

КГПОУ «КБМК им. В.М. Крутовского»

**ДИАГНОСТИКА И ПРИНЦИПЫ
ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ
ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ
ОТРАВЛЕНИЯХ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Студент: Тарлецкая М.А., 404 группа
Преподаватель: Кулешова М.Г.

Отравление (интоксикация) — патологическое состояние, развивающееся вследствие взаимодействия живого организма и яда. В роли яда может выступать практически любое химическое соединение, способное вызвать нарушения жизненно важных функций и создать опасность для жизни и здоровья.



КЛАССИФИКАЦИЯ

По времени действия вредного вещества:

- Острые отравления- заболевания химической этиологии, развивающиеся при, как правило, однократном попадании в организм человека химических веществ в токсической дозе, способной вызвать нарушения жизненно важных функций и создать опасность для жизни и здоровья-Острые отравления имеют острое начало и выраженные специфические симптомы.
- Хронической называют интоксикацию, развивающуюся в результате продолжительного (иногда годы) действия токсиканта в малых дозах, в этих случаях заболевание начинается с неспецифических симптомов, отражающих нарушение функций преимущественно нервной системы.
- Подострая интоксикация развивается в результате непрерывного или интермиттирующего воздействия токсиканта продолжительностью до 90 сут.

По причине и месту их возникновения:

- случайные;
- преднамеренные (суицидальные, криминальные, с целью алкогольного опьянения, с целью наркотического эффекта);
- производственные;
- бытовые.

По тяжести:

- лёгкие;
- средней степени тяжести;
- тяжёлые;
- крайне тяжёлые;
- смертельные.



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

В клиническом течении отравлений различают две стадии:

- Токсикогенная стадия (действующее вещество находится в организме в дозе, при которой возникает специфический токсический эффект).
- Соматогенная стадия (наступает после удаления или разрушения токсического агента и проявляется в виде «следовых» нарушений структуры и функции органов и систем).



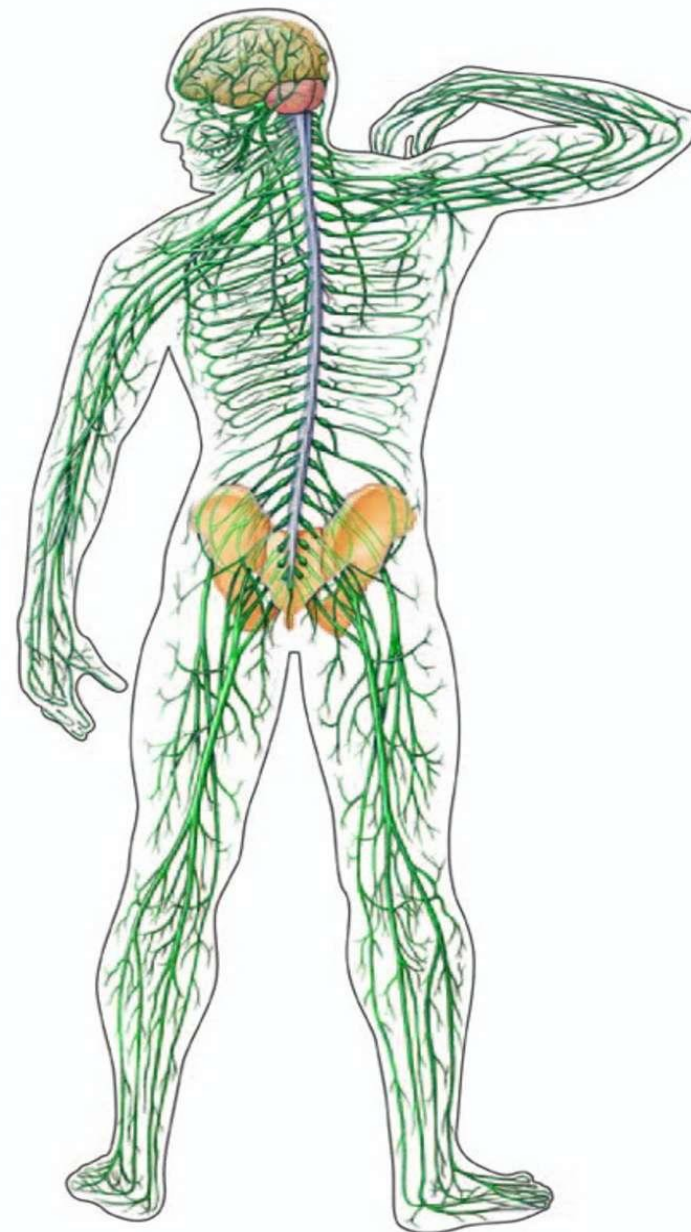
Основу диагностики острых отравлений на догоспитальном этапе составляет клиническая синдромологическая диагностика: анамнез, результаты осмотра места происшествия, выявление специфических синдромов и симптомов отравления.



