

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ АЛКОГОЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ

Мурадова Р.Р., Ибадова Д.Н.,
Муминов Ш.У., Маликов Б. Х,
Турсункулов А.Р.

СамМИ. кафедра клинической фармакологии, отделение токсикологии
Самаркандского Филиала (Директор - проф. Ахмедов Ю.М.) РНЦЭМП

В настоящее время отмечается неуклонный рост частоты алкогольных отравлений у лиц разного возраста. Этому способствует свободная продажа спиртных напитков разной крепости, реклама алкоголя телевидением, микросоциальные условия и полученное нравственное воспитание. На сегодняшний день часто можно услышать разговоры не только о вреде, но и о пользе алкоголя. В небольших количествах эндогенный этиловый спирт содержится в организме. Так, в крови его концентрация колеблется от 0,004 до 0,01%. У этанола много эффектов, благодаря которым его используют в медицине. Этиловый спирт, в отличие от большинства водных растворов антисептиков, проникает через эпидермис в глубокие слои кожи. Наиболее оптимальной для бактерицидного действия препарата является 70% его концентрация. Поэтому именно в этой концентрации этанол применяют для обработки рук хирурга, операционного поля, для лечения начальных стадий развития абсцесса, панариция. Но этиловый спирт очень быстро испаряется, поэтому при простом смазывании кожи его местное и рефлекторное действие будет непродолжительным, слабым и поверхностным. Учитывая это, его лучше использовать в виде компрессов. К тому же, он применяется для профилактики пролежней у лежачих больных и предупреждения образования пузырей при ожогах. Дубящее действие спирта на коже снижает её чувствительность и потоотделение, способствуя анальгезии и прекращению зуда. В сосудистой хирургии этанол используют в качестве склерозирующего вещества путем эндоскопического его введения в варикозные вены для остановки кровотечения. При отеке легких этанол используют в качестве пеногасителя. Несмотря на то, что в норме этанол в небольших количествах содержится в организме и вместе со своими метаболитами выполняет гомеостатическую функцию, очень широко используется в медицине в качестве лечебного средства, этилового спирта внутрь в виде водки и других спиртных напитков при передозировке и хроническом его употреблении оказывает повреждающее влияние на весь организм в целом. Прием внутрь крепких спиртных напитков в большом количестве вызывает спазм пилорического отдела желудка и рвоту, так как оказывает сильное раздражающее действие на слизистую оболочку желудка. Этанол существенно вмешивается в функции ЦНС, причем начальная симптоматика выявляется уже при очень небольших дозах - 5-8 г этанола (25 мл водки). В начале это проявляется небольшой эйфорией и седативным эффектом, нарушается способность к суждению, поведение становится не адекватным и расторможенным. В дальнейшем это может перейти в стадию делирия (психическое и физическое возбуждение) или в стадию алкогольного сна, когда резко нарушается фазовая структура сна и он не приносит облегчения. Самой опасной для жизни больного является стадия полного паралича ЦНС, диагностическим критерием которой в этом случае служит величина

зрачков: умеренно суженные в стадии алкогольного наркоза, они паралитически расширяются в терминальной стадии острого отравления из-за паралича центра двигательного нерва круговой мышцы глаза. Характерным для этанола является его вазодилатирующее действие из-за угнетения вазомоторного центра. При этом расширяются кожные сосуды и создается ложное ощущение тепла так как на самом деле растет его потеря за счет иррадиации и потоотделения. Поэтому, не смотря на некоторое повышение теплопродукции под влиянием этанола прием спиртных напитков с целью повышения устойчивости к холоду не оправдан. Для профилактики простудных заболеваний применение алкоголя допустимо только у взрослых в незначительном количестве без выраженной патологии сердечно-сосудистой системы и обязательным нахождением больного в теплом помещении. Надо обратить внимание на то, что если покраснение кожи сменяется резкой бледностью, это будет свидетельствовать с существенным снижением кровяного давления, так как кровь переместится в емкостные сосуды брюшной полости и глубокие вены нижних конечностей (особенно при вертикальном положении тела), а кожные сосуды при этом запустеют. Если в это время не принять экстренных защитных мер, то разовьется коллаптоидное состояние из-за недостаточности мозгового кровообращения. У хронических алкоголиков частый прием спиртных напитков в итоге вызывает летальный исход от ишемического инсульта.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 180 больных мужчин в возрасте от 25 до 75 лет с острым алкогольным отравлением. Из них у 16 больных отмечалась стадия оглушения, у 41 - стадия делирия, у 102 - энцефалопатия с судорожным синдромом, у 14 - алкогольная и у 7 - гипогликемическая комы. У 27 пациентов заболевание осложнилось аспирационной пневмонией. Всем больным проводились общеклинические исследования крови и мочи, определялись биохимические показатели крови, а также уровень глюкозы в крови и моче. Компьютерная томография головного мозга проводилась больным с энцефалопатией и комой. У больных в стадии оглушения восприятие окружающей среды было не адекватным. Особенно резко страдала аналитическая деятельность мозга и критическое отношение больного, как к внешним воздействиям, так и к собственным поступкам. Речь была несвязанная, отмечались атаксия, нарушение способности к суждению, растормаживание поведения. Для больных в стадии делирия была характерна агрессивность, которая провоцировалась окружающей обстановкой, хотя поводы для её провокации были совершенно безобидными: не так или не то сказал, не так посмотрел, не выполнил мелочную просьбу. У больных с энцефалопатией мышечный тонус и рефлексы были повышены, а у пациентов с алкогольной комой, наоборот, рефлексы и

мышечный тонус существенно снижались, зрачки были расширены. У больных с гипогликемической комой мышцы были напряжены, отмечался гремор, рефлексы - нормальные или повышены; часто отмечался симптом Бабинского, артериальное давление было нормальным или повышенным, пульс учащенным; кожные покровы влажные, особенно лоб; содержание сахара в крови снижалось от 1,2 до 2,2 ммоль/л.

