

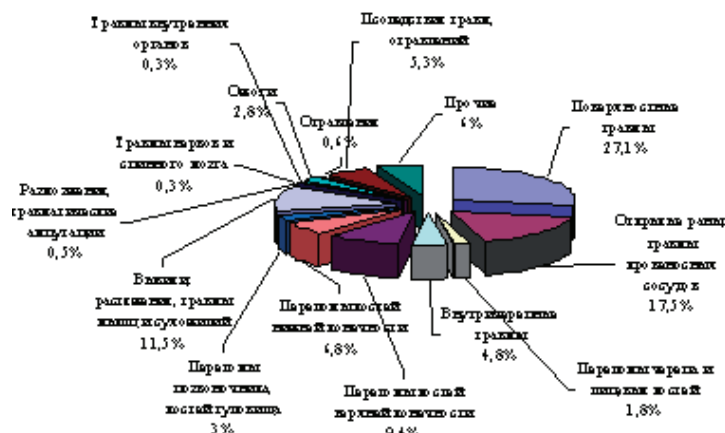


Рис. 5. Структура зарегистрированных в РС (Я) больных по видам травм за 2008 год, %

По предварительным данным в 2008 г. этот показатель достигнет 207,8 чел./на 100000 умерших. Наибольший удельный вес смертных исходов по различным травмам (около 50%). Здесь следует отметить также большой удельный вес самоубийств (более 23%) и убийств (около 20%). Смерть в результате всех видов транспортных травм, в том числе ДТП, составляет в данной структуре менее 10%, то есть 15,8 чел./на 100000 населения.

Заключение

Таким образом, можно сделать вывод, что структура травматизма по улусам республики различается и среднереспубликанские показатели выше аналогичных показателей по ДВФО и РФ в целом. Основными социально-экономическими факторами при этом выступают уровень безработицы от-

ОБМЕН ОПЫТОМ

УДК 616-001.186:615.835.3

дельных территорий и уровень среднедушевого дохода населения. В структуре травматизма наибольший удельный вес приходится на поверхностные травмы, открытые раны, травмы кровеносных сосудов, вывихи, растяжения, травмы мышц и сухожилий, а также переломы костей верхней конечности. Среди взрослого населения травматизм за последние годы неуклонно растет. При этом основными социально-экономическими факторами роста травматизма стали такие факторы, как уровень среднедушевого дохода населения и уровень безработицы. В связи с этим профилактика травматизма населения должна стать не только медицинской проблемой, но и одной из приоритетных направлений в деятельности правительства (государства).

Литература

1. Бабенко А.И. Медико-демографические

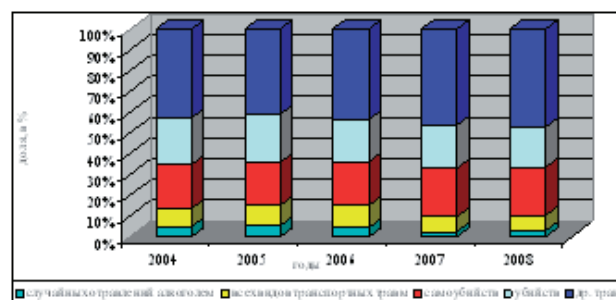


Рис. 6. Структура смертности населения от несчастных случаев, отравлений и травм по РС (Я) за 2004-2008 гг., %

дельных территорий и уровень среднедушевого

проблемы оздоровления населения Сибири / А.И. Бабенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 103-104.

2. ВОЗ: Десять ведущих причин смерти // Электронный адрес: <http://www.who.int>

3. Официальные данные Государственного учреждения «Якутский республиканский медицинский информационно-аналитический центр» (ГУ ЯРМИАЦ) //

4. Официальные данные Министерства экономического развития Республики Саха (Якутия) // Электронный адрес: <http://www.economy.ykt.ru>

5. Официальные данные Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Саха (Якутия) // Электронный адрес: <http://sakha.gks.ru>

6. Сорова Н.А. Травматизм как медико-социальная проблема / Н.А. Сорова // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2004. №2 (Т-7). – <http://www.vsm.a.ru>

7. Тимофеев Л.Ф. К вопросу о распределении улусов и городов Республики Саха (Якутия) по медико-экономическим группам / Л.Ф. Тимофеев, В.Г. Кривошапкин, Р.М. Кылатчанов // Якутский медицинский журнал. – 2004. – №2. с.30-31.

