

**Государственное автономное профессиональное  
образовательное учреждение  
«Байкальский базовый медицинский колледж  
Министерства здравоохранения Республики Бурятия»**

**ДИПЛОМНАЯ РАБОТА**

*Сестринский уход за пациентом при термических ожогах*

**Выполнила студентка**  
Аюржанаева Альбина Мункуевна  
**III курса, 641 группы,**  
34.02.01 Сестринское дело,  
*специальность*  
Медицинская сестра —  
*Квалификация*

**Руководитель**  
**Преподаватель**  
**Профессионального цикла**  
**Заборовский Олег Анатольевич**

*подпись*

**Работа допущена к защите:**

*подпись*

**Зам. директора по УР**  
**О.В. Шереметова**

**«    » «                    » 20    г.**

Селенгинск

2023г.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
1. Теоретические основы сестринского ухода за пациентами с термическими ожогами.....	7
1.1. Основные понятия о термических ожогах.....	7
1.2. Сестринский уход при термическом ожоге.....	18
2. Исследование распространенности термических ожогов за 2020-2022 гг. в Республике Бурятия.....	24
2.1 Анализ статистических данных.....	24
2.2. Анализ анкетных данных.....	27
Заключение.....	35
Список использованных источников.....	37
Приложения.....	39

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность** проблемы ожогов определяется частотой их получения в быту и на производстве, в условиях катастроф мирного и военного времени, сложностью патогенеза, высокой инвалидизацией и летальностью. Ожоговый травматизм является важной медицинской и социальной проблемой.

По данным ВОЗ, ожоги занимают третье место по частоте среди прочих травм, а в Российской Федерации - шестое место (2,4%), составляя 2,1 случая на 1000 взрослого населения. В России ежегодно регистрируются более 800 тыс. обожженных, из них люди трудоспособного возраста и дети составляют 85-90%.

В условиях мирной жизни удельный вес пострадавших от ожогов составляет в среднем 1,8-2,4% от числа всех хирургических больных. При этом ожоговая травма встречается у детей преимущественно в возрасте от 4 до 10 лет в 30,9-41,4% случаев. Среди взрослого населения ожоговая травма чаще бывает в возрасте 21-40 лет (30,1%).

В военное время ожоговая травма явилась причиной в 0,4-0,8% от всех летальных исходов.

Исследования разных лет показали, что в 66,0-96,7% случаев ожоги являются следствием бытовой травмы. В 3,3-34% наблюдений ожоги возникают на производстве.

Как свидетельствуют данные литературы, среди пострадавших в 93,3% случаев имели место термические ожоги, в 5,6% наблюдений - химические, у 1,1% больных причиной ожога являлась электротравма.

К наиболее частым относят термические ожоги, которые связаны с воздействием высоких температур. Обычно это ожоги горячими жидкостями и паром, реже – открытым пламенем. Контактные термические ожоги развиваются при контакте с горячими предметами или веществами, например, раскаленным металлом, горячей смолой, битумом, асфальтом и т.д.

В 47,2% случаев термические ожоговые поражения кожи локализовались на нижних конечностях, в 18,2% - на голове, в 16,1% - на туловище, в 15,0% - на верхних конечностях и в 2,7% - в пояснично-ягодичной области.

В мире каждый год от термической травмы умирают около 60 тысяч человек. Из числа выживших 23% пациентов становятся инвалидами и нуждаются в длительной реабилитации. Многим пострадавшим от ожогов (40-50%)

Химические ожоги возникают вследствие агрессивного воздействия на кожу или слизистые оболочки химических веществ. Кроме ожогов эти вещества вызывают и другие поражения кожи – контактные дерматиты и экземы.

Электротравма (травма в результате действия на организм электрического тока) также может привести к ожогу и сопровождаться местной и общей реакцией. У взрослых электротравмы, как правило, связаны с профессиональной деятельностью, у детей – с использованием домашних электроприборов.

Поражения молнией встречаются с одинаковой частотой у лиц всех возрастных групп, чаще это происходит за городом у жителей сельской местности.

Лучевые ожоги вызывает ультрафиолетовое, инфракрасное и ионизирующее излучение. Солнечные ожоги кожи знакомы многим, они обусловленные чрезмерным воздействием на нее солнечных лучей. Ионизирующее излучение приводит как к местным, так и к общим изменениям в организме, получившим название «лучевая болезнь».

Ингаляционные травмы происходят при вдыхании горячего воздуха, пара и/или под действием токсичных химических соединений (продуктов горения), попадающих в дыхательные пути вместе с дымом.

