

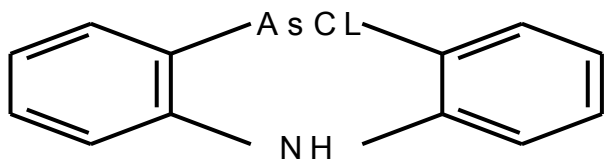
**Отравляющие и
высокотоксичные вещества
раздражающего действия
(ирританты)**

Раздражающим называется действие химических веществ на окончания чувствительных нервных волокон, разветвляющихся в покровных тканях (в основном в слизистой глаз и верхних дыхательных путей), сопровождающееся рядом местных и общих рефлекторных реакций и субъективно воспринимаемое, как неприятное чувство покалывания, жжения, рези, боли и т.д.

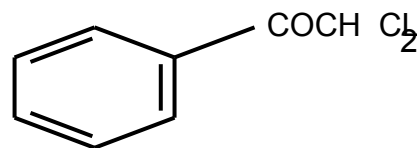
Классификация веществ раздражающего действия

- Ирританты слезоточивого действия, раздражающие преимущественно нервные окончания конъюнктивы глаз (**лакриматоры**) — хлорацетофенон.
- Ирританты с преимущественным действием на нервные окончания слизистых оболочек носа, верхних дыхательных путей (**стерниты**) — адамсит и другие мышьяксодержащие органические вещества.
- Ирританты смешанного действия — CS, CR.

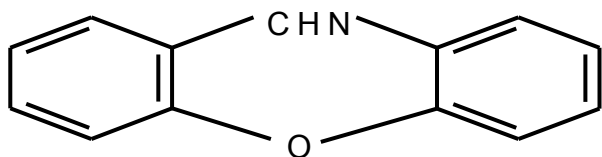
Структура некоторых веществ, обладающих раздражающим действием



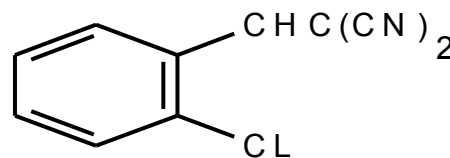
адамсит



хлорацетофенон



дибензоксазепин (CR)



**хлорбензилиден-
малонодинитрил (CS)**

Лакриматоры (вещества слезоточивого действия)

Вещество	CN хлорацетофенон («черемуха»)	CS	CR
Минимальная раздражающая концентрация, мкг/л	0,5	2	0,2
Медианная токсодоза, выводящая из строя, IC ₅₀ , мкг мин/л	80	20	5

Хлорацетофенон (CN)

Синтезирован в 1871 г.

- В 60-ые гг. использовался США во Вьетнаме в виде рецептур:

CNB – (10 % CN; 45 % CCl_4 бензола);

CNC – (30 % CN; 70 % CHCl_3);

CNS – (24 % CN; 38 % PS; 38 % CNCI_3).

- CN входит в состав учебных рецептур многих армий
- Используется как «полицейский газ»

Физико-химические свойства хлорацетофенона

- Бесцветное кристаллическое вещество с **запахом цветущей черемухи**.
- Термически стабилен, устойчив во внешней среде.
- Боевое состояние – пар или аэрозоль (в холодное время года – только аэрозоль).
- Растворимость в воде плохая. Хорошо растворим в органических растворителях (хлорированных углеводородах, спиртах, эфирах, бензоле), а также в некоторых ОВ (иприте, фосгене, хлорциане).
- Практически не гидролизуется. Гидролиз усиливается при кипячении со спиртовыми растворами щелочей (дегазация).
- Кислород воздуха не окисляет CN.

Стерниты

(чихательные вещества)

Вещество	DM хлорфенарсазин, адамсит	DA дифенил- хлорарсин	DC дифенил- цианарсин
Минимальная раздражающая концентрация, мкг/л	0,1	0,1	0,01
Медианная токсодоза, выводящая из строя, ICt50, мкг мин/л	20	15	25

Адамсит (DM)

- Синтезирован в 1913 г
- В 1918 г. применялся как боевое отравляющее вещество
- Желтое кристаллическое вещество, без запаха.
- Термостабилен, температура плавления 195°C , $t_{\text{кип.}} = 410^{\circ}\text{C}$. Обладает способностью возгоняться, образуя дым.
- Боевое соединение – аэрозоль.
- Нерастворим в воде, практически не подвергается гидролизу, устойчив во внешней среде.
- Хорошо окисляется до дигидрофенарсазиновой кислоты, не обладающей раздражающим действием. Для дегазации используются перекись водорода, хлорамин, хлорная известь и др., но необходимо предварительно растворить DM в ацетоне.

Вещества смешанного действия

Вещество	CS 2-хлорбензил- малонодинитрил	PS хлорпикрин
Минимальная раздражающая концентрация, мкг/л	2	2
Медианная токсодоза, выводящая из строя, ICt50, мкг мин/л	20	200

Хлорпикрин (PS)

- Синтезирован в 1848 г.
- В 1916 г. применен на поле боя совместно с фосгеном. Применен весьма успешно, так как преодолевал «влажные» противогазы. Появление угольных противогазов обесценило PS как ОВ.
- В настоящее время используется как учебное ОВ (подгонка противогазов), для фумигации почвы, зернохранилищ.

