

после героина. Для сравнения в начале 2010 года дезоморфиновых наркоманов было всего 2-4%, в ноябре 2010 года 6%, а в апреле 2011 более 25%. Причина этого доступность кодеинсодержащих препаратов (большинство из них продаётся в России без рецепта), их низкая стоимость (200-250 рублей). В домашних условиях несложно сделать реакцию превращения кодеина в дезоморфин, не владея при этом химическими знаниями. Наркотическая смесь кустарного производства содержит в своем составе йод и фосфор в высоких концентрациях, а также опасные примеси тяжелых металлов, свинца, цинка, сурьмы, железа.

Результаты. Зависимость от дезоморфина развивается после 1-2 инъекции. Необратимые изменения в организме появляются через 2-3 недели после начала употребления. Основное действие дезоморфина на организм связано с возбуждением опиоидных рецепторов. Стимуляцией центральных опиоидных рецепторов определяются следующие фармакологические эффекты дезоморфина: анальгезия, эйфория, седативный эффект, угнетение дыхания, брадикардия, миоз, влияние на продукцию гормонов. Свое сленговое название «Крокодил» наркотик получил не просто так: кожа, употребляющих дезоморфин начинает терять свою структуру и приобретает зеленый оттенок. В местах введения наркотического вещества появляются язвы, развиваются гнойно-септические заболевания кожи. Формируется острый процесс «гниения», с характерной особенностью, которая проявляется в перемещении язв и флегмон по всему телу. Патогномичным симптомом является некроз мягких тканей конечностей, что приводит к их ампутации. При употреблении дезоморфина полностью разрушается иммунная система, поражается печень, почки, сосуды, мышцы. Прогрессирует полиорганная недостаточность. Средняя продолжительность жизни, употребляющих дезоморфин 1 год.

Выводы. Химические свойства этого вещества не позволяют наркоманам избавиться от своей зависимости. В большинстве случаев понятия ремиссии при употреблении дезоморфина не существует.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СПАСАТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ МЧС РОССИИ В ЯПОНИИ В 2003 И 2011 ГОДАХ

Харитонкин Я.В., Яковлев С.С., Булычева О.С.

*ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград,
e-mail: Lenaja@mail.ru*

11 марта 2011 года на северо-востоке Японии произошло землетрясение, магнитудой 9,1, вызвавшее цунами высотой до 10 м. Это самое мощное землетрясение в истории государства с XIX века. Официальное число погибших в результате землетрясения и цунами составляет 15840 человек. Цель работы: Провести сравнительный анализ спасательных операций службы МЧС России при ликвидации последствий землетрясений в Японии в 2003 и 2011 годах.

В 2003 по информации Японского метеорологического агентства произошло два землетрясения, силой 7,7 баллов. Атомная электростанция в Томари не пострадала. В Токио был направлен самолет Ил-76, на его борту находилось 50 сотрудников «Центроспас» и поисково-спасательное оборудование. Из Хабаровска прибыл вертолет МЧС России Ми-26, на борту 25 специалистов Дальневосточного регионального поисково-спасательного отряда. Группа полностью автономна, с собой привезла все необходимое. После катастрофического землетрясения в 2011 году, в ряде провинций Японии был зафиксирован повы-

шенный радиоактивный фон, вследствие взрывов на АЭС «Фукусима-1». В Японии была направлена группа из 165 российских спасателей. Основная часть спасателей была направлена в город Сендай, где была создана спасательная группировка МЧС России: 161 человек, семь единиц техники. В операции задействовали семь воздушных судов, а также морские грузовые суда, которые доставили гуманитарную помощь. Пассажирские суда оказывали поддержку при эвакуации граждан. В дежурном режиме в порту Нарита находился тяжелый вертолет «Ми-26» предназначенный в случае необходимости экстренно эвакуировать спасательные подразделения. Произведена поэтапная эвакуация 4536 граждан Российской Федерации. В Японии работала оперативная группа экспертов Росатома.

Выводы. Сила землетрясения в 2011 году превышает всего на 1,3 балла, последствия имели радиационный фактор. Численность группировок российских спасателей в 2011 году выше в два раза. На оснащении группировки имелись вертолеты, самолеты и корабли. Кроме того потребовалась эвакуация несколько тысяч граждан России из Японии.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИДОТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ БИЦИКЛОФОСФАТАМИ

Цапков А.Н., Булычева О.С.

*ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград,
e-mail: Tsapkov7@mail.ru*

Бициклофосфаты (БЦФ) не являются табельными отравляющими веществами современных армий, поэтому разработка средств медицинской защиты от веществ данной группы систематически не проводилась.

Цель: оценить эффективность антидотной терапии при отравлении БЦФ.

Материалы и методы. На основании анализа литературных данных установлено, что профилактическое назначение индукторов микросомальных энзимов экспериментальным животным (бензонал, фенобарбитал – 1 раз в сутки, трехкратно в дозе 40 мг/кг, внутривенно; перфтордекалин – 2 г/кг) в 1,5–1,8 раз снижает чувствительность к БЦФ на 3 и более суток. Практическому использованию данного направления защиты препятствует существующая у индукторов способность повышать чувствительность организма к веществам, активируемым в процессе метаболизма. Аминооксисуксая кислота (АОУК), вигабатрин, γ -винил-ГАМК повышают уровень ГАМК в тканях головного мозга за счет угнетения процесса ее разрушения, что снижает токсичность ГАМК-литиков. При профилактическом введении АОУК (50 мг/кг внутривенно за 2 ч до введения яда) в 1,2–1,5 раза понижается чувствительность экспериментальных животных к смертельным дозам. В качестве специфических противоядий, обладающих физиологическим антагонизмом, возможно использование бензодиазепинов. Их фармакологический эффект обусловлен повышением частоты открытий хлоридного канала возбудимых мембран нейронов и увеличением сродства к ГАМК. Бензодиазепины оказываются эффективными при лечебном и профилактическом способе применения. Барбитураты проявляют антидотную активность при профилактическом (за 15 мин) и лечебном применении в условиях пероральной интоксикации. К числу недостатков барбитуратов, можно отнести: недостаточную терапевтическую широту, необходимость введения веществ в относительно больших объемах