Травмы в результате ожогов является важнейшей медико-социальной проблемой нашего общества, так как это приводит к инвалидности больных, а также к высокой смертности. Человека, пораженного ожогом, называют

обожженным. По всему миру, ожоговые травмы занимают первую десятку среди наиболее частых видов травм, ожоги уступают лишь дорожно-транспортным происшествиям, падениям и насилиям. По статистике ВОЗ, ежегодно обращаются за медицинской помощью с ожогами примерно шесть миллионов человек. Частота ожогов в настоящее время достигает один на тысячу населения в год. Смертность, возникшая вследствие ожоговой травмы, оценивается, как триста двадцать два случая на тысячу населения.

По данным Общероссийской общественной организации объединение комбустиологов «Мир без ожогов», ежегодно в Российской Федерации за медицинской помощью обращается четыреста пятьдесят тысяч пострадавших от ожогов. При этом преобладают больные с поверхностными ожогами, которые в 80% случаев имеют незначительные по площади поражения и нуждаются в основном в консервативном лечении, и в 70% случаев в амбулаторных условиях. Около ста тысяч пострадавших от термических поражений (около тридцати процентов случаев от всех ожогов) ежегодно проходят лечение в условиях ожогового стационара. Из числа обожженных, госпитализируемых в стационар, примерно восемьдесят процентов больных также имеют поверхностные и пограничные ожоги.

**Цель исследования:** изучить деятельность медицинской сестры в оказании медицинского ухода при термических ожогах.

**Задачи исследования:**

- 1) Рассмотреть причину и диагностику термических поражений;
- 2) Изучить степени и клинику ожогов;
- 3) Спланировать уход сестринской помощи;
- 4) Разработать памятку «первая помощь при термических ожогах».

Практическая значимость данного исследования заключается в разработке конкретных рекомендаций по уходу при термических ожогах.

Объектами моего исследования послужили пациенты стационара хирургической больницы – ожогового отделения. На протяжении некоторого времени я наблюдала и принимала участие в сестринском уходе за

пострадавшими от различных термических поражений. Я проследила за динамикой заживления и восстановления тканей на ожоговой поверхности, уделила значительное внимание адекватности ухода за раневыми поверхностями, стерильности рабочего места, перевязочного материала и используемых инструментов. Так же обратила внимание на индивидуальный подход к каждому пациенту, взаимодействие медицинской сестры с врачом и его назначениями.

**Методы исследования:**

- 1) анализ литературных источников;
- 2) анализ нормативных документов;
- 3) анализ полученных данных с целью организации сестринского ухода при термических ожогах.

# 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ

## 1.1. Основные понятия о термических ожогах

Термический ожог — это повреждение тканей организма из-за соприкосновения с горячими веществами или предметами: жидкостью или паром высокой температуры, открытым пламенем, раскалёнными поверхностями.

Симптомы ожогов разделены на общие и местные. Местные патологические изменения определяются глубиной ожога, сроком, который прошёл с момента получения травмы, присоединением вторичной инфекции.

Для каждой степени ожоговой травмы характерны свои симптомы:

1 степень — характеризуется развитием гиперемии (покраснения) кожи.

2 степень — образованием эпидермальных пузырей (везикул).

3 степень — характеризуется образованием булл, т. е. больших пузырей, склонных к слиянию. Если буллы самопроизвольно вскрываются, обнажается раневая поверхность красного цвета. В случае ожога третьей степени поражается сосочковый слой, наблюдается выделение серозной жидкости. Также характерно формирование участков некроза (омертвения). После отхождения струпа образуются язвы.

К общим симптомам относят: ожоговую болезнь — патологические изменения со стороны различных органов и систем, при которых нарушается белковый и водно-солевой обмен, накапливаются токсины, снижаются защитные силы организма, вплоть до истощения. Эти симптомы характерны при поражении более 10-15 % поверхности тела. У детей ожоговая болезнь развивается даже при повреждении 5 % тела, что обусловлено несформированными защитными, компенсаторными и регуляторными механизмами.

Ожоговая болезнь — сложный симптомокомплекс, связанный со значительной утратой кожных покровов, при котором возможно развитие необратимых патологических процессов.

В современной классификации ожоговая болезнь подразделяется на следующие стадии:

Ожоговый шок. Симптомы: мраморность кожных покровов, гипотермия (переохлаждение), гемодинамические и дыхательные нарушения, нарушения со стороны почек (снижение объёма мочи), возможно психомоторное возбуждение, изменения в анализах крови.

Ожоговая токсемия. Симптомы: лихорадка, бледность кожных покровов, тахикардия, может появиться отёк головного мозга в результате сниженного тонуса мозговых сосудов, возможно развитие миокардита (воспаления сердечной мышцы), почечной недостаточности.

Ожоговая септикотоксемия. Данная стадия носит скорее условный характер, поскольку не имеет своей чёткой клиники, развивается она к 9-10 дню от момента поражения. Характеризуется присоединением различных инфекционных осложнений.

Восстановление и реабилитация.