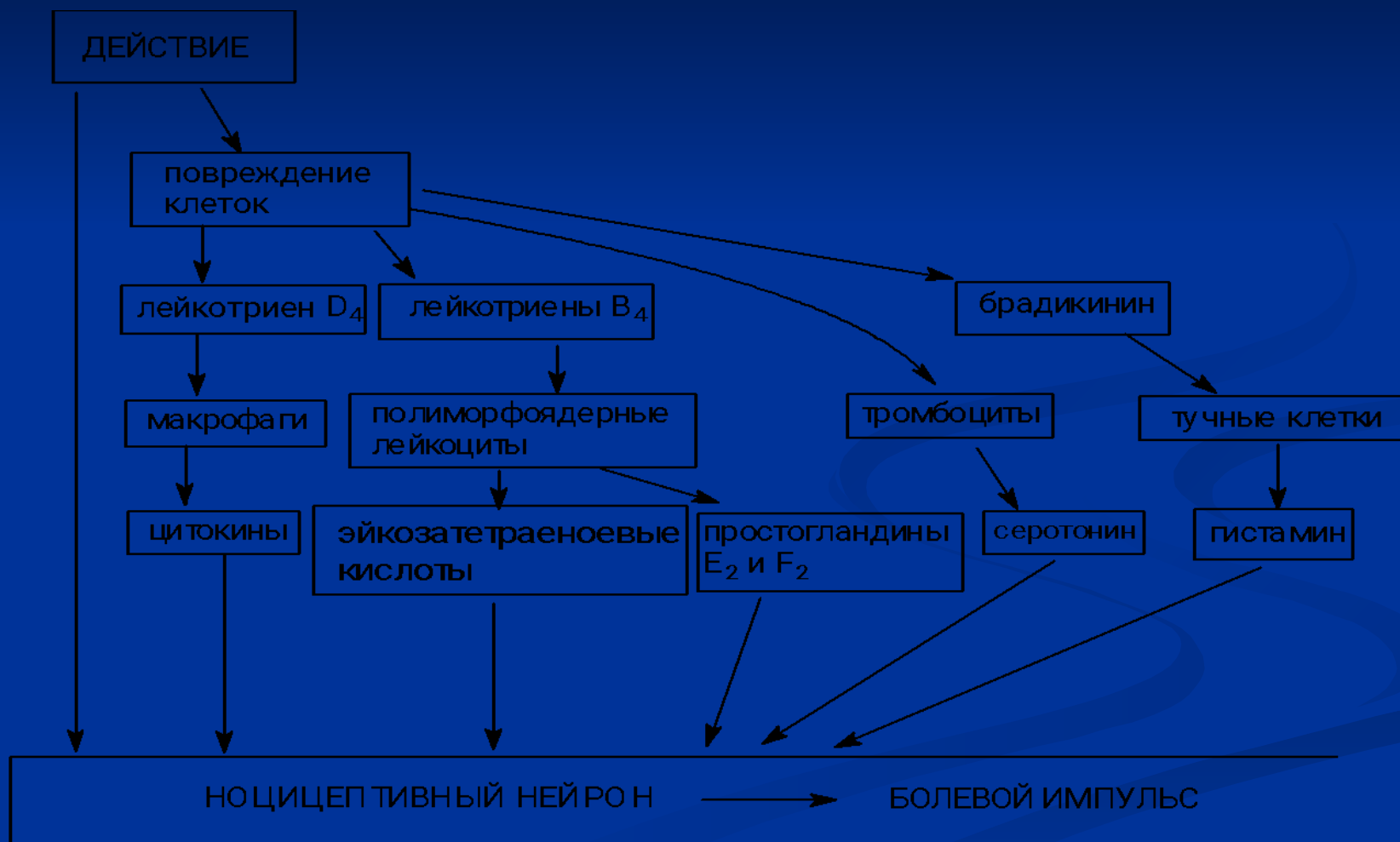
Физико-химические и токсические свойства хлорпикрина

- Бесцветная жидкость, с характерным резким запахом (в слабых концентрациях – запах меда).
- В воде растворяется плохо. Хорошо растворяется в органических растворителях, а также в некоторых ОВ (ФОВ, иприт, дифосген).
- Гидролиз в обычных условиях практически не идет.
- В начальных стадиях интоксикации проявляет свойства лакриматора, затем присоединяется мучительный кашель. При повышении концентрации может развиваться рефлекторная тошнота и рвота.
- При длительной экспозиции высоких концентраций проявляется пульмонотоксическое действие с формированием быстро развивающегося токсического отека легких и массивными кровоизлияниями во внутренние органы.


Механизмы действия химических веществ на нервные окончания

- **Прямое действие** (ингибирование SH-групп структурных белков и ферментов; действие на ионные каналы возбудимой мембраны и т.д.), приводящее к нарушению метаболизма в нервных волокнах и их возбуждению.
- **Опосредованное действие**, через активацию процессов образования в покровных тканях брадикинина, простагландинов, серотонина и других биологически активных веществ, которые вторично возбуждают чувствительные окончания волокон.


