

улучшения диагностика больных с острой непроходимостью кишечника необходимо повышение квалификации врачей скорой медицинской помощи.

Работа представлена на Международную научную конференцию «Дидактика и компетентность в профессиональной деятельности преподавателя медицинского вуза и колледжа», Россия (Москва), 16-17 марта 2011 г. Поступила в редакцию 21.01.2011.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО ОБЪЕМА ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВ НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Хунафин С.Н., Зинатуллин Р.М.,
Мухаметзянов А.М., Гизатуллин Т.Р.,
Хатмуллина К.Р.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» РФ;
МУ ГКБ № 18, Уфа, e-mail: interord@mail.ru

Определение оптимального объема и качественного состава инфузионных сред особенно при массовом поступлении необходимо для осуществления преемственности в лечении обширных ожоговых ран. Необходимость инфузионной терапии появляется при ожогах площадью 10% у детей, 15% – у взрослых.

В результате массивного перемещения жидкости из внутрисосудистого пространства во внесосудистое и экссудации её через поврежденную кожу развивается гиповолемия, которая наиболее интенсивно происходит в первые часы получения ожоговой травмы.

При ожогах испарение воды через поврежденную кожу значительно возрастает. Этому не препятствует наличие ожогового струпа. Испарение воды через ожоговый струп в 16–20 раз превышает норму. У больных с ожогами 50% поверхности тела потеря кожного покрова ведет к испарению жидкости до 350 мл/час. Испарение воды с поверхности гранулирующей раны в период септикотоксемии составляет 30 мг/см²/ч.

Алгоритм оказания неотложной медицинской помощи является основой для дальнейшего их лечения. Однако, врачами скорой медицинской помощи реально осуществляется только введение обезболивающих средств и транспортировка обожженных в хирургические стационары. Задержка госпитализации ведет к нарастанию гемоконцентрации уже в первые часы после получения травмы. В таких случаях при наличии обширных ожогов идеальным является проведение инфузионной терапии на догоспитальном этапе, что патогенетически обосновано в профилактике тяжелых обменных

расстройств. Предложено множество схем расчета использования коллоидных и кристаллоидных растворов для лечения ожоговых больных. В этих формулах и схемах учитываются общая площадь ожога, масса тела пациента, индекс тяжести поражения и другие показатели, общей характеристикой также является применение нижеизложенных формул в первые и вторые сутки ожогового шока.

Целью исследования была разработка оптимального объема и качественного состава инфузионной терапии и использование их на догоспитальном и госпитальном этапах в лечении обожженных. Нами разработана формула расчета объема инфузионной терапии при ожогах с учетом площади ран, физиологические потребности организма и патологические потери в течении суток и коэффициент тяжести в различные периоды ожоговой болезни.

Формула предлагаемого способа выглядит следующим образом:

$$V = K \cdot \text{ПОП} + \text{ФП} + \text{ПП},$$

где V – объем инфузионной терапии в мл; K – коэффициент тяжести ожоговой болезни (0,5; 1,0; 1,5); ФП – физиологические потребности в мл; ПП – патологические потери жидкости в мл (патент РФ № 2349323).

Оценка тяжести ожоговой болезни или коэффициент K учитывает площадь, глубину ожога, тяжесть ожогового шока (легкий 0,5, тяжелый 1,0, крайне тяжелый 1,5). Учитывая испарение с поверхности гранулирующих ран 0,5 мл/см² в период септикотоксемии и объем кровопотери с донорских ран 0,5 мл/см² расчет инфузионной терапии будут соответствовать:

$$V = K \cdot \text{ПОП} + \text{ФП} + \text{ПП},$$

где K (0,5) – коэффициент тяжести поражения при ожоговой травме в период ожоговой токсемии и септикотоксемии, – площадь ожоговой поверхности (поверхность гранулирующих и донорских ран).

Отличительной особенностью предлагаемого метода расчета инфузионной терапии при ожоговой травме является учет коэффициента (K – 0,5; 1,0; 1,5;) в см², а не в % ожоговой поверхности. При этом качественный состав инфузионных сред и скорость инфузии не претерпевают существенных изменений.

За последние три года в республиканском ожоговом центре на базе МУ ГКБ № 18 г. Уфы инфузионная терапия, предложенным способом выполнялась 70 больным. Эффективность использования предложенного способа была подтверждена при проведении инфузии на догоспитальном этапе больным с термическими ожогами при транспортировке их в ожоговое отделение. Объем вводимой жидкости в процессе транспортировки в среднем составлял 700 мл. В дальнейшем отмечено уменьшение степени

выраженности ожогового шока, развитие острой почечной недостаточности и эндогенной интоксикации.