Тяжесть течения ожоговой болезни зависит от многих факторов:

площади и глубины поражения;

возраста пострадавшего;

сроков от начала лечения;

наличия термоингаляционной травмы (поражения дыхательных путей в результате действия пара или дыма);

наличия сопутствующих патологий (заболеваний опорно-двигательного аппарата, заболеваний нервной системы, почечной недостаточности).

Патогенез термического ожога. Основные причины возникновения термических ожогов – несчастные случаи на производстве и невнимательность в быту.



Обжечься можно:

- Пламенем (чаще всего это 2 степень ожога, при котором поражаются органы дыхания и зрения);

- Жидкостью (зачастую это 2-3 степень повреждения с захватом глубоких тканей);

- Паром (неглубокий, но обширный ожог)

- Раскаленным предметом (2-4 степень поражения) с четким контуром и глубоким повреждением и вероятным отслаиванием тканей.

- На глубину поражения влияет множество факторов:

- Характеристики воздействующего термического агента (например, уровень температуры).

- Теплозащитные свойства одежды.

- Длительность контакта с термическим агентом, поскольку кожа, особенно у детей младшего возраста, характеризуется высокой теплоёмкостью и теплопроводностью. Соответственно, чем выше температура воздействующего агента и чем дольше его воздействие, тем быстрее произойдёт некротизирование тканей, и тем обширнее и глубже будет поражение.

Сопутствующие патологии:

- различные аллергические и бактериальные поражения кожного покрова (например, у больного с выраженным атопическим дерматитом при контакте с горячей жидкостью ожог будет более глубоким);

- заболевания нервной системы: высокий болевой порог или нарушение психомоторной функции, когда человек, независимо от возраста, не может позвать на помощь.

Классификация и стадии развития термического ожога

По воздействию агенту различают следующие виды ожогов:

- термические (горячая жидкость и др.);
- химические (щелочные или кислотные растворы);
- солнечные;

- электрические.

Разные авторы выделяют четыре степеней ожогов по глубине рассмотрим их далее:

- поверхностный ожог. Поражается только один слой кожи — эпидермис.

Характеризуется появлением участков гиперемии (покраснения кожи) в месте соприкосновения с физическим агентом. Болевые ощущения умеренные. Как правило, симптомы проходят за несколько дней (до пяти дней) даже без специального лечения. Формирование рубцов при данной степени поражения не отмечается.

- поверхностный ожог с поражением эпидермального слоя и верхнего слоя дермы (пограничный ожог). Поражается эпидермис вплоть до росткового слоя. Этот тип ожогов характеризуется образованием эпидермальных пузырей с серозным содержимым, выраженным болевым синдромом, отёком периферических тканей. Заживление наступает, в среднем, через 10-15 дней. При данной степени поражения возможно проведение аутодермопластики (пересадки кожи) для улучшения результатов заживления.

- глубокий ожог. При таких ожогах наблюдается уже повреждение более глубоких слоев эпидермиса с частичным сохранением его росткового слоя и охранением потовых, сальных желез, а также волосяных луковиц. Ожог характеризуется образованием струпа, иногда перемежающегося с участками пузырей. В сроки до 15 - 20 дней происходит отторжение омертвевших тканей. Если ожоговая рана не осложнится гнойным процессом, то возможно самостоятельное заживление ран за счет роста эпителия из волосяных луковиц, сальных и потовых желез.

Такие ожоги заживают, в среднем, в течение 4 – 6 недель, оставляя на месте раны нежные поверхностные рубцы.

Характеризуется полным омертвением всей толщи кожи с образованием плотного некротического струпа темно-коричневого цвета. При ожогах горячими с длительным сроком воздействия на ткани струп бывает

первоначально бледный, белесоватого или серого цвета, тестоватой консистенции, затем становится плотным, темно-коричневого цвета.

После самостоятельного отторжения струпа (через 4 – 6 недель) обнажается гранулирующая поверхность, которая очень медленно заживает путем рубцевания.

При ожогах 4 степени наступает омертвление не только кожи, но и подлежащих тканей (сухожилий, мышц, костей), вплоть до обугливания отдельных частей тела. Плотный струп темно-коричневого и черного цвета с четким сосудистым рисунком (возникающий в результате тромбоза вен) распространяется на большую глубину и отторгается, как и при ожогах 3 степени, очень медленно – в течение 4 – 8 недель. При этом возникают значительные дефекты тканей с образованием глубоких ожоговых ран, которые приводят к различным гнойно-воспалительным осложнениям. Самостоятельное заживление обширных гранулирующих раневых поверхностей, как правило, невозможно из-за гибели всех эпителиальных элементов кожи и присоединившейся инфекции. Только оперативное вмешательство с выполнением различных видов дермаплатики может привести к закрытию глубоких ожоговых ран.

#### Осложнения

Термический ожоги нередко сопровождаются осложнениями, которые принято классифицировать на первичные, вторичные и поздние.

Первичные осложнения, полученные во время травмы, характерны только для ожогов 4 степени. К ним относятся: разрыв мягких тканей, гематомы, ушибы (например, если получение ожоговой травмы сопровождалось падением).