Схема механизма действия раздражающих веществ на нервные окончания ноцицептивных волокон




**Рецепторы глаз и
верхних дыхательных путей**



**по афферентным волокнам тройничного и
языкоглоточного нервов сигнал поступает в
ИХ**



**в вегетативные и двигательные ядра среднего и
продолговатого мозга**



**Формирование клиники : блефароспазма,
слезотечения,
ринореи, саливации (вегетативные и двигательные
ядра лицевого и глазодвигательного нервов), чихания,
кашля (ядро солитарного тракта), замедления
сердечной
деятельности и дыхания (двигательные ядра
блуждающего нерва, дыхательный,
сосудодвигательный**

Общие закономерности раздражающего действия

- ОВТВ раздражающего действия вызывают развитие транзиторной токсической реакции.
- Поражение начинается реакцией органа зрения: ощущением жжения в глазах, иногда чувством боли, блефороспазмом, светобоязнью.
- При более сильном поражении присоединяются симптомы раздражения дыхательных путей, ощущение жжения во рту, носоглотке, в груди, ринорея, саливация, диспноэ, кашель.
- В тяжелых случаях может развиваться тошнота, рвота, сильный болевой синдром.
- В большинстве случаев эти явления стихают в течение 10 мин после выхода из очага. Однако нередко даже кратковременное воздействие сопровождается сильными головными болями, общим недомоганием, которые могут сохраняться в течение нескольких часов.

Принципы оказания помощи

1. Прекращение дальнейшего поступления

- Использование индивидуальных средств защиты органов дыхания и глаз в зоне заражения.
- Выведение из зоны поражения.

2. Удаление токсиканта

- Промывание глаз и полость рта чистой водой или 2 % водным раствором гидрокарбоната натрия

3. Прерывание болевой импульсации:

- **противодымная смесь: хлороформ, этиловый спирт - по 40 мл; эфир - 20 мл, нашатырный спирт - 5 капель; в запаянных ампулах.**

При возникновении симптомов поражения в очаге вскрыть ампулу, и заложить ее под лицевую часть противогаза. Можно последовательно использовать несколько ампул.

- **Местные анестетики: закапывание в глаз 1 % раствора дикаина, 2 % раствора новокаина, смазывание слизистой носоглотки 1% раствором новокаина**
- **Наркотические анальгетики: активаторы опиоидных рецепторов мозга (промедол и др.)**

Прерывание эфферентной импульсации

- При выраженных вегетативных реакциях, являющихся следствием перевозбуждения (слезотечение, саливация, тошнота, рвота, бронхоррея, стойкая брадикардия и т.д.), показано применение М-холинолитиков: закапывание в глаза атропина, введение вещества внутримышечно.
- При стойком бронхоспазме с целью оказания первой врачебной помощи возможно назначение:
 - β 2-адреномиметиков (алупент: 0,65 мг аэрозоля на ингаляцию и др.),
 - метилксантинов (теофиллин в табл. по 100 - 200 мг).

**Токсичные вещества
пульмонотоксического
действия**

Пульмоноотоксичность

- **Пульмоноотоксичность** - это свойство химических веществ, действуя на организм, вызывать структурно-функциональные нарушения со стороны органов дыхания.
- Пульмоноотоксичность может проявляться как при местном, так и при резорбтивном действии токсикантов

Пульмонотоксиканты

- Вещества, к которым порог чувствительности органов дыхания существенно ниже, чем других органов и систем, а клиника поражения характеризуется, прежде всего, структурно-функциональными нарушениями со стороны органов дыхания, условно можно отнести к группе **пульмонотоксикантов**

Химическая классификация пульмонотоксикантов

- ❖ Галогены (хлор, фтор).
- ❖ Ангидриды кислот (оксиды азота, оксиды серы).
- ❖ Аммиак.
- ❖ Галогенпроизводные угольной кислоты (фосген, дифосген).
- ❖ Галогенированные нитроалканы (хлорпикрин, тетрахлординитроэтан).
- ❖ Галогенфториды (трехфтористый хлор).
- ❖ Галогенсульфиды (пятифтористая сера).
- ❖ Галогенпроизводные непредельных углеводородов (перфтризобутилен).
- ❖ Изоцианаты (метилизоцианат)

**Производится ежегодно:
хлора - более 10 000 000 тонн
аммиака – более 1 000 000 тонн**



**Широко используется
в хозяйственной деятельности
более 30 000 химических
соединений**

Химические вещества, вовлекаемые в аварию

- Аммиак 20 %
- Кислоты (серная, азотная, соляная) 17 %
- Хлор 10 %
- Хлорорганические соединения 5,4 %
- Аминосоединения 3,2 %
- Алифатические углеводороды 3,2 %
- Циклические углеводороды 3,2 %
- Фосген 1,4 %
- Фтористый водород 1,4 %

