

ПРОТОКОЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

Президент общества — С.В.Оболенский

Ответственный секретарь — Д.М.Широков, референт — Г.Л. Котомина

499-е заседание 22.03.2006 г.

Председатель — В.А.Корячкин

Лекция

В.А.Мазурок, Т.В.Решетова, К.М.Лебединский (СПБМАПО). **Проблема психолого-педагогического и материально-технического обеспечения специальности «врач анестезиолог-реаниматолог».**

В условиях развития высоких технологий в медицине и технического переоснащения отделений важнейшей проблемой является недостаточная профессиональная подготовка, как начинающих, так и старших коллег в некоторых отдельных областях специальности. Освоение мануальных навыков молодыми специалистами в значительной степени затруднено страховыми и финансовыми взаимоотношениями между пациентами и медицинскими учреждениями.

Наряду с пробелами подготовки по специальности существуют трудности и психологического характера. Специфика профессии, определяющая необходимость быстрого принятия ответственных решений, выполнения агрессивных манипуляций, наряду с напряженностью суточного графика, работой в условиях неопределенности и перегрузки темпом определяют формирование у персонала профессиональной неудовлетворенности от своего труда, эмоционального истощения и психических отклонений, обозначаемых в литературе как синдром профессионального «выгорания».

Нереализованные ресурсы повышения качества профессиональной деятельности анестезиолога-реаниматолога заложены в оптимизации организации рабочего места и специального технического обеспечения врача: современное оборудование, доступность профессиональной информации, возможность комфортного обеда и отдыха, удобный и практичный костюм, специальные часы, калькулятор, автотручка и т. д.

Возможные пути оптимизации по указанным направлениям деятельности включают в себя введение профотбора, отказ от цикла профессиональной переподготовки, модернизация обучения в ординатуре, лекции по профессиональному «выгоранию» для анестезиологов-реаниматологов, обучение самодиагностике и самокоррекции психических отклонений, тестирование специалистов на предмет оптимизации организации рабочего места.

Ответы на вопросы. Интерактивное обучение, о котором упоминалось в лекции, заключается в том, что на кафедре анестезиологии и реаниматологии МАПО все слушатели получают полные конспекты лекций, которые им предстоит прослушать. В них содержатся основные рубрики лекций, а также изображения схем, копирование которых обычно занимает слишком много времени. Подобный

конспект значительно ускоряет усвоение, фиксацию нового материала, а в целом повышает эффективность обучения.

Целесообразными направлениями совершенствования обучения врачей-анестезиологов могут быть следующие новые подходы:

1) получение на кафедре теоретических данных, а на рабочем месте — мануальных;

2) по-видимому, необходима суммация часов, в течение которых слушатель работал, осваивал различные разделы специальности, подобно тому, как это делается на Западе.

В.А. Корячкин (председатель). Необходимо признать, что психологическое состояние анестезиологов-реаниматологов — серьезная проблема. В лекции проблема профессионального «выгорания» этих специалистов представлена очень хорошо. Особенно впечатляет то, что признаки этого синдрома имеются примерно у 60% анестезиологов-реаниматологов. Характерно, что подобная проблема существует и у работников социальной сферы (например, у учителей). Относительно мотивации, которая движет людьми, приходящими в анестезиологию, нужно отметить следующее. Некоторое время назад в США, как в настоящее время в России, анестезиология была малопривлекательной профессией. Решить эту проблему сумели быстро, увеличив заработную плату анестезиологов-реаниматологов в 2 раза. Сейчас наша профессия в США является и престижной, и привлекательной для молодых коллег, заканчивающих вузы.

