

**Міністерство охорони здоров'я України
Товариство токсикологів України
Управління охорони здоров'я Чернівецької обласної
держадміністрації
Буковинська державна медична академія
НДІ медико-екологічних проблем МОЗ України
Інститут екогігієни і токсикології
ім. Л.І. Медведя МОЗ України
Асоціація анестезіологів Чернівецької області**

**Проблеми діагностики, профілактики та
лікування екзогенних та ендогенних
інтоксикацій:**

**Тези доповідей
Всеукраїнської науково-практичної конференції.
м.Чернівці, 16-18 жовтня 2004 р.**

**м.Чернівці
2004 р.**

**ГОСТРА АЛКОГОЛЬНА ІНТОКСИКАЦІЯ І ПОЛІТРАВМА
АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ УСКЛАДНЕНЬ ТА ЛЕТАЛЬНОСТІ**

В.І.Ротар, П.В.Донченко, В.Ш.Садрідтінова,

О.В.Попович, О.В.Ротар, В.В.Петришич

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

З метою розробки стандартних підходів до надання невідкладної допомоги та лікування пацієнтів із політравмою проводили ретроспективний аналіз результатів лікування 49 пацієнтів, які поступили на лікування у відділення інтенсивної терапії ЛШМД м. Чернівці в 2003 році і в яких політравма поєднувалась з гострою алкогольною інтоксикацією (ГАІ). Серед обстежених пацієнтів переважали чоловіки (80 %), віком від 25 до 66 років. При поступленні у 40 хворих діагностовано політравму (у 28 пацієнтів - закрита черепно-мозкова травма у поєднанні з пошкодженнями кісток кінцівок, м'яких тканин, органів грудної та черевної порожнин, у 12 - переломи кісток мисника, кінцівок, хребта), переохолодження - у 5 та опіки - у 4 пацієнтів.

У момент первинного огляду у відділенні ІТ загальний стан 27 пацієнтів оцінювався черговим лікарем як вкрай тяжкий (ІІІ - ІV ступінь), у 7 із них були прямі покази для проведення штучної вентиляції легень, у 16 пацієнтів - стан середнього ступеню тяжкості. Свідомість була відсутня у 18, сонор - у 11 пацієнтів.

Для кількісної оцінки тяжкості пошкодження потерпілих використовували уніфіковані системи шкал: шкалу ступеню тяжкості травм (ISS, Injuri Severity Scale) та шкалу рівня свідомості пацієнтів Глазго (GCS, Glasgow Coma Scale).

У відділенні ІТ проводили загальноприйняту невідкладну допомогу та інтенсивну терапію, яка включала респіраторну підтримку (відновлення прохідності дихальних шляхів, ШВЛ за показами, оксигенотерапію), стабілізацію гемодинаміки (інфузійну терапію, трансфузію препаратів крові, симпатоміметики, кардіотоніки), знеболення, антибіотики тощо.

У процесі лікування ускладнення виникли у 32 із 49 потерпілих (65,3%), у тому числі: регургітація - у 7, гостра пневмонія - у 5, гостра серцево-судинна недостатність - у 6, гіпоглікемія - у 4, гостра дихальна недостатність - у 5 пацієнтів. Померло 17 пацієнтів, що становило 34,69%.

Всім пацієнтам при поступленні визначали лабораторно рівень алкоголю в крові. Для визначення впливу ГАІ на результати лікування та частоту ускладнень всі пацієнти були розділені за рівнем алкоголю в крові на 5 груп (таблиця).

Таблиця. Вплив гострої алкогольної інтоксикації і травми на частоту ускладнень і летальність потерпілих із політравмою

Групи хворих (n)	Рівень алкоголю в крові, ммоль/л	Тяжкість стану, бали (шкала ISS)	Рівень свідомості, бали (шкала GCS)	Частота ускладнень, (n) %	Летальність (n) %
I n - 8	10,6 - 21,4	14	13 - 14	(3) 38,5	(1) 12,5
II n - 15	21,4 - 31,9	20	11 - 12	(6) 40,0	(4) 26,7
III n - 8	32,0 - 40,0	29	< 10	(6) 75,0	(3) 37,5
IV n - 16	40,6 - 53,0	38	< 9	(11) 70,0	(6) 37,5
V n - 6	54,0 - 95,7	49	< 7	(6) 100,0	(4) 66,7

Результати аналізу показали, що частота ускладнень і летальність статистично вірогідно ($p < 0,05$) залежали в першу чергу від тяжкості пошкодження і корелювала зі шкалою ступеня тяжкості травм (χ^2 4,722, $p < 0,05$). Із збільшенням показника ISS збільшувалась частота ускладнень і летальність (таблиця): так із 6 потерпілих з показником 41 і вище балів вижили тільки 2, а в групі із 8 хворих із показником 14 балів - вмер тільки один потерпілий. Частота ускладнень і летальність були значно вищими у пацієнтів з ЧМТ із втратою свідомості більше 24 годин, у яких спостерігались внутрішньочерепні крововиливи, забій мозку, особливо у поєднанні із закритими пошкодженнями грудної та черевної порожнин (12 із 28 пацієнтів, що становить 42,8%). При однофакторному аналізі виявлений середній ступінь залежності (χ^2 3,05, $p = 0,08$) частоти ускладнень і летальності від рівня порушення свідомості, розрахованого за шкалою Глазго. Так частота ускладнень підвищувалась до 70 - 100%, а летальність, відповідно, від 37,5% до 67% у потерпілих із середньою сумою балів менше 9 за шкалою GCS (таблиця). Поряд із цим логістичний регресійний аналіз показав, що ГАІ безпосередньо впливає на рівень свідомості, тяжкість загального стану, характер і частоту ускладнень та рівень летальності пацієнтів із політравмою. Навіть одноразовий прийом алкоголю у великій кількості суттєво впливав на функцію мозку і метаболізм тканин. Етанол викликав у першу чергу ефект передозування седативно-гіпнотичних засобів, що супроводжувалося пригніченням свідомості, дихання і кровообігу. У пацієнтів даної категорії спостерігався тісний зв'язок між рівнем алкоголю в крові і рівнем свідомості (χ^2 4,15, $p = 0,088$), рівнем алкоголю і тяжкістю загального стану, розрахованою за шкалою ISS (χ^2 3,95, $p = 0,07$). У потерпілих з ГАІ спостерігається зниження скорочувальної функції серця і периферична вазодилатація за рахунок інтоксикації ацетальдегідом навіть при рівні алкоголю в крові, що відповідає середньому ступеню сп'яніння. За рахунок метаболічних змін у пацієнтів з ГАІ частіше виникали такі ускладнення як регургітація, гіпоглікемія і гіпоксія.

Отримані дані дозволяють віднести гостру алкогольну інтоксикацію до факторів ризику розвитку ускладнень у потерпілих із політравмою, які підвищують їх летальність, і специфіку яких слід враховувати при наданні невідкладної допомоги та проведенні інтенсивної терапії.