Токсичность некоторых СДЯВ для человека

Вещество	Токсодоза		
	Смертельная	Поражающая	Пороговая
Хлор	8 г·мин/м ³	3 г·мин/м ³	0,06 г/м ³
HF	>10 г·мин/м ³	2-5 г·мин/м ³	0,008 г/м ³
HCl	1,9-2,6 г·мин/ м ³ 30 мин эксп.	0,15 г/м ³ непереносима	0,015-0,075 г/м ³
PCl ₃	~340 г·мин/м ³	0,08-0,15 t` часы	
Метилизоцианат			0,6 мг/м ³ раздр.
Фосген	5 г·мин/м ³	>0,2 г·мин/м ³	0,004 г/м ³ запах
HCN	2 г·мин/м ³	0,3 г·мин/м ³	0,005 г/м ³ головокружение
Нитрил акриловой кислоты	>12 г·мин/м ³	5 г·мин/м ³	0,04 г/м ³ запах
Толуиленлицианат	>50 г·мин/м ³		0,003 г/м ³ раздр
Окислы азота	36 г·мин/м ³	24 г·мин/м ³	0,12 г/м ³ раздр
Сернистый ангидрид	~63 г·мин/м ³	~18 г·мин/м ³	0,015 г/м ³ запах
Сероуглерод	675 г·мин/м ³	~450 г·мин/м ³	1,5 г/м ³
NH ₃	>50 г·мин/м ³	0,4 г/м ³ непереносимо	0,004 г/м ³
НДМГ	4 г/м ³ ~240 мин	5 г·мин/м ³	0,012 г/м ³ запах

Пульмонотоксиканты

❖ Ингаляционного действия

↓
Вызывающие
быстрое
развитие
отёка

↓
Вызывающие
медленное
развитие
отёка

❖ Парентерального или энтерального действия

- гербициды
- триалкилфосфотрионаты
- оксиды тяжелых металлов

Патологические процессы, вызываемые пульмонотоксикантами

Острые поражения пульмонотоксикантами, сопровождаются формированием ряда патологических процессов, среди которых основные:

- явление раздражения;
- воспалительные процессы в дыхательных путях (острый ларингит и трахеобронхит);
- воспалительные процессы в паренхиме легких (острая пневмония);
- токсический отек лёгких.

Вещества, вызывающие нарушение функции лёгких при ингаляционном воздействии

	БЫСТРОГО ДЕЙСТВИЯ	МЕДЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ
Сильный прижигающий эффект	Cl ₂ , Br ₂ , F ₂ , трёххлористый фосфор, хлорокись фосфора, HCl, HNO ₃ , CH ₃ COOH, изоцианаты	Фосгеноксим
Слабый прижигающий эффект	Хлорид серы Хлорпикрин	Фосген, дифосген
Удушательный и общеядовитый эффект	NO ₂ , H ₂ S, CO	SO ₂ , акрилонитрил, углеводороды
Удушательный и нейротропный эффект	NH ₃ , сероуглерод	Хлор-, фосфорорганические соединения, углеводороды

Повышают проницаемость эпителия альвеол

сильно:

оксиды азота, Cl₂, Br₂, HCl, HNO₃,
CH₃COOH, аэрозоли оксидов Cd,
Mn, паракват

слабо:

фосген

Процесс газообмена между воздухом и кровью

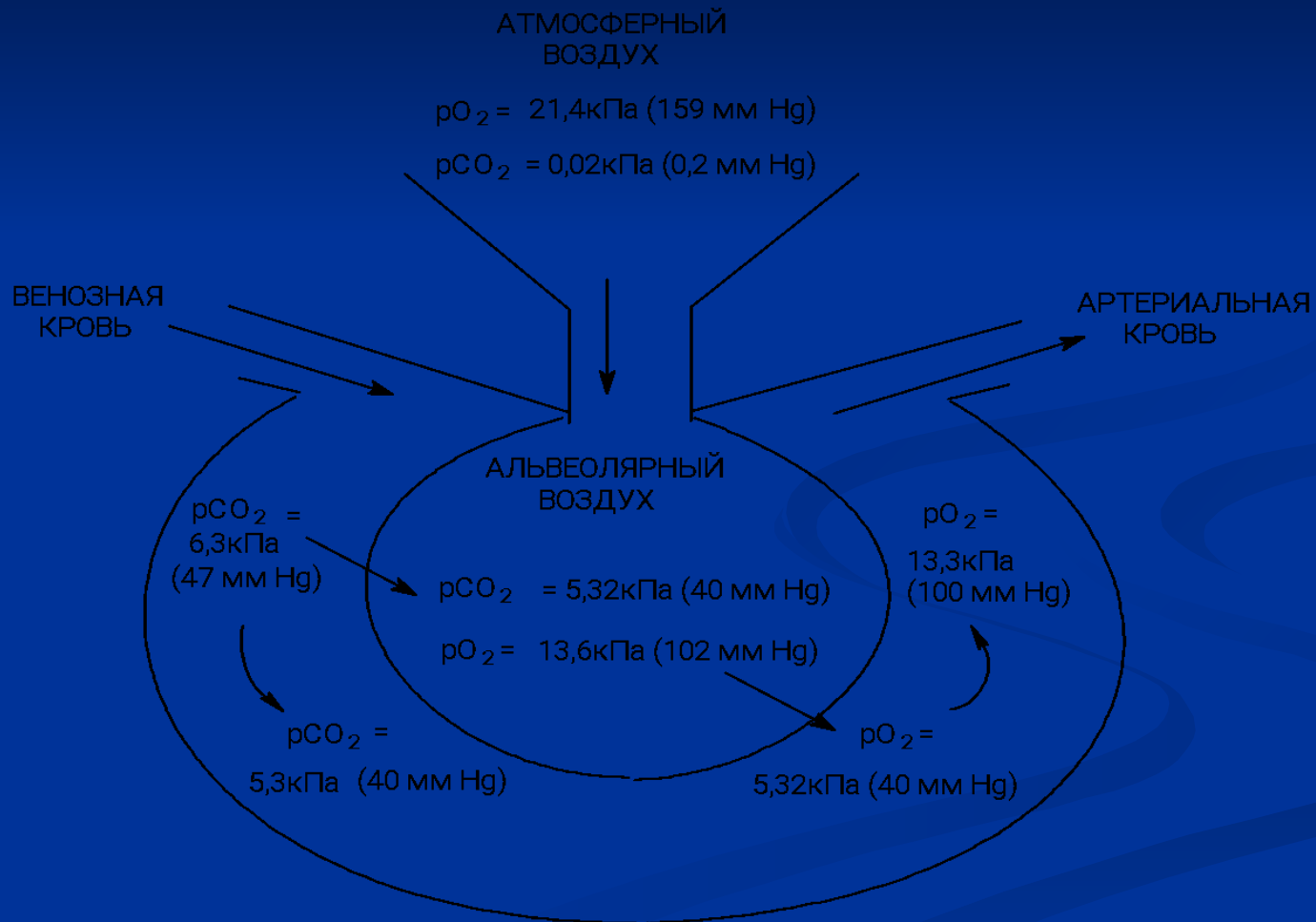


Схема обмена жидкости в легких

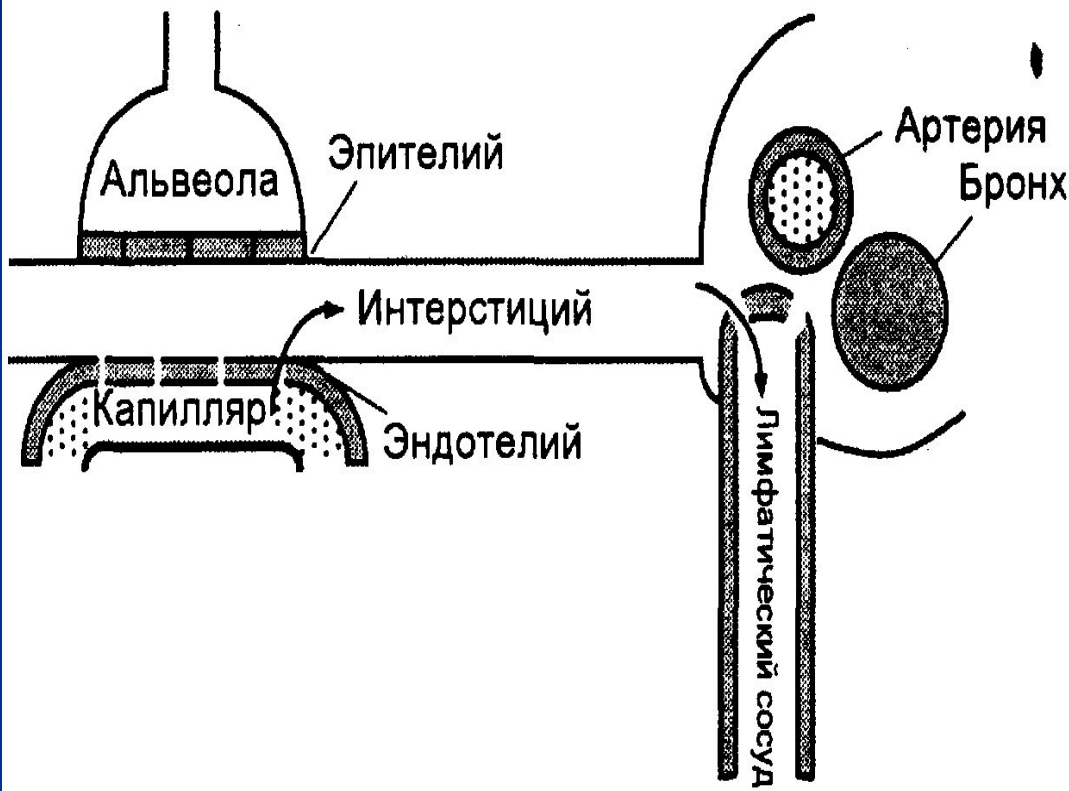
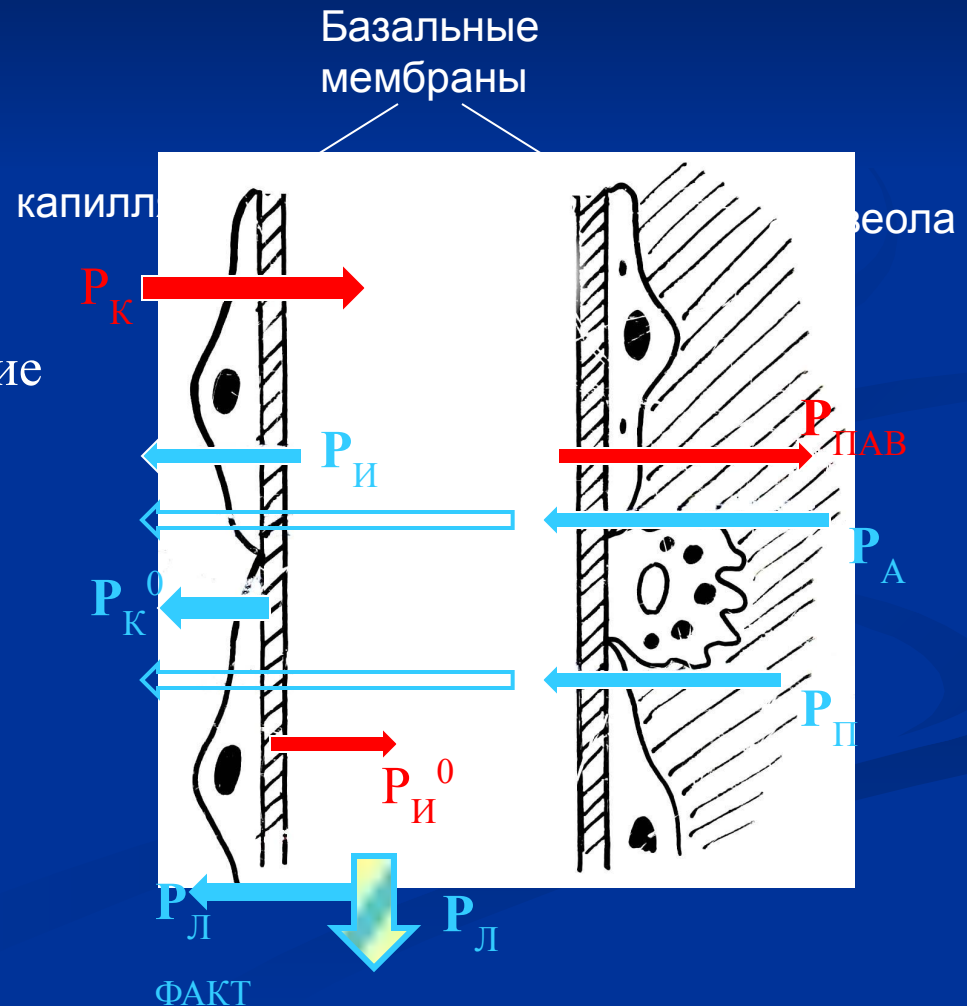