Вторичные осложнения чаще возникают вследствие инфицирования. К ним относят последствия присоединения бактериальной флоры:

- формирование флегмон и абсцессов, лимфангоитов (воспаления лимфатических сосудов), остеомиелитов (воспаления костного мозга гнойного характера);

- со стороны внутренних органов — гепатит, отит, пневмония, пиелонефрит, гастрит.

Это объясняется тем, что при ожоговой болезни страдают не только кожные покровы, но и внутренние органы, поскольку микроорганизмы (как бактериальные, так и вирусные) не только заселяют раневую поверхность, но и попадают в кровеносные и лимфатические сосуды.

Поздние осложнения развиваются в процессе или после заживления ран. К ним можно отнести: формирование рубцовых деформаций и кожно-рубцовых контрактур (стяжений), дерматиты, алопеции, невриты, трофические язвы, хронические заболевания почек и печени. Также необходимо отметить и нарушения в психологическом состоянии больных.

Чаще всего после ожогов II и III степени, в том числе после проведения аутодермопластики, отмечается формирование гипертрофических и/или келоидных рубцов. Это, в свою очередь, приводит к необходимости проведения реконструктивно-пластических операций, при этом частота рецидивов формирования рубцов после выполнения пластических операций сохраняется.

#### Диагностика и лечение

Определение площади ожога в настоящее время проводят при помощи давно зарекомендовавших себя "правила девяток" и "правила ладони".

"Правило девяток" — метод, основанный на том, что площадь покровов отдельных частей тела человека равна или кратна 9 % от площади поверхности всего тела, (метод применим для обширных площадей поражения):

- голова-шея — 9 %;
- верхняя конечность — 9 %;
- нижние конечности — 18 %;
- передняя и задняя поверхности туловища — по 18 %;
- промежность и половые органы — 1 %.

Для разного возраста необходима коррекция из-за неодинаковых пропорций тела у взрослых и детей.

Для детей младше 5 лет применимо "правило ладони", суть его заключается в том, что площадь ладони пострадавшего составляет приблизительно 1 % общей поверхности кожного покрова. Этот метод применяют при ожогах, расположенных в различных частях.

Определение глубины поражения тканей позволяет решить вопрос тактики. Глубина ожога чаще проявляется к концу третьих суток.

В первые часы от момента получения травмы зачастую сложно отличить пограничный ожог от глубокого. Тем не менее, в большинстве случаев диагноз ставят именно с помощью визуального осмотра. С целью определения глубины ожога также используется лазерный диагностический анализатор периферического кровотока и лимфотока (является инновационным методом диагностики). Этот метод позволяет:

- оценить периферический кровоток (лазерная доплеровская флоуметрия);
- оценить сатурацию крови и объём эритроцитов в системе микроциркуляции (оптическая тканевая оксиметрия);
- провести флуоресцентную диагностику состояния коферментов в ткани.

С помощью данного прибора можно определить скорость и качественные показатели кровотока. При отсутствии сигнала можно сделать вывод, что ожог глубокий, и требуется хирургическое вмешательство. Сохранение показателей кровотока на определённых уровнях сигнализирует о поверхностном или пограничном ожоге, т. е. необходимо только консервативное лечение.

Медицинская помощь при ожоговой травме в настоящее время подчиняется приказу Министерство Здравоохранения РСФСР от 3 апреля 1991 года № 54 "О мерах по дальнейшему развитию и совершенствованию медицинской помощи пострадавшим от ожогов".

Пациентам с ожогами первая помощь должна оказываться незамедлительно на месте происшествия.

Сначала необходимо прекратить действие термического агента: погасить пламя на одежде; удалить пострадавшего из зоны высокой температуры; снять тлеющую или пропитанную горячей жидкостью одежду, если она не припаяна к раневой поверхности. Если ткань прилипла, нужно аккуратно обрезать её вокруг раны.

В первые 10-15 минут от момента получения травмы нужно охладить обожжённую поверхность: при ожогах 1 и 2 степени — холодной проточной водой в течение 10-15 минут; при ожоге 3 степени — холодной влажной стерильной повязкой или чистой тканью.

Это позволит значительно уменьшить действие термического агента и прекратить его распространение глубже в ткани. Также эта процедура позволяет уменьшить отёк и снизить боль. Все эти моменты оказывают благотворное влияние на дальнейшее заживление ран.

До приезда скорой медицинской помощи или до момента самостоятельного обращения к врачу рекомендовано выполнить перевязку с использованием стерильных марлевых салфеток или чистых простыней.

При ожогах не следует: проводить на ранах какие-либо манипуляции; прокалывать или пытаться удалить пузыри; использовать для охлаждения зоны ожога лёд, так как он может привести к дополнительной травме — обморожению; отделять приставшие предметы; отрывать прилипшую ткань, это ещё больше травмирует пострадавшего и причинит дополнительную боль.