Основные клинические синдромы

Синдромы поражения нервной системы (токсические энцефалопатии и neuropatii).

- Сопор, кома (для дифференциальной диагностики используют показатель величины зрачка — миоз, мидриаз).
- Психомоторное возбуждение, судорожный синдром.
- Интоксикационный психоз, делирий.
- Болевой синдром (при отравлениях прижигающими жидкостями).
- Токсические поражения периферических нервов (токсические полиневриты, неврит зрительного нерва, слухового и др.).



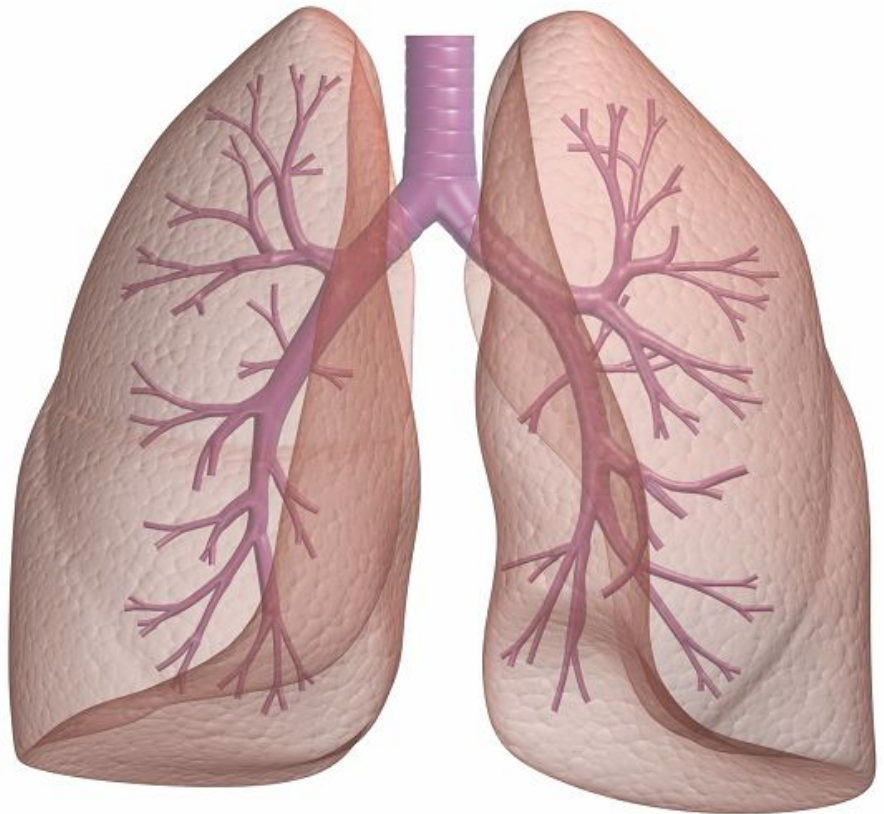
Синдромы нарушения дыхания.

Угнетение глубины и ритма вплоть до остановки (неврогенного происхождения).

Аспирационно-обтурационные нарушения (вследствие поступления рвотных масс, ожогов, задымления, бронхоспазма и бронхореи).

Токсический отёк лёгких.

Токсическая пневмония.