Демонстрации

1. *К.М.Лебединский, Д.А.Захаров, О.В.Кулешов, В.А.Кащенко.* (СПБМАПО, ЦМСЧ №122). **Успешное лечение необычного случая абдоминального сепсиса у беременной пациентки.**

Приводится клинический случай успешного лечения и дальнейшего родоразрешения пациентки 28 лет с длительным запором, сепсисом и угрозой прерывания беременности на сроке 21–22 нед. Повторные очистительные клизмы, прием магния сульфата, форлакса и дюфалака не ликвидировали запор, и при сигмоскопии эндоскопом свободно доходил до калового завала. В связи с нарастанием болей в животе ситуация была расценена как острая кишечная непроходимость, по поводу чего больная была оперирована. Декомпрессия толстой кишки и размытие калового завала не дали стойкого эффекта, и вскоре у больной вновь выросла картина острой кишечной непроходимости и перитонеальные симптомы. При релапаротомии выполнена трансверзотомия с опорожнением толстой кишки, дренирование толстой и подвздошной кишок двумя зондами Abbott. Клинически и лабораторно диагностирован сепсис. Терапия включала в себя, в частности, деконтаминацию кишечника, меронем (потенциально тератогенный препарат), гепарин,

невысокие дозы глюкокортикоидов. Через сутки отмечена быстрая положительная динамика. Устойчивый самостоятельный стул появился, однако, лишь на 10-е сутки. Срок пребывания в отделении интенсивной терапии составил 11 сут, в стационаре — 27 койко-дней. В течение всего этого времени с помощью ультразвукового исследования периодически осуществлялся контроль за состоянием плода. В дальнейшем беременность протекала без каких-либо особенностей. На 40-й неделе беременности было выполнено кесарево сечение; родился здоровый мальчик длиной 50 см и массой 3072 г.

Случай интересен необычным механизмом развития сепсиса: применение токолитиков привело к парезу кишечника и, вероятно, транслокации кишечной микрофлоры, так как перитонита или каких-либо других локальных очагов инфекции обнаружено не было. С другой стороны, наблюдение демонстрирует оправданность сохранения беременности и возможность успешного вынашивания здорового ребенка при применении мощных антибиотиков.

Ответы на вопросы. Представляется, что в происхождении сепсиса крайне неблагоприятную роль сыграло применение токолитиков. После их применения у больной развилась динамическая кишечная непроходимость, а следом — и транслокация кишечной микрофлоры. Самое главное, что на фоне массивной терапии абдоминального сепсиса плод не пострадал. Кесарево сечение было выполнено по акушерским показаниям.

Прения

Н.Е. Хорохордин. В процессе лечения имелось нежелательное осложнение катетеризации подключичной вены в виде пневмоторакса, с которым не сразу удалось справиться. Это осложнение, развившееся на фоне сепсиса, безусловно, представляло дополнительную угрозу. Хотелось бы в связи с этим обратить внимание на то, что во многих клиниках на Западе существует следующее правило: в истории болезни необходимо указывать, почему решено отказаться от технически более сложной, но менее опасной катетеризации внутренней яремной вены, в пользу подключичной катетеризации.

В.А. Корячкин (председатель). Всем присутствующим хорошо известно, что по результатам посевов сепсис выявляется в лучшем случае в 60–70%. Авторам удалось поставить диагноз достаточно рано, основываясь на результатах исследования содержания прокальцитонина. Это в значительной мере определило успех лечения.

2. К.М. Лебединский, П.В. Ваневский, А.Н. Ванюшкин, Е.Ф. Онищенко (СПбМАПО). Способ пункционного доступа к магистральным венам.

Катетеризация центральных вен по-прежнему сопровождается довольно значительным числом травматических осложнений, часть из которых опасны для жизни пациента. Стремление преодолеть опасности слепой процедуры уже более четверти века назад привело к рекомендации выполнять пункцию магистральных вен под контролем ультразвукового датчика, синхронно лоцируя просвет сосуда и иглу. Удобство заблаговременной визуализации сосуда в сочетании с формированием длинного подкожного туннеля (доступ, описанный нами ранее) побудило нас попытаться превратить такую методику в локальный стандарт нашей клиники. Таким образом, при плановой катетеризации для уточнения проекции вены на кожу мы предварительно (на этапе предоперационного обследования) выполняем эхографию подключичной области. В положении пациента

на спине маркером на коже отмечаем проекцию просвета вены. Непременным условием является именно максимальная возможная идентичность положения тела пациента во время этапов визуализации и пункции.