В лечении острых алкогольных отравлений этанолом следует в первую очередь предупредить угнетение дыхания и аспирацию рвотными массами. Основным патогенетическим принципом лечения алкогольной интоксикации является прекращение резорбции алкоголя путем тщательного промывания желудка через назогастральный зонд, которое мы проводили у всех отравившихся даже после предварительной рвоты. У пациентов в состоянии комы перед промыванием желудка предварительно интубировали трахею (после инъекции атропина) и то, только при отсутствии жизнеопасных нарушений ритма сердца, так как сама процедура промывания может оказать вагусное действие, провоцируя развитие брадикардии, фибрилляции желудочков и асистолии. Надо отметить, что даже самое тщательное промывание желудка не гарантирует полное удаление алкоголя. Поэтому после него обязательно назначати активированный уголь через 2-4 часа. Для уменьшения концентрации алкоголя в крови внутривенно капельно вводился изотонический раствор натрия хлорида в который добавлялись большие дозы витаминов: пиридоксина гидрохлорид 5% раствор в количестве 5-6 мл, тиамин хлорид 5% раствор - 5-6 мл, аскорбиновая кислота 5% раствор - 5-10 мл, никотиновая кислота 1% раствор - 1-2 мл. Целью назначения витаминов является ускорение биотрансформации этанола и предупреждение образования свободных радикалов кислорода. Для поддержания функции сердечно-сосудистой системы применялись сердечные гликозиды (строфантин 0,05% - 1,0 мл, дигоксин 0,025% - 1,0 мл). Для ускорения элиминации алкоголя применяли внутривенно капельно 5% раствор глюкозы в количестве 200 мл. Надо отметить, что при введении растворов глюкозы отмечается снижение фосфатов в крови, что приводит к их дефициту в нервной ткани и повышает риск инфекций с ухудшением заживления язв. Для профилактики гипофосфатемии назначались фосфоросодержащие средства - фитин или кальция глицерофосфата. Для ликвидации ацидоза внутривенно вводили 200-300 мл 7,5% раствора натрия гидрокарбоната с целью

доощелачивания мочи. В случаях, когда функция почек была сохранена и не было признаков сердечной недостаточности, применялся форсированный диурез путем введения 1% раствора фуросемида в количестве 4-6 мл, тогда как у больных с энцефалопатией предпочтение отдавали маннитулу, который вводился в виде 15% раствора в количестве 200 мл. Пациентов с энцефалопатией и судорожным синдромом для миорелаксации назначали 25% раствор магния сульфата 5-10 мл внутримышечно (ионы магния, конкурируя с ионами кальция, подавляют освобождение медиаторов (в основном ацетилхолина) из пресинаптических окончаний как в ЦНС так и в нервно-мышечных синапсах, что в итоге ведет к центральной и периферической миорелаксации. Также применялись вальпроаты натрия и кальция в виде 10% растворов в количестве 5 мл и карбамазепин перорально по 0,2 г 2-4 раза в сутки. Этой группе больных внутривенно вводили Пирацетам в виде 2% раствора в количестве 10 мл, который активирует окислительное фосфорилирование и повышает утилизацию глюкозы в пентозофосфатном цикле и цикле Кребса. Надо отметить, что Пирацетам обладает к тому же свойствами деагреганта и улучшает реологические свойства крови и периферическое кровообращение, повышает оборот фосфолипидов и их защищенность от перекисного окисления. Бальным с гипогликемической комой внутривенно капельно вводили 20% раствор глюкозы. При отсутствии эффекта в течение 30 минут после её введения подозревался отек мозга и тогда назначали дексаметазон внутривенно 8-16 мг и 15% раствор манитола в количестве 200 мл. У больных с аспирационной пневмонией дополнительно применялись антибиотики и сульфокамфокаин. Всем больным по мере необходимости проводилась симптоматическая терапия.

Выводы. Главное при лечении острого отравления этанолом вовремя предупредить угнетение дыхания и аспирацию рвотных масс, правильно поддержать функцию дыхания и кровообращения. Своевременно проводить симптоматическую терапию. Совершенствовать санитарно-просветительную работу в школах, в образовательных заведениях, на производстве и через телевидение путем распространения информации о колоссальном вреде употребления спиртных; —игкс не только дл« здоровья, ни и для жизни человека в целом.

Литература

1. Сумин С.А Неотложные состояния. -6 изд.; перераб. и доп. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006.
2. Патогенез и клиника алкогольных заболеваний, под ред. И.И. Лукумского, М. 1970
3. Синицкий В.И., Пьянство и алкоголизм. Киев. 1988
4. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма. М. 2003
5. Алкоголизм, под ред. Г.В Морозова и др. М. 1983
6. Гулямов М.Г. Патоморфоз острых алкогольных психозов. Душанбе 1984
7. Руководство по психиатрии, под ред. А.Б.Снежневского, М. 1983
8. Kuhlwein, E., Hauger, R.L., Irwin, M.R. Abnormal nocturnal melatonin secretion and disordered sleep in abstinent alcoholics. Biol Psychiatry. 2003