Работа представлена на Международную научную конференцию «Дидактика и компетентность в профессиональной деятельности преподавателя медицинского вуза и колледжа», Россия (Москва), 16-17 марта 2011 г. Поступила в редакцию 21.01.2011.

**ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ
ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ
И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОСТРАДАВШИМ
С ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ ПРИ
ПРИГОТОВЛЕНИИ НАРКОТИЧЕСКИХ
СУРРОГАТОВ В БЫТОВЫХ УСЛОВИЯХ**

Хунафин С.Н., Гизатуллин Т.Р.,
Зинатуллин Р.М., Хатмуллина К.Р., Мусина Ф.С.

*ГОУ ВПО «Башкирский государственный
медицинский университет Росздрава» РФ;
МУ ГКБ № 18, Уфа, e-mail: interord@mail.ru*

Социально-экономические кризисы в периоды последнего десятилетия XX века и сложный путь развития гражданского общества России в начале двухтысячных затронули абсолютно все сферы жизни граждан страны, что создало множество социальных последствий. Одним из них, часто заменяющих идеологию, для заматающейся молодежи, явилась наркомания, которая приносила радость и смысл жизни, «помогала» в трудных ситуациях, а чаще всего обогащала предприимчивых преступников. В это время усугубилось течение медико-демографических процессов, повысились показатели смертности, заболеваемости, стойкой и временной утраты трудоспособности. В настоящее время становится все более актуальной проблемой явление дезоморфиновой наркомании. Ее последствия имеют широкие границы социальности, распространяются на общество в целом и заинтересованные службы. Этими проблемами активно занимаются правоохранительные органы, но явление дезоморфиновой наркомании ведет к увеличению количества бытовых пожаров и привлекает к их решению сотрудников МЧС и врачей скорой медицинской помощи, которые должны информировать органы наркоконтроля и МВД.

За последние 20 лет потребление наркотиков в России выросло в 20 раз. Каждый год в Российской Федерации выявляют до 80 тыс. новых наркологических больных, то есть ежедневно 220 человек становятся наркоманами. В настоящее время около 2,5 млн. человек в России систематически употребляют наркотические вещества, 2 млн. из них «прочно сидят» на героине. Средний возраст смерти наркомана – 28 лет. По данным Минздравсоцразвития, ежегодно в России до 100 тыс. человек снимается с учета

в наркологических диспансерах, при этом 30% по причине смерти в результате передозировки.

Отсутствие финансовых возможностей, болезненное состояние, не позволяющее наркоманам вести трудовую деятельность и заработать деньги, и, конечно, повышение активности правоохранительных органов в пресечении наркотрафика и организованной наркопреступности в стране привело к ограничению доступности героина и поиску наркозависимыми новых источников его замены, изысканию простого способа получения «дешевого кайфа» – приготовлению наркотического суррогата в бытовых условиях из подручных средств.

Дезоморфин, как его называют наркоманы, «крокодил», за последний год прочно обосновался на рынке наркотиков. Этот препарат является наркотическим анальгетиком, оборот которого запрещен на территории Российской Федерации Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 1998 г. № 681. Это наркотик, убивающий быстро, даже по сравнению с героином, необратимые изменения в организме принимающего дезоморфин наблюдаются уже через месяц после формирования зависимости, кроме того опасность дезоморфина в высоком уровне риска смертельной передозировки.

По статистике средний возраст наркоманов потребляющих дезоморфин в диапазоне 24 до 30 лет, их продолжительность жизни 1-2 года. Часто употреблению тяжелых наркотиков предпочитают легкие или к дезоморфину наркоманы обращаются при невозможности приобрести героин, но в больницы также попадают молодые люди, не имеющие ранее зависимости от психотропных препаратов. Кроме соматической отягощенности впоследствии употребления дезоморфина растет травматизм и летальность наркологических больных. Среди всех видов травм, получаемых в состоянии наркотического опьянения или аддиктивного поведения наркоманов, наиболее частый и тяжелый вид травмы – термические ожоги.

Секрет динамики возрастания показателей ожогового травматизма среди «дезоморфиновых» наркоманов кроется в рецепте приготовления. Синтез наркотического средства занимает менее одного часа, не требует сложного оборудования и специальных знаний в области химии. Одна доза наркотика получается из 10 таблеток кодеинового лекарственного средства, содержащих по 8-15 мг кодеина фосфата, других химических веществ. В процессе синтеза дезоморфина требуется нагревания легко воспламеняющихся веществ, что приводит к возгоранию, пожарам в наркопритонах и тяжелым ожогам у наркоманов.

При анализе случаев поступления больных с признаками употребления наркотических средств в ожоговое отделение МУ ГКБ № 18 г. Уфы за 2009-2010 годы установлено,