На догоспитальном этапе в качестве первой помощи при ожогах не рекомендуется пользоваться различными присыпками, мазями и спреями. Они могут значительно затруднить определение глубины поражения и выполнение туалета раны.

Также не рекомендуется применять методы народной медицины, такие как зубная паста, подсолнечное масло, разбавленная борная кислота, моча и т. д.

Важно помнить, что оказать квалифицированную медицинскую помощь могут только врачи-специалисты (хирурги, комбустиологи, травматологи). Самодиагностика и самолечение могут быть опасны для здоровья.

Скорую помощь нужно вызвать в следующих случаях:

- при глубоких ожогах или если их размер больше ладони пострадавшего;
- кожа в области ожога обуглилась или побелела;
- появились волдыри;
- есть другие травмы;
- пациент находится в состоянии шока — дрожит, сильно потеет, его кожа становится липкой, дыхание учащается, появляется слабость или головокружение;
- пострадавшая беременна;
- пациента младше 5 или старше 60 лет;
- известно, что человек страдает болезнями сердца, лёгких, печени или диабетом либо у него ослаблена иммунная система, например, при ВИЧ, СПИДе или из-за химиотерапии при раке;
- пострадавший вдохнул дым, из-за чего появляется кашель, боль в горле, затрудняется дыхание, заметны ожоги на лице.

Лечение ожогов в **хирургическом отделении**. Лечение от ожоговых травм стабильно является одним из самых дорогостоящих. Методы лечения больных с термическими поражениями в настоящее время принципиально отличаются от общепринятых еще 10-15 лет назад. Современные алгоритмы лечения ожоговых ран разработаны во многом благодаря успехам в изучении ожоговой болезни. Результаты лечения пациентов с ожогами значительно улучшились в связи с разработкой и внедрением в клиническую практику активной хирургической тактики. Основой является ранняя некрэктомия с последующей пересадкой кожи с целью скорейшего восстановления целостности всего кожного покрова. Суть некрэктомии заключается в иссечении нежизнеспособных тканей при помощи скальпеля и/или специального

оборудования (гидрохирургического скальпеля, дерматома). Это необходимо, чтобы подготовить рану к закрытию дефекта.

При небольшой площади раны возможно выполнение аутодермопластики (пересадки кожи) местными тканями. При обширной площади поражения выполняют аутодермопластику свободным кожным лоскутом, т. е. с помощью собственных участков неповрежденной кожи. Забор кожного лоскута проводят под общей анестезией при помощи специального инструмента — дерматома. Толщина лоскута, как правило, составляет 0,3-0,4 мм. Затем его укладывают на раневую поверхность, фиксируя края швами или металлическими скобами.

К инновационным методам диагностики и лечения детей с ожоговой травмой относятся определение глубины ожога, активный дебридмент (хирургическая обработка ран), лечение ран отрицательным давлением. Современный подход в лечении ожоговых ран осуществляется за счёт максимально ранней подготовки к аутодермотрансплантации. Наиболее эффективным с современной точки зрения является очищение раневой поверхности от некротических масс с помощью гидрохирургических систем. Их основным принципом является возможность проводить операции без инструментов, посредством специального раствора, который движется с огромной скоростью. Струя в режиме пульсации обеспечивает очистку и обработку ран, а также даёт возможность иссекать ткани. Система удаляет фрагменты тканей, образовавшихся в процессе очистки раны. Гидрохирургическая система позволяет хирургам настроить нужный режим и обработать даже сложные раны максимально эффективно, с формированием желаемых конфигураций краев. В настоящее время активно внедряется в хирургическую практику применение аппарата отрицательного давления. Суть этого метода заключается в создании непосредственно в ране контролируемого местного субатмосферного давления, т. е. вакуума. Постоянный или переменный уровень отрицательного давления создаётся с помощью специальной повязки, которая изолирует раневую поверхность от внешней



среды. Вакуум-терапия уже получила всестороннее научное обоснование и признание у специалистов в области лечения самых разных по этиологии ран.

При лечении детей с ожоговой травмой важно уделять внимание не только непосредственно раневой поверхности, но и психологическому состоянию самого ребёнка и ухаживающих за ним родственников (чаще всего матери). Задача матери на этапах лечения и реабилитации — помочь свести к минимуму физические и психологические нарушения у ребёнка. Лечение глубоких и/или обширных ожогов подразумевает длительную госпитализацию (около 2-3 месяцев и более). Затем наступает период реабилитации, который может длиться годы.

Прогноз зависит от глубины и площади ожогов, общего состояния организма, наличия сопутствующих травм и заболеваний. При поверхностных ожогах прогноз благоприятный. При пограничных и глубоких ожогах пострадавшие нуждаются в длительной реабилитации. Несмотря на все затраченные усилия, в таких случаях прогноз далеко не всегда бывает благоприятным. На сегодняшний день смертность от ожоговой травмы по-прежнему не сокращается. Летальный исход возможен при обширной площади поражения, при наличии термоингаляционной травмы и полиорганной дисфункции.