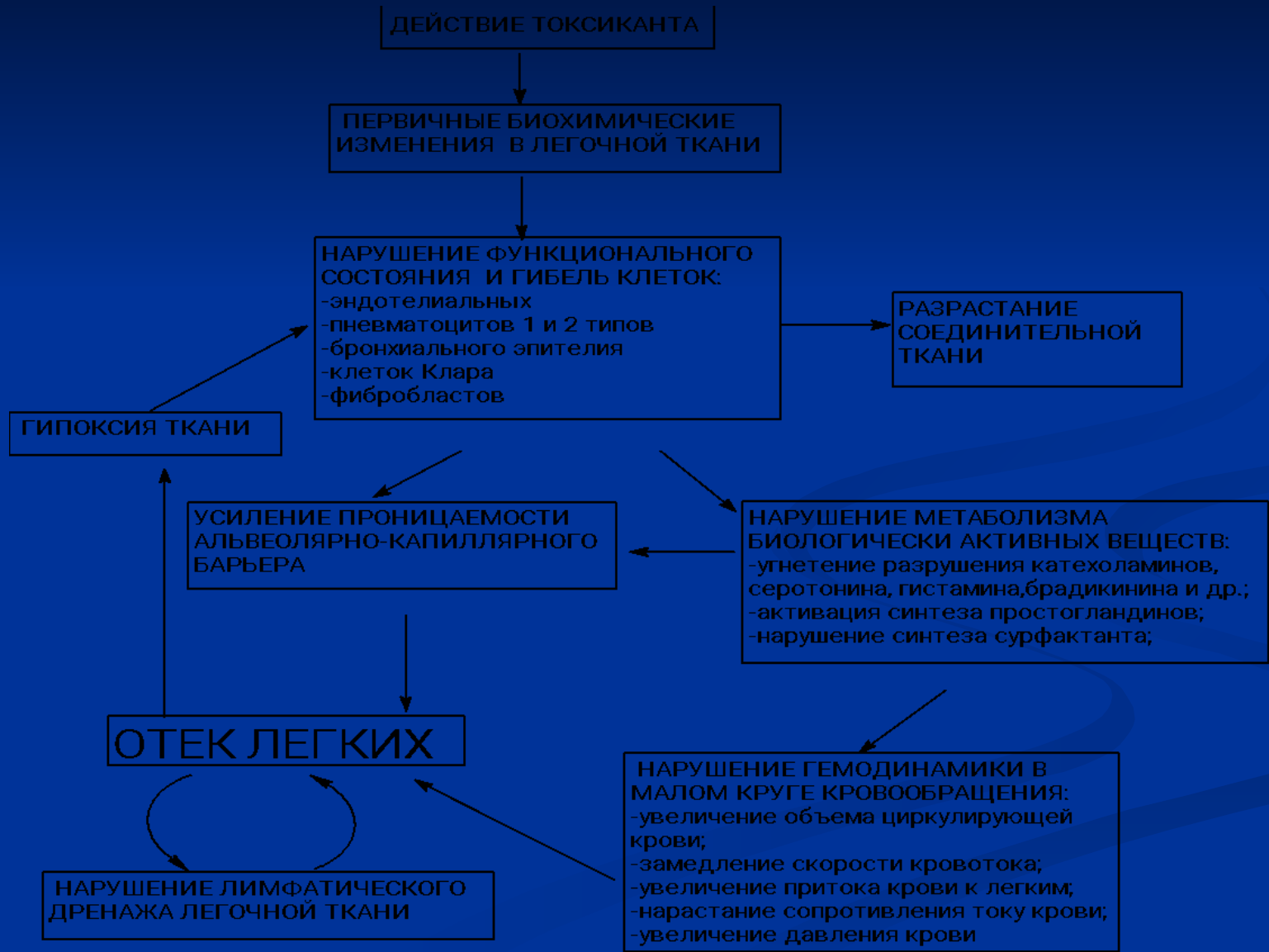
Рис. 14-4. Схема обмена жидкости в легких. Жидкость движется от альвеолярных капилляров через эндотелий в интерстиций на “толстых” сторонах капилляров. Из интерстициального пространства она проникает в терминальные лимфатические сосуды, расположенные в соединительной ткани, окружающей кровеносные сосуды и бронхи

