

использованием χ^2 -коэффициента: χ^2 -критерий с поправкой Йетса – $p=0,0192$.

Таким образом, полноценная диагностика тяжести ингаляционного поражения, ранняя респираторная терапия с введением сурфактанта, сбалан-

сированная инфузионно-трансфузионная терапия современными коллоидными плазмозаменяющими растворами благоприятно сказывается на исходах лечения пострадавших с тяжелыми ингаляционными поражениями.

Klimov A.G. **Intensive care burned with an inhalation defeat.** *Military Medical Academy. S.M. Kirov in St. Petersburg*

Keywords: intensive care, burns, lesions with an inhaled

© А.Г. Климов, М.В. Коцеруба, 2012
УДК 616.1/8-089.5.

Климов А.Г., Коцеруба М.В.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ У ОБОЖЖЕННЫХ

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: обожженные, обезбоживание.

Совершенствование способов устранения болевого синдрома у обожженных по-прежнему сохраняет свою актуальность, несмотря на внедрение в последние годы целого ряда новых медикаментозных средств.

Цель исследования: выявить наиболее эффективный анальгетик для купирования невыраженного болевого синдрома у обожженных.

Материалы и методы исследования: проведен анализ клинических наблюдений за 24 больными, которые находились на лечении в клинике термических поражений. В первой группе (11 пострадавших) обезбоживание проводили кетопрофеном (100 мг внутримышечно). Во второй группе (13 обожженных) – трамадол (100 мг внутримышечно). Пострадавшие были сравнимы по возрасту ($42,5 \pm 3,1$ и $41,1 \pm 3,7$), тяжести термической травмы (ИТП = $30 \pm 1,3$ в 1-й группе и $27,4 \pm 1,8$ – во 2-й). Исследования показателей гемодинамики, ЧДД, уровня глюкозы, оценку выраженности болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), шкале интенсивности боли (ШИБ), шкале седации (ШС), шкале эйфории (ШЭ) проводили перед введением анальгетика, через 30 мин., через 3 час., 5 час. и 8 час.

Результаты исследования показали, что во 2-й группе обожженных, где обезбоживание проводили

трамадолом, анальгезия была более выраженной.

Болевой синдром у больных 1-й группы через 30 мин. по ВАШ уменьшался 16% ($2,64 \pm 0,13$ до $1,79 \pm 0,11$ балла), у больных 2-й группы – на 32% ($2,85 \pm 0,22$ до $1,46 \pm 0,18$). На 3-м этапе исследования (через 3 час.) у больных 1-й группы болевой синдром сохранялся ($1,64 \pm 0,13$), у пострадавших 2-й группы обезбоживание оставалось эффективным ($0,08 \pm 0,08$). Через 5 час. (5-й этап) болевой синдром у больных 1-й группы вновь усиливался, но не достигал исходного уровня, составляя $2,29 \pm 0,13$ балла по ВАШ. Во 2-й группе – $1,38 \pm 0,21$ балла. Оценка болевого синдрома по шкале интенсивности боли подтвердила результаты оценки боли по ВАШ: через 30 мин. у больных 2-й группы уменьшился на 95% ($3 \pm 0,25$ до $0,15 \pm 0,1$), тогда как у обожженных 1-й группы болевой синдром уменьшился только на 51% ($3,07 \pm 0,07$ до $1,5 \pm 0,1$). Седация была более выраженная у обожженных 2-й группы ($0-1,92 \pm 0,14-1,31 \pm 0,13$), в 1-й группе, соответственно, $0-0,36 \pm 0,13-0,14 \pm 0,1-0$). Динамика изменений показателей уровня глюкозы, ЧСС, ЧДД, показаний шкалы эйфории статистически были не достоверными.

Выводы. Таким образом, трамадол оказался более эффективным средством для обезбоживания обожженных с невыраженным болевым синдромом.

Klimov A.G, Kotseruba M.V. **Analgesia in Burned.** *Military Medical Academy. S.M. Kirov, St. Petersburg.*

Keywords: baked, analgesia.