Профилактика термического ожога.

Основная часть травм, в том числе и ожогов, в детском возрасте происходит дома. Многие из них можно избежать, т. к. большинство случаев получения ожоговой травмы детьми — результат беспечности и невнимательности взрослых.

Алгоритмы поведения человека закладываются с раннего детства, поэтому проще предупредить, чем лечить. Родителям детей старше года рекомендуется максимально обезопасить свой дом, поскольку в этом возрасте дети начинают активно познавать окружающий мир:

- держать спички и другие источники огня (свечи, фонари) вне зоны досягаемости ребёнка;

- не подпускать маленьких детей к плитам во время приготовления еды;
- запретить детям играть с мелкой бытовой техникой (щипцы для волос, фены, тостеры или грелки);
- держать электрические провода вне зоны досягаемости детей;
- накрыть розетки, чтобы дети не могли в них ничего вставить;
- не ставить чашки с горячими и тёплыми жидкостями близко к краю стола, т. к. даже тёплый чай (который взрослый человек может пить без вреда для себя) может вызвать ожог у маленького ребёнка;
- запретить маленьким детям пользоваться нагревательными приборами: газовыми и электроплитами, обогревателями и кипятильниками;
- отказаться от использования обогревателей с открытой спиралью и др.

Часть ожоговых травм во взрослом возрасте происходит в результате несоблюдения техник безопасности на производстве. Необходимо отметить, что определённая доля ожоговых травм в старшем возрасте получена на фоне алкогольного и наркотического опьянения, поэтому профилактика травматизма напрямую связана с профилактикой алкоголизма и наркомании.

## **1.2 Сестринский уход при термическом ожоге**

Метод, который является одним из основных методов комплексной патогенетической терапии больных с ожогами – инфузионно-трансфузионная терапия.

У медсестры ожогового отделения кроме отличных профессиональных навыков должны присутствовать крепкие знания теории.

В эти знания входит: хорошее понимание механизма действия различных медицинских препаратов, знание и умения подсчитывать их дозировку, пути введения лекарственных средств, с какой скоростью они должны вводиться, и конечно же побочные действия, которые могут возникнуть у пострадавшего после введения лекарства. Медицинская сестра должна уметь:

- владеть ловкой техникой введения различных инъекций (внутривенных, внутримышечных, подкожных), так же пункционной катетеризацией

периферических вен любой их положении и местонахождении, так как использовать локтевые вены очень проблематично часто невозможно;

- знание правил введения в организм различных объемов жидкости, чаще всего больших объемов (иногда до шести или десяти литров в сутки при ожоговом шоке);

- точное и правильное определение групп крови, а также и резус-фактора, когда срочно поступает больной в отделение или перед проведением трансфузии; провести биологическую пробу и пробу на совместимость, все это в присутствии врача;

- владеть принципами дезинтоксикационной терапии: осуществление форсированного диуреза (внедрение больших объемов жидкости с синхронным внедрением диуретических веществ);

- знать сопоставимость фармацевтических веществ, темп их введения в организм, так как инфузионные растворы для больных с ожогами зачастую включают ряд фармацевтических препаратов;

- знать принципы бактерицидной терапии во время септикотоксемии ожогового заболевания.

Иновационные бактерицидные препараты (перфлоркс, тиенам) вводят внутривенно в увеличенных количествах. Их нельзя совмещать с витаминами, солями кальция, антибиотиками, эуфилином.

Сестринский уход при термических поражениях, предполагает выявление проблем больного, связанных с нарушением его потребностей.

Сбор информации: при осмотре пациента с ожогами необходимо определить степень и площадь ожога. Основной жалобой является боль. Пострадавшие беспокойные, мечутся. При развитии ожогового шока медсестра может выявить изменение гемодинамических показателей (снижение АД, учащение пульса), нарушения сознания. В эректильную фазу пострадавший возбужден, АД в норме или повышено, пульс учащен. Торпидная фаза сопровождается резким угнетением: больной апатичен, температура тела и АД снижаются, кожные покровы бледные, акроцианоз, снижение диуреза.

Основные настоящие проблемы пациента с термически поражением:

- наличие боли (приоритетная проблема);
- нарушение сна;
- нарушение дыхания в связи с болью;
- нарушение мочеиспускания в связи с нарушением функции почек;
- нарушение аппетита;
- повышение температуры при развитии септикотоксемии и ожоговой токсемии;
- снижение двигательной активности;
- чувство страха, тревоги;
- снижение способности к самообслуживанию.

К потенциальным проблемам при ожогах относится возможность развития ожоговой болезни, ожогового шока, ожоговой токсемии и ожоговой септикотоксемии.