Описанная техника предполагает два принципиальных момента. Во-первых, визуализация просвета вены и ее пункция разделены во времени, что более удобно для врача, нежели пункция под непосредственным контролем УЗИ-сканера. Во-вторых, исключение поисков вены, помимо повышения комфорта пациента, исключает формирование в тканях ложных ходов и гематом, способствующих развитию гнойно-септических осложнений катетеризации.

Заблаговременная трассировка хода вены может и должна использоваться как средство, не просто облегчающее пункцию и делающее ее более безопасной, но и позволяющее создавать для катетера сколь угодно длинный подкожный туннель.

Ответы на вопросы. Безусловно, ультразвуковое исследование, которое предваряет катетеризацию центральной вены, может, помимо подключичной вены, дать необходимые ориентиры, касающиеся расположения внутренней яремной вены. Представляется, что это может быть особенно важным у детей. Необходимо подчеркнуть, что длина подкожного туннеля, в котором будет располагаться катетер, должна быть сколь возможно большей, чем она меньше, тем больше вероятность инфекционных осложнений катетеризации.

Прения

К.М. Лебединский. Известны трагические исходы, связанные с тем, что при восполнении массивной кровопотери не удавалось выполнить доступ в центральные вены. В связи с этим можно обсуждать целесообразность ультразвукового исследования расположения центральных вен и нанесения на кожу соответствующих отметок у бойцов специальных подразделений.

И.С. Курапеев. Недалеко то время, когда врач анестезиолог-реаниматолог будет освобожден от «слепых» методик катетеризации центральных вен. Уже разработаны иглы со встроенными датчиками, которые позволяют гарантировать успех катетеризации как вен, так и артерий (при выполнении контрапульсации, например).

Н.Е. Хорохордин. В настоящее время в клинической практике анестезиолога ультразвуковой прибор становится все более доступен. Безусловно, он, как и бронхоскоп, должен быть в распоряжении анестезиолога-реаниматолога.

В.А. Корячкин (председатель). Как существуют трудные интубации трахеи, так и существуют трудные катетеризации сосудов, в частности когда отсутствуют обычные анатомические ориентиры (при ожогах, например). В таких ситуациях ультразвуковое исследование может оказать неоценимую помощь. Как показали авторы сообщения, исследование может быть выполнено накануне операции, а не непосредственно во время катетеризации. Нельзя не согласиться с тем, что УЗИ-прибор, как и бронхоскоп, должен находиться в перечне приборов, которые должны иметься в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Доклад

А.В. Нефедов, К.М. Лебединский, В.А. Мазурок (СПбМАПО, ГМПБ №2). Искусственная вентиляция легких в домашних условиях: показания, возможности и требования.

Повышение качества медицинской помощи, наряду с улучшением технического оснащения отделений интенсив-

ной терапии и реанимации, привели к большей выживаемости и продлению жизни пациентов с тяжелыми неврологическими заболеваниями и расстройствами системы дыхания. Необходимость длительной и даже пожизненной респираторной поддержки у такой категории больных, наряду со значительными финансовыми затратами, связанными с лечением в медицинском учреждении, делает актуальным проведение искусственной вентиляции легких в домашних условиях.

Своевременное решение ряда медицинских, организационных и правовых вопросов — залог успешной ИВЛ дома. Среди важнейших моментов можно указать на определение показаний для ИВЛ, выбор вида респираторной поддержки и способа подключения респиратора к пациенту. Кроме того, ключевыми являются выбор оптимального аппарата ИВЛ, увлажнителя, отсасывателя и прочего технического обеспечения.

Весьма полезным окажется аппарат искусственного кашля для облегчения санации трахеобронхиального дерева, хороший противопролежневый матрас и функциональная кровать, позволяющая облегчить уход за пациентом. На начальном этапе ИВЛ в домашних условиях и возможность проведения пульсоксиметрии и капнографии может оказаться весьма полезной.

В организационном плане следует уделить внимание обучению родственников, а в ряде ситуаций и самого больного правилам управления аппаратом ИВЛ, санации трахеобронхиального дерева и другим действиям. На случай критических ситуаций, связанных с отказом респиратора, нарушением проходимости дыхательных путей и пр., ухаживающий персонал в лице родственников или медицинских работников должен быть обучен аварийному алгоритму действий. Кроме того, всегда должна быть возможность связаться с лечащим анестезиологом-реаниматологом.