Схема функционирования альвеолярно-капиллярной мембраны

- P_K - гидростатическое давление капилляров
- P_I - гидростатическое давление интерстиция
- P_A - внутриальвеолярное давление
- P_{II} - плевральное давление
- $P_{ПAB}$ - давление за счёт ПАВ
- P_K^0 - коллоидно-осмотическое давление капилляров
- P_I^0 - коллоидно-осмотическое давление интерстиция
- P_L - давление лимфооттока (фактически направлено в сторону $\downarrow P_I^0$)



Патогенез токсического отека легких



Механизмы формирования токсического отека легких

Нервно-рефлекторный

Воспалительный

Нейро-гуморальный

ТОКСИЧЕСКИЙ ОТЕК ЛЕГКИХ



Нервно-рефлекторный механизм

Пульмоноксикант

нервно-рефлекторное действие токсических веществ на рецепторы дыхательных путей

Активация ганглиев симпатической нервной системы

Повышение давления в капиллярах легких

Повышение гидростатического давления

Активация центров и ядер лимбической системы и гипоталамуса, каудального отдела продолговатого мозга и в грудного отделе спинного мозга

нарушение регуляции водного гомеостаза легких, развитие олигурии и увеличение притока крови к легким

Воспалительный механизм

Пульмотоксикант

- ковалентное связывание вещества с биомолекулами (взаимодействие с **NH-**, **OH-**, **SH-** группами белков и липидов) — фосген;
- стимулирование процесса перекисного окисления липидов — хлор, окислы азота, изоцианаты;
- блокирование системы антиоксидантов — окислы азота.

Нарушение функционального состояния и гибель клеток, составляющих АКМ:
эндотелиоцитов, альвеолоцитов I и II типа,
сурфактанта.

При нарушении функционирования эндотелиоцитов происходит угнетение инактивации норадреналина, серотонина, брадикинина, гистамина, ангиотензина **1**, простагландинов **E1, E2, F2**, а также изменение синтеза простагландина **G2**.

ГИПОКСИЯ

1. увеличение гидростатического давления;
2. увеличение притока крови к легким;
3. нарушение сопротивления легочных сосудов;
4. нарушение микроциркуляции.

При повреждении альвеолоцитов I типа происходит нарушение пассивной диффузии газов, в первую очередь кислорода, через альвеолярную мембрану. Нарушение функционирования альвеолоцитов II типа приводит к угнетению продукции сурфактанта и альвеолоцитов I типа.



Нарушение сурфактанта



- нарушается выравнивание давления в альвеолах различного диаметра;
- затруднена стабилизация и защита легочной мембраны;
- страдает перераспределение потоков воздуха между альвеолами;
- затрудняется диффузии газов

Нейро-гуморальный механизм

Выход жидкости в интерстиций



Снижение ОЦК, раздражение волюморецепторов



Задержка воды и электролитов в организме
(антинатрийуретический рефлекс)