Особенности деятельности медицинской сестры при уходе за пациентами с ожогами:

1) Основной задачей медсестры при поступлении пациента с ожогами является облегчение его боли, а также создание спокойной обстановки во избежание развития ожогового шока.

2) После выявления проблем больного медицинская сестра незамедлительно приступает к выполнению различных вмешательств, направленных на решение этих проблем. Некоторые из них она может выполнять самостоятельно, а при осуществлении других - помогает врачу в качестве ассистента.

3) Выполнение врачебных назначений, в первую очередь, введение обезболивающих и седативных препаратов и проведение других противошоковых мероприятий, а также введение противостолбнячной сыворотки.

4) Если произошел ожог верхних дыхательных путей, медсестра удаляет из ротоглотки слизь и вводит воздуховод.

5) После первичной обработки раны, включающей ее очищение от отслоившегося эпидермиса, надсечку пузырей и выпуск из них жидкости, удаление инородных предметов, кусочков одежды.

При ожогах степени 3Б-4 еще и обязательную хирургическую обработку, на обожженную поверхность накладывается противоожоговая не прилипающая к коже асептическая повязка.

Также возможно наложение стерильных повязок с мазями, имеющими водорастворимую основу (левосин, дермазин, левомеколь и др.)

Обработка ожоговой поверхности проводится с соблюдением правил антисептики и асептики во избежание развития инфекции. После заживления раны на пораженное место накладывают эластичную давящую повязку в целях профилактики образования келоидных рубцов.

б) Измерение гемодинамических показателей (артериального давления, пульса) и их дальнейший мониторинг с целью своевременного выявления признаков развития ожогового шока.

Ожоговый шок, как правило, развивается при поражении 15-20% всей площади тела.

К признакам данного состояния относятся: олигурия или анурия; выраженный болевой синдром; гиповолемия; гемоконцентрация;

крайне возбужденное состояние пациента, он дезориентирован, могут быть галлюцинации, что связано с воздействием на нервную систему токсических веществ, которые образуются в результате ожога после распада тканей организма. При подозрении на ожоговый шок медсестра немедленно сообщает об этом врачу.

7) Также регулярно измеряется температура тела и отслеживается диурез. При повышенной температуре оказывается соответствующая помощь (дача жаропонижающих по согласованию с врачом).

8) Подготовка больного к проведению диагностических и лечебных процедур.

9) Подготовка необходимых препаратов и материалов для выполнения перевязок и их проведение с соблюдением правил асептики и антисептики.

10) Осуществление профилактических мероприятий в отношении появления пролежней.

11) Организация лечебного питания больного. Пациенты с ожогами подвержены серьезным потерям белка, поэтому они нуждаются в высококалорийной пище, богатой витаминами, минеральными солями и белками. При необходимости медицинская сестра оказывает больному помощь при приеме пищи.

Также в связи из-за большой потери с ожоговой поверхности пациенту необходимо соблюдать интенсивный питьевой режим. Желательно употребление минеральной воды.

12) Как правило, больным с ожогами, особенно если они обширные, требуется помощь в осуществлении гигиенических процедур и физиологических отправлениях.

13) Оказание доврачебной помощи в случае возникновения неотложных состояний и незамедлительное информирование об этом врача. Неотложная помощь также может потребоваться, если больной только поступил в медицинское учреждение, или если термическая травма была получена в его стенах, например, в период пребывания в стационаре.

В таких случаях медсестра как можно скорее прекращает воздействие на пострадавшего поражающего фактора, дыма и продуктов горения, снимает с него одежду, затем немедленно охлаждает пострадавшие участки путем погружения их в холодную воду или помещения под струю холодной проточной воды на 5-10 минут. При этом категорически запрещается смазывать ожоговые поверхности маслом.

14) В случае развития со стороны ожоговой раны гнойных осложнений проводится лечение, соответствующее таковому при обычных гнойно-воспалительных заболеваниях. А для их профилактики при обширных ожогах

рекомендуется с первого дня назначать антибиотики широкого спектра действия.

15) Проведение консультаций и обучения пациента и его родственников по возникающим вопросам, предоставление им психологической поддержки, оказывающей большое влияние на процесс выздоровления.

## 2. ИССЛЕДОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ ЗА 2020-2022 ГГ. В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

Данный анализ был проведен из статистических данных годового отчета ГАУЗ «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи имени В. В. Ангапова» за три года (2020-2022). Были составлены сравнительные таблицы и диаграммы.

### 2.1 Анализ статистических данных

Мы анализировали статистические данные по распространенности термических ожогов в РФ, РБ и ГАУЗ «РКБ им. В.В. Анагапова» за 2020-2022 гг. (табл. 2.1, рис. 2.1).

Таблица 2.1

Распространенность термических ожогов за 2020-2022 гг. на 100 000 чел.