Выполнение указанных условий обеспечит эффективную ИВЛ в домашних условиях.

Ответы на вопросы. Максимальная длительность ИВЛ в домашних условиях — 7 лет. За это время пациент трижды побывал в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) в связи с появлением признаков пневмонии, которые были успешно излечены.

Если родственники хорошо обучены, то необходимости в осуществлении мониторинга газообмена на дому нет.

ИВЛ на дому может успешно осуществляться с помощью отечественного респиратора «ФАЗА-21».

В.А.Корячкин (председатель). ИВЛ на дому, безусловно, расширяет возможности оказания помощи больным с дыхательной недостаточностью. Подходы к ее осуществлению должны внимательно изучаться и совершенствоваться. Спасибо докладчикам за прекрасно выполненные сообщения.

Поступил в редакцию 27.06.2006 г.

500-е заседание 26.04.2006 г.

Председатели — С.В.Оболенский, А.Н.Кондратьев

С.В. Оболенский (президент общества) выступил с приветствием к членам общества в связи с юбилейным 500-м заседанием и кратко изложил основные этапы становления и развития общества.

Демонстрации

1. И.А. Саввина, Р.В. Назаров, В.Ю. Новиков, Л.М. Ценципер, Е.А. Дикарева, Н.А. Лестева, Е.А. Кондратьева, А.В. Козляков, Д.А. Гуляев, С.Я. Чеботарев

(РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова). **Случай успешного лечения большой с гормонально-активной параганглиомой.**

Параганглиомы занимают второе место после невриноме среди опухолей яремного отверстия. Частота в популяции 1:1 300 000. Из них только 1–3% продуцируют катехоламины. Демонстрируется случай успешного лечения пациентки с гормонально-активной параганглиомой. Особенности наблюдения явились высокая артериальная гипертензия, плохо управляемая на этапах удаления опухоли, постепенная нормализация гемодинамики и углеводного обмена в послеоперационном периоде.

Ответы на вопросы. Гемостаз во время операции осуществлялся переливанием свежзамороженной плазмы и введением гемостатиков.

А.Н.Кондратьев (председатель). Обращаем внимание на то, что нам не удалось добиться плавного течения анестезии. Однако мы считаем, что анестезия была адекватной, так как даже при повышении артериального давления до 300 мм рт.ст. головной мозг оставался мягким и податливым. Наша методика позволяет сохранять ауторегуляцию мозгового кровотока.

2. О.В.Голощапов, А.И.Осауленко, М.И.Тюрюмина («Fresenius Kabi»). **Оптимальные инфузионные среды в нейрохирургии. Гидроксипропильный крахмал ГЭК 130/0,4/9:1.**

Доложен обзор исследований, посвященных изучению безопасности применения ГЭК 130/04 (волювен) по результатам работ J.A.Neff и соавт. «Многочисленное применение больших доз нового препарата ГЭК 130/04 у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой» и И.А.Саввиной «Интраоперационное применение волювена в детской нейрохирургии». Даны представления об «идеальном коллоиде» по данным национально-исследовательского совета США. Описаны эффекты нового ГЭК 130/0,4/9:1 (волювен). На основании многочисленных источников, можно заключить, что ГЭК 130/0,4/9:1 (волювен) является оптимальным препаратом для проведения инфузионной терапии у нейрохирургических пациентов.

Доклады

1. А.Н. Кондратьев, И.А. Саввина, С.К. Сергиенко, В.Ю. Новиков, Р.В. Назаров, Т.Н. Голубева, С.С. Лесина, Л.М. Ценципер, Д.А. Гуляев, С.Я. Чеботарев (РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова). **Особенности анестезиологического обеспечения и послеоперационного ведения больных с краниофациальной опухолью.**

Злокачественные новообразования костных структур лицевого скелета с распространением в полость черепа при отсутствии диссеминации процесса в последнее время являются объектом оперативного вмешательства челюстно-лицевых хирургов и нейрохирургов. На базе РНХИ им. проф. А.Л.Поленова у 14 пациентов была выполнена краниофациальная резекция. Ключевыми аспектами, важными для анестезиолога-реаниматолога, являются адекватная премедикация, дооперационная оценка объема ротоглоточных структур, достаточный запас крови, плазмы и плазмозаменителей, своевременная оценка кровопотери и поддержка ОЦК, длительное и тщательное наблюдение в ОРИТ.