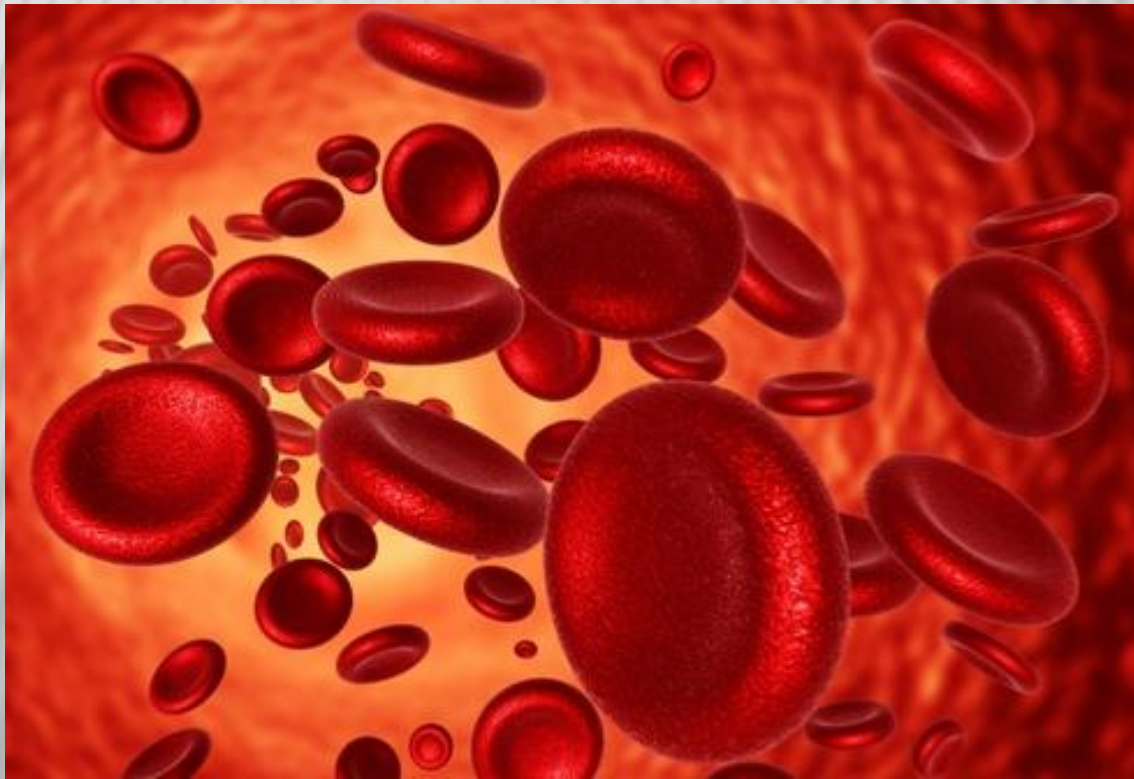
Синдромы поражения сердечно-сосудистой системы.

- Экзотоксический шок (острая сердечно-сосудистая недостаточность).
- Токсическая миокардиопатия и миокардиодистрофия (ишемические нарушения, расстройства ритма и проводимости).
- Остановка сердца.

