамин и др. Для борьбы с метаболическим ацидозом в/в капельно вводят 300—400 мл 4% р-ра натрия гидрокарбоната.

Трициклические антидепрессанты (ТЦА) в токсических дозах часто вызывают блокады сердца. Аритмии могут возникать из-за гипоксии или ацидоза. Желудочковые аритмии часто сопровождаются артериальной гипотензией и требуют назначения лидокаина даже на этапе транспортировки пострадавшего (см. гл. 2). Суправентрикулярные тахикардии редко бывают опасными для жизни больного; их лечение обычно проводят в стационаре.

Температурная реакция при отравлении ТВ. Гипотермию можно наблюдать у пострадавших любого возраста; чаще она развивается при коме, вызванной приемом высоких доз барбитуратов или фенотиазинов. При транспортировке больного рекомендуется тепло укутать. Гипертермия развивается у пострадавших после приема стимуляторов ЦНС. У детей и пожилых людей возможно повышение температуры тела после приема ЛС с м-холиноблокирующими свойствами даже в терапевтических дозах. Рекомендуется больного освободить от лишней одежды. Применяют охлажденную воду (лед применять нельзя), которую в мешочках располагают на голове, шее и в паховой области. Больных с острым отравлением, у которых выявляют нарушения регуляции температуры тела (гипотермия, гипертермия), необходимо транспортировать в больницу.

Психоневрологические расстройства возникают вследствие сочетанного прямого токсического влияния на различные структуры центральной и периферической нервной системы (экзогенный токсикоз), а также косвенного воздействия, обусловленного поражением других органов и систем, в первую очередь печени и почек (эндогенный токсикоз). При острых отравлениях наиболее тяжелыми психоневрологическими расстройствами являются острый интоксикационный психоз и токсическая кома. Если для лечения токсической комы необходимо проведение строго дифференцированных мероприятий, то купирование психоза независимо от вида отравления достигается назначением нейролептиков (аминазин, галоперидол и др.).

Судорожный синдром. При судорожных состояниях и токсическом отеке мозга (отравление СО, барбитуратами, этиленгликолем) возможно развитие гипертермии (дифференцировать от лихорадочных состояний при пневмонии). В этих случаях необходимы краниоцеребральная гипотермия, повторные спинномозговые пункции; в/м вводят литическую смесь следующего состава: 1 мл 2,5% р-ра аминазина, 2 мл 2,5% р-ра дипразина (пипольфена) и 2 мл 50% р-ра анальгина.

Одиночные и непродолжительные по времени судороги не требуют специальных методов лечения. Однако если их интенсивность нарастает и они становятся частыми, то рекомендуется ввести диазепам в/в медленно в дозе до 10 мг. Не рекомендуется диазепам вводить в/м.

Поражение почек (токсическая нефропатия) возникает при отравлениях нефротоксичными ядами (антифриз, сулема, дихлорэтан, четыреххлористый углерод и др.), гемолитическими ядами (уксусная эссенция, медный купорос), при глубоких трофических нарушениях с миоглобинурией (миоренальный синдром), а также при длительном токсическом шоке на фоне других отравлений. Следует уделять особое внимание профилактике возможного развития острой почечной недостаточности (ОПН).

Гемодиализ (ГД) в раннем периоде острых отравлений нефротоксичными ядами позволяет выводить эти вещества из организма и предупреждать ОПН. При отравлениях гемолитическими ядами и миоглобинурии хороший эффект дает коррекция метаболического ацидоза (в/в вводят натрия гидрокарбонат), одновременно проводят форсированный диурез (ФД). Консервативное лечение ОПН проводят под ежедневным контролем электролитного состава крови, содержания мочевины, креатинина в крови и рентгенологическим контролем отека легких. В комплекс лечебных мероприятий рекомендуют включать паранефральную новокаиновую блокаду, в/в капельное введение глюкозоновокаиновой смеси (300 мл 10% р-ра глюкозы, 30 мл 2% р-ра новокаина), а также в/в введение 300 мл 4% р-ра натрия гидрокарбоната. Показания к ГД: устойчивая гиперкалиемия, высокий уровень креатинина (более 600 мкмоль/л) в крови, анасарка.

Поражение печени (токсическая гепатопатия) развивается при острых отравлениях «печеночными ядами» — дихлорэтаном, четыреххлористым углеродом, некоторыми растительными ядами (мужской папоротник, грибы) и ЛС (парацетамол). Клинические проявления: болезненная и увеличенная печень, желтуха. В клинической картине при острой печеночной недостаточности появляются признаки энцефалопатии: сильное беспокойство, бред, сменяющийся сонливостью, апатией, коматозным состоянием (гепатаргия). Возможны явления геморрагического диатеза: носовое кровотечение, кровоизлияния в конъюнктиву и склеры, а также в кожу и слизистые оболочки. При острых отравлениях поражение печени обычно сочетается с нарушением функции почек (печеночно-почечная недостаточность).

При неотложной терапии назначают витамины: в/в 2 мл 5% р-ра витамина В6, 2 мл 2,5% р-ра никотинамида, 100 мкг цианокобаламина (витамин В12). Рекомендуется в/в введение ацетилцистеина (140 мг/кг в 200 мл 5% р-ра глюкозы) и унитиола (до 40 мл/сут 5% р-ра), внутрь назначают гептрал, эссенциале и др. Вводят 10% р-р глюкозы (в/в капельно) в объеме 750 мл 2 раза/сут и п/к инсулин по 16—20 ЕД/сут. Эффективными методами лечения острой печеночной недостаточности являются гемосорбция, бужирование и катетеризация пупочной вены с непосредственным введением в воротную вену перечисленных выше ЛС, а также дренирование грудного лимфатического протока.