Ответы на вопросы. Осуществляли контроль за центральной гемодинамикой инвазивным методом.

Во время операций у пациентов поддерживали нормотермию.

Диурез за время 14-часовой операции составил около 2–3 л.

Актовегин во время операции вводили для улучшения репаративных процессов.

Прения

А.Н.Кондратьев. Эти операции представляют собой квинтэссенцию многих опасностей, которые подстерегают анестезиолога во время и общехирургических, и нейрохирургических операций. Работа по лечению этих, по сути дела обреченных больных, которая проводится совместными усилиями сотрудников нашего института и медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, помимо чисто медицинских, в частности анестезиологических, аспектов, имеет большое морально-нравственное значение. Это — несчастные пациенты, они неэстетичны, не могут ни есть, ни пить, смерть их ужасна. Государство не выделяет средств на лечение этих больных. Колоссальным усилием мы лишь на какое-то время выводим их на неплохой качественный уровень жизни. Самый большой риск для этих больных во время операции представляет кровопотеря в сочетании с воздушной эмболией.

С.В.Оболенский (председатель). Доклад великолепен. Он замечателен тем, что на примере лечения одного такого больного можно пройти все ключевые проблемы анестезиологии и реаниматологии. Можно лишь пожелать дальнейших успехов в лечении этих чрезвычайно тяжелых больных.

2. Р.В.Назаров, Е.А.Дикарева, О.Ю.Орлов, К.-П.Н.Ам-пата (РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербургская городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы). **Опыт использования методики чрескожной эндоскопической гастростомии у нейрореанимационных больных.**

Чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ) используется у пациентов при необходимости осуществления длительного (свыше 4 нед) искусственного питания. ЧЭГ имеет значительное преимущество, по сравнению с хирургической гастро- или еюностомией, назогастральным зондированием. В нашем учреждении 10 пациентам с тяжелым поражением ЦНС, нуждающимся в искусственном энтеральном питании, была произведена ЧЭГ. Был один летальный исход в связи с развитием перитонита у пациента, переведенного из городской больницы в вегетативном состоянии с дефицитом массы тела более 50%.

Прения

А.Н.Кондратьев (председатель). У погибшего больного предельно тяжелый уровень кахексии спровоцировал обострение сепсиса, диагностированного еще в городской больнице. На этом фоне постановка гастростомы была ошибочной. Вообще у наших пациентов питание играет очень важную роль. ЧЭГ необходимо рассматривать как методику выбора для его проведения. Процент осложнений невелик.

Н.Е.Хорохордин. При решении проблемы церебропротекции необходимо прежде всего оценить роль экстракраниальных причин (скрытой гиповолемии, скрытой сердечной недостаточности, интерстициального отека легких) в изменении функционального состояния головного мозга.

А.Н.Кондратьев. Попытка все опять свести к экстрацеребральным влияниям на головной мозг бесперспективна.

Ю.С. Александрович. Сегодня существуют технологии, которые могут подтвердить или опровергнуть эффект цере-

бропротекции. Технология церебрального микродиализа позволяет исключить всевозможные спекуляции с экстрацеребральными причинами. Она оценивает функцию конкретного нейрона или группы нейронов. В лекции А.Н. Кондратьева дана стратегия для людей, которые работают в этом направлении.

Поступил в редакцию 27.06.2006 г.

501-е заседание 24.05.2006 г.

Председатель — К.М. Лебединский

Лекция

Н.Ю. Семиголовский (СПБМАПО). Интервенционные методы в лечении острых коронарных больных.