8. Юрков П.Ю. Некоторые аспекты работы травматологического пункта в современных условиях / П.Ю. Юрков // Проблемы управления здравоохранением. – 2007. – №2 (№33). – С.56-58.

В.Н. Мирошник

ЛЕЧЕНИЕ ОТМОРОЖЕНИЙ МЕТОДОМ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

Ключевые слова: отморожения, гипербарическая оксигенация, барокамера.

Keywords: frostbites, hyperbaric oxygenation, vacuum chamber.

Для жителей Севера, где в течение 9 месяцев температура воздуха колеблется от 0 до -60°C, проблема отморожений очень актуальна. Отморожения могут развиваться не только зимой, но и весной и осенью, а в условиях Якутии даже летом при температуре плюс 3-7°C в сырую погоду, при воздействии холода и ветра, нарушении нормального кровообращения (неподвижное положение, тесная обувь), при повышенной влажности (промокашая одежда и обувь). Наиболее подвержены отморожениям лица с облитерирующими

МИРОШНИК Вера Николаевна – м.н.с. ФГНУ «Институт здоровья».

заболеваниями сосудов нижних конечностей, варикозным расширением вен, заболеванием сердечно-сосудистой системы, а также с повышенной потливостью ног. Чаще всего отморожение развивается вследствие длительного пребывания на морозе в состоянии алкогольного опьянения, реже – у лиц травмированных и попавших в экстремальные погодные ситуации, в Якутии это чаще всего водители-рейсовики, а также у тяжелобольных, особенно пожилых людей, в том числе при кровопотере, внезапном развитии комы, инфаркта миокарда или инсульта. И здесь, на Севере, эти ситуации не так уж редки.

Классическое лечение отморожений включает в себя:

1) постепенное отогревание пострадавших частей тела,

2) применение асептических растворов, обезболивающих и противомикробных средств, спазмолитиков, гепарина, антиагрегантов, средств, регулирующих реологические свойства крови, противостолбнячную сыворотку, новокаиновые блокады;

3) по возможности, согревание с помощью аппарата искусственного кровообращения;

4) гемодиализ.

2 последних метода малодоступны для участковых и районных больниц

Якутии. Чаще всего итогом лечения отморожений 3-й степени является ампутация пальцев, кистей, стоп и голей.

Нами предложен альтернативный, эффективный и весьма доступный, даже для районных больниц (Алданской и Нерюнгринской, где имеются бароаппараты) метод лечения отморожений конечностей гипербарическим кислородом.

Больным с отморожением конечностей, поступившим в Алданскую ЦРБ в первые сутки получения холодовой травмы, проводился интенсивный курс гипербарической оксигенации (ГБО).

Как правило, у таких пациентов есть отек носоглотки, явления острого ринита, что является риском появления бароотита и бароевстахиита при проведении ГБО. В целях профилактики данных осложнений 1) каждому больному интраназально вводилось по 2 капли 0,1% раствора нафтизина, 2) компрессия и декомпрессия проводились ступенчато, с медленной скоростью. Затем больной помещался в барокамеру типа Ока-2мт, режим изопрессии задавался по возможности максимальный – 0,75–1,0 ати (атмосфера избыточная) на 2 часа. Такие сеансы проводились не менее 2 раз в сутки в течение первых 3-5 дней. Затем больной переводился на более щадящий режим – 0,5-1,0 ати по 1 раз в сутки по 60 мин изопрессии. Общее количество сеансов 10-15. В результате такого интенсивного курса наступало полное заживление при отморожении 2-3 степени, полностью восстанавливалась хватательная функция кисти и опорная

функция стопы. При позднем обращении на 2-е–3-и сутки после получения холодовой травмы результаты лечения менее благополучны. Ампутации было не избежать, но она проводилась в меньшем объеме, что позволяло частично сохранить функции кисти и стопы. Позже, уже используя эту методику и неоднократно получая хорошие результаты в лечении отморожений, нами была обнаружена статья в журнале «Гипербарическая физиология и медицина» (1998 г. №4) по лечению отморожений 3-й степени методом ГБО в режиме проблемных ран (давление 2,4 бар на 90 мин, попеременное дыхание 100%-ным кислородом и воздухом, ежедневно в течение 14 дней). В результате наступило полное излечение. Это происходило в городе Аахен в Германии, вероятнее всего в многоместных барокамерах. Бароаппарат «Ока - МТ», на котором мы работали, создает максимальное давление не более 1 ати. Путем увеличения времени воздействия и кратности сеансов в сутки мы пришли к подобным положительным результатам.

