

И. Ф. Шпаков, М. Ю. Тарасенко, А. В. Самарев

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОБОЖЖЕННЫМ С ИНГАЛЯЦИОННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

*Федеральное государственное бюджетное военное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»
Министерства Обороны Российской Федерации, кафедра термических поражений*

Техногенные катастрофы мирного времени, сопровождающиеся взрывами и пожарами в замкнутых пространствах и закрытых помещениях, возгорание пиротехники в местах скопления людей, аварии на транспорте, применение зажигательного оружия в локальных военных конфликтах способны стать причиной многофакторного поражения (МФП) у обожженных.

В очаге пожара человек подвергается воздействию нескольких поражающих факторов.

Во-первых, это высокая температура окружающего воздуха, приводящая к ожогу кожных покровов и к общему перегреванию организма. Во-вторых, поражающим фактором являются летучие продукты неполного сгорания (копоть, сажа), вдыхаемые с воздухом и приводящие к ингаляционным поражениям (ИП) и химическому отравлению. В зависимости от материала горения выделяются такие летучие токсичные продукты термодеструкции как оксид углерода, фосген, хло-

ристый водород, фтористый водород, синильная кислота, альдегиды, диоксид серы и др. В клинической лаборатории лечебного учреждения диагностически дифференцируется только оксид углерода по содержанию карбоксигемоглобина.

По своим поражающим свойствам химические соединения, образующиеся при воспламенении современных синтетических материалов, приближаются к боевым отравляющим веществам. Литературные данные, экспериментальные исследования и клинические наблюдения подтверждают, что ИП утяжеляет течение ожоговой болезни и исход ожоговой травмы. В клинической практике наибольшие трудности возникают при лечении пострадавших с МФП.

На основании клинических наблюдений и лечения обожженных с ИП, доставленных из очагов пожара, нами определен алгоритм оказания медицинской помощи. При отравлении окисью углерода (СО): 1) ингаляция кислорода с помощью имеющихся на снабжении кислородных ингаляторов; 2) введение антидота – ацизола, внутримышечно по 1 мл 6% раствора 3 раза в течение 2-х часов, далее по 1 мл 2 раза в сутки. Для устранения бронхоспазма и профилактики отека слизистой оболочки глотки и гортани вводятся внутривенно глюкокортикоиды (преднизолон 120–180 мг/сутки или метилпреднизолон 500 мг/сутки), бронхолитики (эуфиллин), ан-

тигистаминные препараты. Показаны ингаляции 2% раствора соды по 10 минут, использование ингаляторов с сальбутамолом, беротеком и др. 3) Выполнение диагностической фибробронхоскопии (ФБС). Удалить полностью копоть за одну санационную ФБС бывает невозможно, поэтому следует выполнять ФБС ежедневно 1–2 раза в сутки. Визуальные признаки ожога слизистой оболочки верхних дыхательных путей с поражением гортани: слизистая оболочка бледно-серого цвета, отечные и неподвижные голосовые связки при фонации, отек слизистой оболочки глотки и сужение просвета входа в гортань. Нарастающая асфиксия из-за отека слизистой оболочки глотки является показанием к профилактической интубации трахеи или трахеотомии (коникотомии). В случае развития у пострадавших острой дыхательной недостаточности показано проведение аппаратной ИВЛ.

Оптимальным вариантом оказания медицинской помощи обожженным с ИП в локальных военных конфликтах и при техногенных катастрофах мирного времени является двухэтапный. При данном варианте пострадавший после оказания неотложной помощи на этапе первичного звена (первой врачебной, скорой медицинской) в течение 1–2 часов санитарным транспортом доставляется в лечебное учреждение госпитального звена (специализированная помощь), минуя этап квалифицированной помощи.