В лекции на основании опубликованных данных и опыта проведения свыше 2400 коронарных ангиографий и более 350 коронарных баллонных ангиопластик со стентированием венечных артерий, выполненных в ЦМСЧ №122 начиная с 1994 г., приводятся основные вехи развития интервенционной кардиологии. В соответствии со стандартами лечения острых форм ишемической болезни сердца, разработанными в клинике в 1997 г., интервенционные вмешательства уже тогда стали альтернативными тромболитическому при остром инфаркте миокарда (ОИМ). Аналогичные Американско-европейские рекомендации появились в 2000 г., а принятые Всероссийским научным обществом кардиологов — лишь в 2002 г.

Подробно анализируются показания, противопоказания, осложнения коронароинвазивных вмешательств; методики анестезии и периоперационной интенсивной терапии у острых коронарных больных (нестабильная стенокардия, ОИМ). Приводятся достоинства и недостатки интервенционных технологий в сравнении с тромболитической терапией, перспективы их развития (стенды с лекарственным покрытием и биоактивным — покрытые эндотелиальными стволовыми клетками).

Рассматриваются различные аспекты обеспечения безопасности интервенционных вмешательств, включая особенности подготовки пациентов с сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, поражения почек, аллергическая настроенность и др.), аспекты мониторинга (инвазивного и неинвазивного), применение антигипоксантов (патент 2000 г.).

Современные методы интервенционной кардиологии отличаются безопасностью, позволяют своевременно поставить безошибочный диагноз, определить прогноз, сократить сроки госпитализации и снизить летальность коронарных больных.

Демонстрации

1. Н.Ю. Семиголовский, К.Л. Козлов, Е.К. Верцинский, Е.А. Иванова (отделение кардиореанимации клинической больницы ЦМСЧ №122, СПБМАПО). **Случай первичной баллонной коронарной ангиопластики в остром периоде инфаркта миокарда как альтернатива тромболитической при травматичной реанимации.**

Больной Н., 42 лет, поступил в отделение кардиореанимации ЦМСЧ №122 по скорой помощи после реанимационных мероприятий, выполненных на дому. В течение 8 мин проводили непрямой массаж сердца, ИВЛ, дефибрилляцию 360 Дж, после чего фибрилляция желудочков

сменилась синусовым ритмом, больной пришел в сознание, на ЭКГ — картина острого инфаркта миокарда переднебоковой стенки левого желудочка, ритм синусовый. АД 140/95 торр. На рентгенограмме груди патологических изменений не выявлено. Однако с учетом травматичной реанимации было принято решение о проведении коронарографии, а не тромболитика. Коронарография выявила окклюзию крупной диагональной ветви левой венечной артерии, была проведена баллонная дилатация места окклюзии с имплантацией внутрикоронарного стента диаметром 3 мм длиной 13 мм; достигнуто стойкое восстановление кровотока по артерии. Операция сопровождалась серьезными реперфузионными нарушениями ритма сердца. Дополнительно дробно вводили лидокаин, перорально получил анаприлин, 300 мг плавикса. В послеоперационном периоде продолжена инфузия нитроглицерина, гепарина 500 ЕД/ч до утра. Получал антибиотик цефатоксим и антиоксидант мексидол, а также пирасетам. Через 5 сут больной переведен в профильное кардиологическое отделение, где проведена его реабилитация с последующим переводом в санаторий «Черная речка». Спустя 3 мес осмотрен амбулаторно — самочувствие удовлетворительное, показатели ЭхоКГ — в норме, вернулся к обычной работе, активно выполняет физические нагрузки. Принимает аспирин, плавикс, липримар.

Цель демонстрации — привлечь внимание коллег к современным возможностям механической реваскуляризации, примененной в первые часы острого инфаркта миокарда.

Ответы на вопросы. Стоимость ангиографии — от 20 000 до 50 000 руб, шунтирования — от 150 до 3000 долларов.

В настоящее время участие анестезиолога-реаниматолога в проведении этих исследований и операций считается совершенно обязательным.

Минимально необходимый мониторинг при ангиографии и шунтирующих операциях — пульсовая оксиметрия, ЭКГ, АД и мониторинг давления на конце катетера.