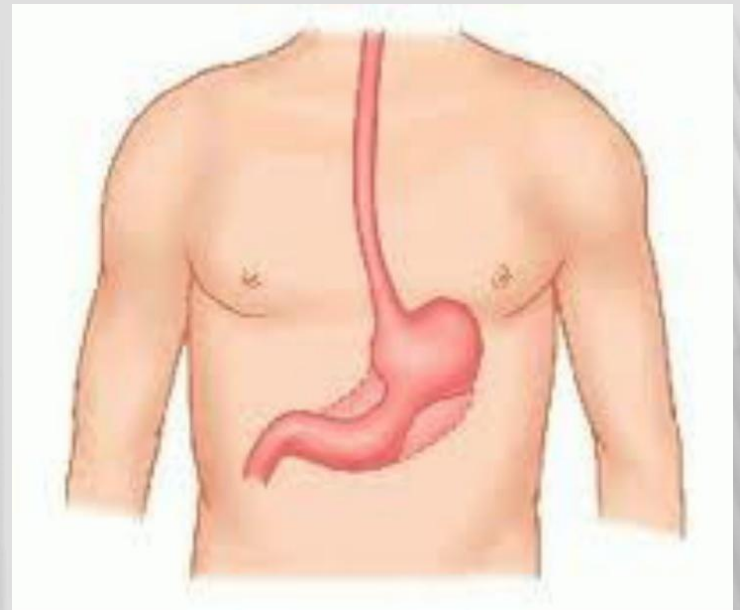


Синдромы поражения кроветворной системы (токсические анемии).

- Карбоксигемоглобинемия (отравления угарным газом).
- Метгемоглобинемия (отравления нитросоединениями).
- Гемолиз (отравления прижигающими ядами и мышьяковистым водородом).
- Венозная гипероксия (на фоне тканевой гипоксии при отравлениях цианистыми соединениями и сероводородом).



- Токсический гастроэнтерит.
- Токсическая нефропатия.
- Токсическая гепатопатия.
- Токсический дерматит и алопеция, химический ожог.



При сборе анамнеза обращают внимание на время, место отравления, основной путь поступления и количество поступившего яда. Важно выяснить наличие рвоты, дефекации, через какое время после отравления они возникли, оказывалась ли какая-либо медицинская помощь. Необходимо уточнить, имеются ли сопутствующие и ранее перенесённые заболевания, которые могут повлиять на состояние пострадавшего и лечение. К данным анамнеза следует относиться критически, особенно у больных с нарушением сознания и в случаях отравлений с целью суицида.



На месте происшествия необходимо выяснить следующую информацию.

- Причину отравления.
- По возможности вид токсического вещества, его количество и путь поступления в организм.
- Время отравления.
- Концентрацию токсического вещества в растворе или дозу ЛС, вызвавшего отравление.

Эти сведения работники скорой помощи или другие лица, оказывающие первую помощь, должны сообщить врачу стационара, в который госпитализируют больного с острым отравлением.

При диагностике острых отравлений, особенно у больных в коматозном состоянии, важны тщательный осмотр места происшествия, обнаружение вещественных доказательств отравления (посуда из-под алкогольных напитков или суррогатов, упаковка от домашних химикатов или ЛС, запах химических веществ, характер рвотных масс). ЛС и другие химические препараты должны быть направлены как вещественные доказательства вместе с больным по месту его госпитализации.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Наиболее частые дифференциально-диагностические ошибки на догоспитальном этапе возникают при дифференциальной диагностике ком в процессе постановки диагноза острого отравления. Наиболее часто приходится проводить дифференциальную диагностику острого отравления с закрытой ЧМТ, гипогликемической комой, инфекционным менингитом, острым нарушением мозгового кровообращения.



Неотложная помощь

В основе первичных и неотложных мероприятий лежит устранение нарушений, угрожающих жизни пострадавшего. Главными остаются реанимационные принципы – система ABC (Airways, Breath, Circulation). Airways – это обеспечение проходимости дыхательных путей (очищение их с помощью специальных приемов, воздуховодов, интубации трахеи). Breath включает коррекцию нарушений дыхания и респираторную поддержку (искусственную вентиляцию легких). Circulation – это коррекция нарушения кровообращения и поддержка сердечной деятельности. Основным методом восстановления кровообращения на догоспитальном этапе – наружный массаж сердца.



Нередко при отравлениях наблюдается гипотензия, которая может иметь различный генез, но последствия ее всегда катастрофичны для жизненно важных органов и систем. Раньше такое состояние называли экзотоксическим шоком. Устранить гипотензию необходимо еще на догоспитальном этапе, при этом рекомендуется применять простой алгоритм действий:

- надежный внутривенный доступ (желательно посредством катетера);
- инфузия изотонического раствора NaCl (200 мл); если получен положительный эффект, инфузию продолжают изотоническими солевыми или коллоидными (синтетическими) растворами;



