

ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЭКЗОТОКСИЧЕСКОМ ШОКЕ

Зверев В.В., Лысенко В.И., Гринишин О.П., Кабардинская Н.Д.
Харьковский институт усовершенствования врачей, Харьков

Экзотоксический шок отражает клинику острого отравления в токсикогенной фазе и характеризуется угнетением центральной нервной системы, сердечной деятельности, волевыми и газообменными нарушениями [1]. В связи с этим инфузионно-трансфузионная терапия должна быть направлена на детоксикацию, стабилизацию гемодинамики, обеспечение кислородного гомеостаза и энергетики [2, 3]. Целью нашего исследования было выявление определенных закономерностей и вариантов изменения гемодинамики под влиянием токсических агентов и определение эффективности инфузионно-трансфузионной терапии. При анализе показателей гемодинамики установлены 3 основные варианта, характеризующие различные фазы экзотоксического шока:

1. Компенсированный гиперкинетический шок с явлениями артериальной гипертензии, тахикардии, относительным гипердинамическим режимом сердечной деятельности инотропного характера, повышением ОПС и диастолического артериального давления. По существу, это начальные проявления токсикогенной фазы в связи с активацией нейроэндокринных защитных механизмов и избыточным выбросом в кровь вазоактивных гормонов. Причиной тому служили острая гипоксия (отравления СО, цианидами), химические ожоги верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта (вдыхание паров или пероральный прием кислот и щелочей).

2. Второй вариант - это гипокинетическая фаза субкомпенсированного токсического шока, обусловленная, в значительной мере, относительной или абсолютной гиповолемией и интоксикацией миокарда. При этом систолическое артериальное давление снижено до 100 мм рт.столба, наблюдается тахикардия, снижение сердечного выброса, повышение ЦВД и несколько повышенное ОПС. Проявляется токсическое воздействие на миокард (острые отравления ФОИ, окисью углерода).

3. Третий вариант - это гипокинетический декомпенсированный шок с явлениями выраженной гиповолемии и гиподинамии сердечной деятельности (снижение артериального давления, минутного объема сердца, центрального венозного давления и общего периферического сопротивления до критических величин), что наблюдалось у пациентов с ост-

рыми отравлениями дихлорэтаном, прижигающими, гемолитическими ядами и солями тяжелых металлов.

Интенсивная терапия у пациентов 1 группы включала первоначальное применение крупно- и среднемoleкулярных коллоидных растворов и кристаллоидов в течение первого часа до 1200 мл с ранним включением "титрующих" доз спазмолитиков или ганглиолитиков. После устранения вазоконстрикции инфузионная терапия кристаллоидами интенсивно продолжалась в течение суток со скоростью вливания 350 мл в час в комбинации с энергетическими и антиметаболическими средствами. По показаниям назначались салуретики, глюкокортикоиды, дофамин. Осуществлялась антидотная терапия, общие и специфические методы детоксикации.

У пациентов II группы с сердечной недостаточностью и гиповолемией на фоне проводимой инфузионной терапии (кристаллоиды, альбумин) и детоксикации, мероприятия были сосредоточены на использовании средств, улучшающих метаболизм и кровоток сердечной мышцы (глюкоза, кордарон, кордипин, рибоксин, АТФ, аскорбиновая кислота, никотинами, добутамин).

У пациентов с декомпенсированным токсическим шоком в период поступления в отделение реанимации назначался 10% раствор натрия хлорида в соотношении с декстраном-70 (1:1) из расчета 7 мл/кг массы и скоростью вливания 20 мл/мин [4], с последующим наполнением, сосудистого русла кристаллоидами, альбумином, рефортаном 10% (10-15 мл/кг), бикарбонатом натрия. Рациональное использование салуретиков, вазопрессоров (дофамин), кардиопротекторов, глюкокортикоидов и гепатотропных средств способствовало у преобладающего числа больных стабилизации показателей гемодинамики. Общий объем инфузионной терапии колебался от 6 до 14 литров в сутки, что было обусловлено возрастом, состоянием сердечно-сосудистой системы, функцией почек пострадавших. Так у пациентов пожилого и старческого возраста с кардиосклерозом объем переливаемых средств составлял не более 5 л в сутки, у больных среднего и молодого возраста - от 6 и более литров. При нарушении функции почек количество переливаемой жидкости осуществлялось методом баланса.

ЛІТЕРАТУРА

1. Голиков С.Н.(под редакцией) Неотложная помощь при острых отравлениях// М., Медицина, 1977.-С.27-43
2. Бабийчук Г.А., Аркатов В.А. и соавт. Гипотермия в лечении острых отравлений// Киев, Наукова Думка, 1990.
3. Морарь Т.Ф. Комплексное лечение нарушениями центральной гемодинамики при остром отравлении уксусной эссенцией// Автореферат дисс, канд.мед.наук.-М.1990.-21 с.
4. Насер Махмуд. Використання гіпертонічних розчинів натрію хлориду з декстрином для стабілізації розладів гемодинаміки різного генезу// Автореферат дис.канд.мед. наук.-Київ,1998.-С.19

РЕЗЮМЕ

Інфузійно-трансфузійна терапія при екзотоксичному шоку

Зверев В.В., Лисенко В.І., Гринишин О.П., Кабардинська Н.Д.

Метою нашого дослідження було виявлення певних закономірностей і варіантів зміни гемодинаміки під впливом токсичних агентів та визначення ефективності інфузійно-трансфузійної терапії. При аналізі показників гемодинаміки встановлено 3 основних варіанти, що характеризують різні фази екзотоксичного шоку, наводиться терапія, що проводилась для кожного з цих варіантів.

SUMMARY

Infusional-transfusional therapy in exotoxic shock

Zverev V.V., Lysenko V.I., Grinishin O.P., Kabardinskaya N.D.

The aim of our investigation was the discovery of the certain regularities and variants of the change of hemodynamics under the effect of toxic agents and the determination of the effectiveness of the infusional-transfusional therapy. The analysis of the hemodynamic data enabled to determine 3 main variants characterising different phases of the exotoxic shock, the therapy applied in each variant is described.