2. А.Н. Лодягин, И.П. Николаева, Г.А. Ливанов, Б.В. Батоцuren (СПбНИИСП им. И.И. Джанелидзе). Случай успешной реанимации больного с острым повреждением легких в результате острого отравления прижигающей жидкостью «Крот».

Больной К., 26 лет, доставлен бригадой скорой помощи в отделение реанимации Центра лечения отравлений через 2 ч после приема с суицидной целью жидкости «Крот». При поступлении состояние расценено как тяжелое, больной в сознании, возбужден. Предъявляет жалобы на боли в ротоглотке, по ходу пищевода, надчревной области. При обследовании — гиперемия и отек губ, языка.

Поставлен диагноз: острое пероральное отравление прижигающей жидкостью «Крот» тяжелой степени. Химический ожог ротоглотки, пищевода, желудка. Суицидная попытка.

Через 7 ч от момента поступления отмечено стридорозное дыхание, рассеянные сухие хрипы, тахипное. Выполнена интубация трахеи для постоянной санации трахеобронхиального дерева и ИВЛ. Диагноз был подтвержден бронхоскопически. Санационная терапия проводилась с использованием бронхолитиков, гормонов, антигистаминных препаратов.

На 4-е сутки состояние больного критически ухудшилось, в 9 ч 15 мин зафиксирована остановка кровообращения. Немедленно начаты реанимационные мероприятия, включавшие в себя закрытый массаж сердца на фоне ИВЛ, медикаментозную терапию — растворы атропина, адреналина, пред-

низолона, натрия гидрокарбоната, лидокаина; дефибрилляцию (200–360 кДж). На 27-й минуте от начала реанимационных мероприятий восстановлен синусовый ритм.

При обследовании клинически, а затем и рентгенологически выявлен правосторонний пневмоторакс. Плевральная полость дренирована.

Состояние больного оставалось тяжелым в связи с артериальной гипоксемией: при ИВЛ 100% кислородом, напряжение кислорода в артериальной крови не превышало 70 мм рт. ст. В связи с этим дальнейшая терапия проводилась под контролем интегральной, торакальной реографии, интегральной двухчастотной импедансометрии.

По данным этих методов, на 4-е сутки определялся избыток внеклеточной жидкости на 25% по отношению к должной величине и избыток торакальной жидкости на 20%. Таким образом, оба метода отражали существенную задержку жидкости в организме.

Для нормализации суточного баланса жидкости больной в течение суток получал 500–1000 мл гелофузина капельно медленно с тем, чтобы не вызвать перегрузку малого круга кровообращения и в то же время поддержать коллоидно-осмотическое давление плазмы, удерживать жидкость в сосудистом секторе и предотвратить ее утечку в интерстициальное пространство. Было налажено постоянное введение фуросемида с помощью инфузомата из расчета 0,5–1 мг/(кг·сут). Из инфузионной терапии исключили натрийсодержащие растворы. Основой инфузионной терапии являлся 5% раствор глюкозы. Проводилось энтеральное зондовое питание, которое обеспечивало необходимый баланс жидкости. В процессе проводимой терапии была отмечена постепенная нормализация общей, внеклеточной и торакальной жидкости.

На 7-е сутки больной пришел в сознание и был переведен на самостоятельное дыхание; на 12-е сутки выписан из стационара.

Ответы на вопросы. Одной из причин развития пневмоторакса, явилось, возможно, повреждение легкого во время реанимации.

Остановка кровообращения вызвана, вероятно, гипоксемией.

Диагноз «острое повреждение легких» основан на признаках тяжелой гипоксемии (PaO_2 — 70 мм рт. ст.) и наличии жидкости в интерстициальном пространстве легких.

Жидкость «Крот» представляет собой концентрированную щелочь.

Признаков повреждения почек обнаружено не было.

Прения

И.П.Николаева. По амплитуде реограммы судим, какое кровообращения больше страдает — системное или легочное. На расчетную величину оказывают влияние данные и торакальной, и системной реографии. Необходимо принимать во внимание также ударный и минутный объем кровообращения и с учетом этих факторов более точно ставить диагноз.