Дополнительно к нашему интенсивному курсу ГБО врачами травматологом к.м.н. Вахниным М.В. и реаниматологом Гузем В.Н. предложено следующее. После сеанса баротерапии осуществляют сдавление пораженной конечности до создания венозного стаза и проводят регионарное введение 0,2 г ацетилхолин-хлорида в 10 мл 2%-ного раствора новокаина внутриаартериально. Больной при этом находится в положении лежа во избежании падения АД. На конечность на-

кладывается манжетка от тонометра. Измеряется АД и давление в манжете поднимается на 10-15 мм рт. ст. выше верхних цифр АД больного. Через 2-3 мин после более полного распространения лекарства по сосудам, медленно, в течение 5-7 мин давление в манжете снижают до 0. По мере снижения давления в манжете в отграниченной конечности появляется чувство распирания, выраженные парестезии, на коже конечности появляются островки гиперемии, постепенно увеличивающиеся в размерах и сливающиеся между собой. Далее проводится стандартная терапия.

Таким образом, 1) использование ацетилхолина-хлорида после сеанса баротерапии существенно сокращает сроки лечения больного до 16 дней в отличие от сроков при использовании традиционных методов лечения отморожений (70-120 дней); 2) выход на инвалидность при данном способе лечения составляет 11,9% по сравнению с известными методами (41,4%).

На данный метод лечения отморожений (использование ацетилхолина хлорида после сеанса ГБО) получен патент N2242225, зарегистрированный в Государственном Реестре изобретений РФ 20 декабря 2004г.

Литература

1. Лечение отморожений с помощью ГБО-терапии / Steffes I.[et al.] // Гипербарическая физиология и медицина. - 1998. - №4. - С. 18.
2. . Показания к применению ГБО: методические указания МЗ СССР. - М., 1986.

М.М. Луценко

НЕЙРОСЕКРЕТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ГИПОТАЛАМУСА ПРИ ОБЩЕМ ОХЛАЖДЕНИИ ОРГАНИЗМА КРОЛИКОВ

УДК 612.014.44:576.344:616-003.96

Изложен материал, освещающий повышенную нейросекреторную активность супраоптического и паравентрикулярного ядер гипоталамуса при общем охлаждении организма кроликов при температуре -30°C в течение 25 дней.

Ключевые слова: гипоталамус, супраоптическое, паравентрикулярное ядра, охлаждение.

The material, covering increased neurosecretory activity of supraoptical and paraventricular hypothalamus nucleuses at the general cooling of rabbits' organism at temperature -30°C within 25 days is presented.

Keywords: hypothalamus, supraoptical, paraventricular nucleuses, cooling.

В настоящее время проблемы нейросекреции занимают одно из ведущих мест в современной патофизиологии.

Морфологические проявления нейросекреторных процессов чрезвычайно разнообразны. Описываются образования нейросекреторных включений в цитоплазме, а также перерождение нейрона полностью в секрет.

Важным остается вопрос о химической природе нейросекрета и его биологическое значение. В отношении химической природы нейросекрета можно определено сказать, что это либо простой протеин, либо в соединении с липидами или полисахаридами.

Наиболее характерным признаком всех секреторных нейронов гипоталамуса является и тесная связь с сосудистым руслом [3–5]. Наблюдается тесный контакт между окончаниями нейросекреторных волокон и капилля-

рами, расположенными в дистальных частях гипоталамо-гипофизарной системы [1, 2].

Исходя из того, что нейросекреторные окончания тесно контактируют с сосудистым руслом, можно предполагать о влиянии биологически активных веществ на клетки гипофиза, а через них на метаболические процессы, протекающие во многих органах и тканях животного организма. В литературе недостаточно освещен вопрос секрета ядер гипоталамической зоны при