Замкнулся «порочный круг»
за счет объединения всех трех механизмов

Периоды токсического отека легких

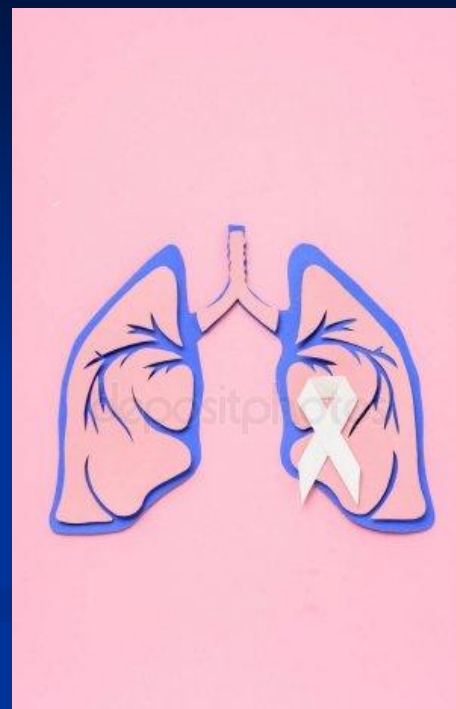
РЕФЛЕКТОРНЫЙ



СКРЫТЫЙ



ТОКСИЧЕСКОГО ОТЕКА ЛЕГКИХ



РАЗРЕШЕНИЯ, ОСЛОЖНЕНИЙ И ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ

Рефлекторный период

продолжительность

Время контакта с токсикантом
+ 15-20 минут после выхода из зоны поражения

симптомы

Раздражение органа зрения: ощущение жжения в глазах, боль, блефароспазм, светобоязнь.
Раздражения дыхательных путей: жжение во рту, носоглотке, в груди, ринорея, саливация, диспноэ, кашель.

!!! Клиника **ПОЛНОСТЬЮ** аналогична поражению веществами раздражающего действия

Скрытый период

продолжительность



От **30** минут до **24 часов!!!**
В среднем **4-6** часов

жалобы



Отсутствуют. У курильщиков может быть отвращение к курению.

симптомы

- Тахипное в сочетании с брадикардией, индекс Савицкого (дыхание/пульс) снижается до **2,5-2.**
- Признаки острой эмфиземы легких (уменьшение подвижности нижнего края легких, исчезновение абсолютной сердечной тупости)
- Снижение содержания гемоглобина и числа
- эритроцитов

Период токсического отека легких

Фаза интерстициального отека легких

Самочувствие пораженных резко ухудшается, развивается сильнейшая слабость, усиливается инспираторная одышка (до 50–60 в минуту). Сухой кашель. При осмотре отмечается вынужденное положение, цианоз кожи и слизистых оболочек. При перкуссии определяются опущение нижних границ легких и неоднородный перкуторный звук.



Фаза альвеолярного отека легких

Стадия синей гипоксии

Кашель с выделением пенистой мокроты (до 1,0–1,5 л в сутки).

Температура тела повышается до 38–39 °С. АД снижается до 95/60 мм рт.ст. Выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы.

Дыхание пораженных становится шумным, kloкочущим.

По мере нарастания отека жидкость заполняет не только альвеолы,

но также бронхиолы и бронхи — «утопление на суше».

Максимального развития отек достигает к концу первых суток.

Стадия серой гипоксии

Гипоксия и сгущение крови вызывают замедление кровотока и перераспределение крови. Развиваются расстройства гемодинамики. К дыхательной присоединяется циркуляторная гипоксия. При этом появляются клинические признаки коллапса:

ухудшение общего состояния, падение АД до 50 мм рт.ст., нитевидный пульс. Пораженные заторможены, хотя до конца сохраняют сознание, черты лица заострены. Кожа у пораженного

становится пепельно-серого цвета, тело покрыто липким потом.

ПЕРИОД РАЗРЕШЕНИЯ, ОСЛОЖНЕНИЙ И ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ

Наступает при благоприятном течении ТОЛ с 3–4-х суток отека, а к 6–7-м суткам — относительное выздоровление. **Осложнения** ТОЛ: тромбоэмболия, пневмония, которая может явиться причиной смерти на 8–15-е сутки. **Последствия** ТОЛ: пневмосклероз, бронхоэктазии, эмфизема легких, облитерирующий бронхиолит и бронхит.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

- каждого пораженного вне зависимости от его состояния следует рассматривать как носилочного больного;
- на всех этапах эвакуации и в пути должно быть обеспечено согревание пострадавшего;
- эвакуацию пораженных производить до истечения суток после поражения (скрытый период), при развитии отека легких пораженных считать нетранспортабельными;
- при подозрении на загрязнение токсико-химическими веществами (ТХВ) пульмонотоксического действия подвергать обсервации на одни сутки;
- пораженных необходимо эвакуировать на тот этап медицинской эвакуации, где им будет оказана исчерпывающая.

Антидотов при поражении пульмонотоксикантами не существует

1) введение глюкокортикоидов ингаляционно и внутривенно, начиная со

скрытого периода на протяжении всего курса лечения ТОЛ:

- преднизолон внутривенно каждые 3–4 ч до 1,0–1,2 г в сутки;
- беклометазон по 4–5 ингаляций дозированного аэрозоля каждые 10 мин;

2) уменьшение объема циркулирующей крови:

- введение фуросемида внутривенно

3) введение антиоксидантов:

- аскорбиновая кислота внутрь по 2–3 г на прием, повторно через 3–4 ч;
- оксиметацилглутаминовая кислота;
- ретинол витамин Е;

4) устранение метаболического ацидоза: натрия гидрокарбонат внутривенно.

5) Устранение гипоксии:

- обеспечение покоя, согревание;
- ингаляции 40–60% кислородно-воздушной смесью с противовспенивающими препаратами (синяя гипоксия);
- ингаляции карбогена (серая гипоксия);
- искусственная вентиляция легких (ИВЛ)

Поддержание деятельности сердечно-сосудистой сист

- сердечные гликозиды
- пресорные амины
- восполнение ОЦК

Профилактика и лечение осложнений:

- предупреждение инфекционных заболеваний (антибиотики);
- предупреждение тромбозов

Лекция окончена

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