

## ПОМОЩЬ ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Базалий О.А.

Научный руководитель — к. м. н., доцент Сашко А.А.  
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф  
Кемеровский государственный медицинский университет

**Актуальность исследования:** одним из важнейших периодов ожоговой болезни, в течение которого интенсивная терапия играет решающую роль, является ожоговый шок.

**Цель исследования:** оценить проведение инфузионной терапии при оказании экстренной помощи на догоспитальном этапе при ожогах.

**Материалы и методы:** журнал регистрации вызовов, интернет ресурсы, медицинская библиотека.

**Результаты:** на этапе первой врачебной помощи необходимо выполнить катетеризацию периферической вены, что осуществляется у 80% поступивших. В единичных случаях отмечено выполнение катетеризации подключичной и яремных вен. Катетеризация бедренной вены не отмечена ни в одном случае. Инфузии в пути следования осуществлялись путем введения препаратов 0,9% раствора натрия хлорида, 5% глюкозы, К-Mg-аспаргината, Мафусол и др. Объем в среднем составлял 600 мл, при среднем времени в пути, включая погрузку и выгрузку пациента, 80 мин. При этом несколько парадоксальными на первый взгляд были данные по связи летальности и проведения инфузии в пути следования. Так у пациентов, которым была выполнена инфузия, летальность была на 30% выше, чем в группе тяжелообожженных, которым инфузия не выполнялась. Это связано с тем, что медицинский персонал бригад скорой помощи выполняет инфузии наиболее тяжелообожженным, в то время как пострадавшие с легким ожоговым шоком остаются без нее [1, 2, 3].

**Выводы:** для обезболивания пострадавших в 40% случаев применяется комбинация анальгина и димедрола, в 10% — наркотические анальгетики (морфин, промедол, фентанил), в 30% — сочетание нескольких препаратов, в 20% — трамал, кетонал. Оценить эффективность действия данных препаратов не представляется возможным, так как отсутствует отработанная возможность применения шкал оценки боли на догоспитальном этапе. Интубация трахеи и проведение ИВЛ в карете скорой помощи осуществляется 2–5% пострадавших, как правило, реанимационными бригадами. Таким образом, начало противошоковой терапии может быть осуществлено в процессе транспортировки пострадавшего в стационар [1, 2, 3].

### Литература

1. Арьев Т.Я. Термические поражения. Л: Медицина, 1966. 704 с.
2. Колкер И.И. Инфекция и иммунитет при термических поражениях // Хирургия, 1980, № 5. С. 17–22.
3. С.М. Белоцкий., Т.Г. Борисова, Т.Н. Снастина., С.Б. Пашугин Характеристика фагоцитов, Т- и В-лимфоцитов у обожженных // Иммунология. 1983. № 6. С. 51–54.

## ОЦЕНКА ОСТРЫХ БЫТОВЫХ ОТРАВЛЕНИЙ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ В 2018 ГОДУ

Байбулатова Л.Р., Бакиева Э.А.

Научный руководитель: ассистент Панченко М.В.  
Кафедра медицины катастроф  
Оренбургский государственный медицинский университет

**Актуальность исследования:** одной из основных составляющих химической безопасности населения, социально-значимых проблем развития современного общества, является проблема острых бытовых отравлений веществами химической этиологии [1].