- поддержка сосудистого тонуса катехоламинами – допамином (3-5 мкг) или норадреналином (0,05-0,1 мг), последний более эффективен при интоксикации трициклическими антидепрессантами (таких больных, согласно статистике, довольно много в последнее время), а также при отравлениях фенотиазинами и некоторыми другими веществами;
- при сочетании гипотензии с брадикардией применяют атропин (0,5-1 мг), такую дозу можно вводить трижды;
- при сопутствующем кардиотоксическом эффекте отравляющих веществ (например, трициклических антидепрессантов) антидотные свойства проявляет раствор бикарбоната натрия (1-2 ммоль/кг), который можно начать вводить на догоспитальном этапе.

Наиболее часто к развитию комы приводят отравления снотворными препаратами, спиртами, наркотическими веществами, а также вследствие метаболических нарушений при гипогликемии.

Именно в силу последнего обстоятельства при оказании помощи пациентам с токсико-метаболической комой в первую очередь вводят раствор глюкозы. Следует помнить, что без предварительного определения уровня гликемии крови гипертонический раствор глюкозы больным в коме применяется только в том случае, если нет ее очаговой симптоматики. Глюкозу нежелательно вводить при высоком риске церебральной ишемии, остром инсульте, тяжелой гипотензии, а также больным после сердечно-легочной реанимации. Для этих категорий пострадавших возможная польза глюкозы перекрывается ее неблагоприятным воздействием на пострадавшие нейроны ЦНС (так называемая глюкозотоксичность).

Потенциальным алкоголикам, истощенным пациентам в коме показано применение тиамина (100 мг) на догоспитальном этапе – с целью профилактики энцефалопатии.

Больным в коме с депрессией дыхания рекомендован налоксон (0,4-2 мг), наркоманам (при наличии следов инъекций и других характерных признаков) для избежания острого абстинентного синдрома первоначально вводят меньшую дозу (0,1-0,2 мг), при необходимости повторяют введение, увеличивая дозу. Налоксон вводят внутривенно, если нет доступа к периферическим венам, как это нередко бывает у инъекционных наркоманов, можно ввести препарат в интубационную трубку, внутримышечно или подкожно.

Деконтаминация токсинов

Около 90% отравлений – пероральные, поэтому очень важно удаление токсических веществ из желудочно-кишечного тракта. Промывание желудка эффективно в первые 1,5-2 часа после отравления, в тяжелых случаях – и в более поздние сроки. При этой процедуре следует уделять особое внимание защите дыхательных путей: больной должен быть в сознании или интубирован. Промывание желудка у больного в коме без предварительной интубации трахеи неминуемо приведет к аспирации желудочного содержимого, а впоследствии – к синдрому Мендельсона. Отказаться от промывания желудка на догоспитальном этапе следует при психомоторном возбуждении или риске быстрой дестабилизации общего состояния.

Применение активированного угля эффективно лишь в первый час после отравления и бесполезно при отравлениях веществами, содержащими железо, литий, алкоголь. С осторожностью следует применять активированный уголь при поражении бензином, кислотами и щелочами, так как он может вызвать тошноту и рвоту, повторное, более глубокое поражение пищевода, попадание содержимого в дыхательные пути.



Не менее важен комплекс мероприятий по очищению глаз от токсических веществ, попавших на слизистые оболочки. Глаза следует немедленно промыть водой или физиологическим раствором в течение 15-20 минут. Перед процедурой промывания необходимо закапать раствор анестетика, если боль очень выражена – ввести анагетик парентерально. Для промывания лучше всего использовать систему для внутривенного капельного введения – после раскрытия век направить струю из капельницы на поверхность конъюнктивы и роговицы. Не показано применение нейтрализующих веществ (кислот при попадании щелочей и наоборот), так как это лишь увеличит повреждение. При поражении глаз после оказания догоспитальной помощи пострадавший нуждается в срочном осмотре офтальмологом.

Такие простые и вместе с тем крайне необходимые меры позволяют спасти жизнь и здоровье многим людям, сократить срок их стационарного лечения и объем специализированной помощи, избежать в большинстве случаев инвалидизации пострадавших.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!