Г.А.Ливанов. При отравлениях синдром острого повреждения легких (ОПЛ) протекает чаще всего атипично. Диагностику его помогает сочетание методов системной и торакальной реографии. Метод дает хорошие результаты и позволяет избежать катетеризации легочной артерии, как более опасного способа.

Средство «Крот» видимо частично попало в легкие и послужило одной из причин ОПЛ.

М.Г.Ковалев. Представляется, что методы интегральной реографии точно работают только тогда, когда системы жизнедеятельности организма находятся в более уравновешенном состоянии. Как только параметры изменяются в

патологическую сторону, лучший результат дают инвазивные методики.

К.М.Лебединский (председатель). Точность оценки при разных методах исследования кровообращения разная. При малой ошибке ею можно пренебречь. Для оценки объемов жидкости метод реографии можно с успехом использовать, но с необходимой проверкой.

Благодарит докладчиков за интересную демонстрацию.

Доклад

Е.К. Верцинский, Н.Ю. Семиголовский, К.Л. Козлов, Е.В. Иванова, Б.А. Азанов (отделение кардиореанимации клинической больницы ЦМСЧ №122, СПбМАПО, Институт геронтологии и биорегуляции РАМН). **Применение эпиталамина в остром периоде инфаркта миокарда у больных пожилого и старческого возраста.**

В докладе приводятся результаты экспериментального и пилотного клинического изучения эпиталамина — отечественного пептидного препарата, выделенного из эпиталамозепифизарной области головного мозга крупного рогатого скота (ОАО «Самсон», СПб).

Показано, что использование эпиталамина в эксперименте (мыши, крысы, морские свинки) дает профилактический и лечебный эффект в моделях катехоламинового поражения миокарда и хлоридно-кальциевой модели аритмий, что проявляется в антиоксидантном, гликогенсберегающем, мембраностабилизирующем, антиаритмическом действии и сопровождается снижением летальности животных. Антиаритмическое действие эпиталамина в эксперименте дозозависимо и сопоставимо с эффектом кордарона и новокаинамида. В модели с ишемией изолированного сердца отмечено уменьшение реперфузионных осложнений, ишемической контрактуры, положительный инотропный эффект.

Профилактический эффект эпиталамина (10–20 мг внутримышечно в премедикации) у больных ишемической болезнью сердца пожилого и старческого возраста

($65,5 \pm 2,5$) года при коронароинвазивных вмешательствах (коронарной ангиографии и ангиопластике) проявляется мембраностабилизирующим, противоишемическим и антиаритмическим действием. Это позволяет расширить круг показаний для проведения названных вмешательств у герiatricких больных.

Лечебный эффект препарата выявляется в острой стадии инфаркта миокарда по таким показателям, как снижение частоты осложнений, летальности и сроков госпитализации в отделение кардиореанимации. Эпиталамин обладает элементами антидепрессантного, антиаритмического и антиишемического действия.

Одним из фармакологических механизмов защитного действия препарата может являться непродолжительный обратимый тиреостатический эффект, ведущий к формированию энергосберегающего синдрома «низкого трийодтирина».

Ответы на вопросы. Препарат эпиталамин является вытяжкой из эпиталамуса (шишковидной железы) крупного рогатого скота.

Осложнений при применении эпиталамина не имели.

Другие препараты из группы тиреостатиков (мерказолил) не использовали.

Прения

Н.Ю.Семиголовский. При аутопсии внезапно умершей пациентки были выявлены значительные разрушения ткани эпифиза, других патологических изменений не выявлено. Роль эпифиза в процессах жизнедеятельности организма еще не ясна. В монографии акад. С.И.Чазова есть сведения о роли эпифиза и его многогранном влиянии на организм. Есть наблюдения, свидетельствующие о том, что старые, немощные пациенты при приеме препаратов эпифиза значительно «омолаживались».

К.М.Лебединский. Благодарит авторский коллектив во главе с Н.Ю. Семиголовским за интересные лекцию, демонстрацию и доклад.

Поступил в редакцию 27.06.2006 г.