Год	2020 г.		2021 г.		2022 г.	
	абс.	отн.	абс.	отн.	абс.	отн.
РФ	234	46,4	245	46,7	263	47,8
Республика Бурятия	180	35,7	175	33,3	171	31,1
ГАУЗ «РКБ им. В.В. Ангапова»	90	17,9	105	20	116	21,1

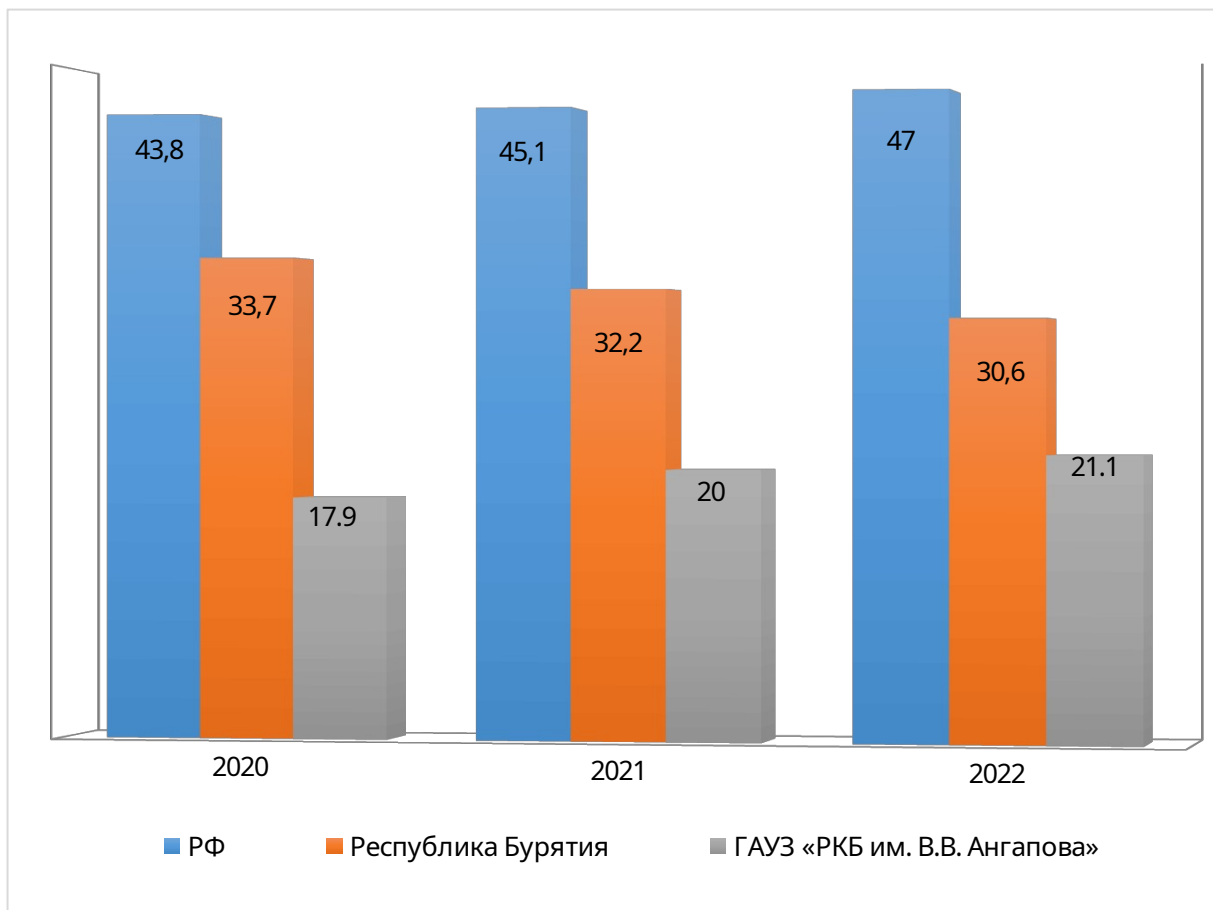
Анализ распространенности термических ожогов за 2020-2022 гг. показал следующее:

- по РФ отмечается рост распространенности термических ожогов на 4,5% в 2021 г. и на 6,8% в 2022 г.;

- по РБ отмечается снижение распространенности термических ожогов на 2,8% в 2021 г. и на 2,3% в 2022 г.

- по данным хирургического отделения ГАУЗ «РКБ им. В.В. Ангапова» отмечается рост распространенности термических ожогов на 14,3% в 2021 г. и на 9,5% в 2022 г. (рис. 2.1).





**Рис. 2.1** – Распространенность термических ожогов в РФ, РБ и ГАУЗ «РКБ им. В.В. Ангапова» за 2020-2022 гг., %

Вывод: за исследуемый период отмечается рост распространенности термических ожогов на 11% по РФ и снижение на 5% по РБ, рост на 22,4% по данным ГАУЗ «РКБ им. В.В. Ангапова».

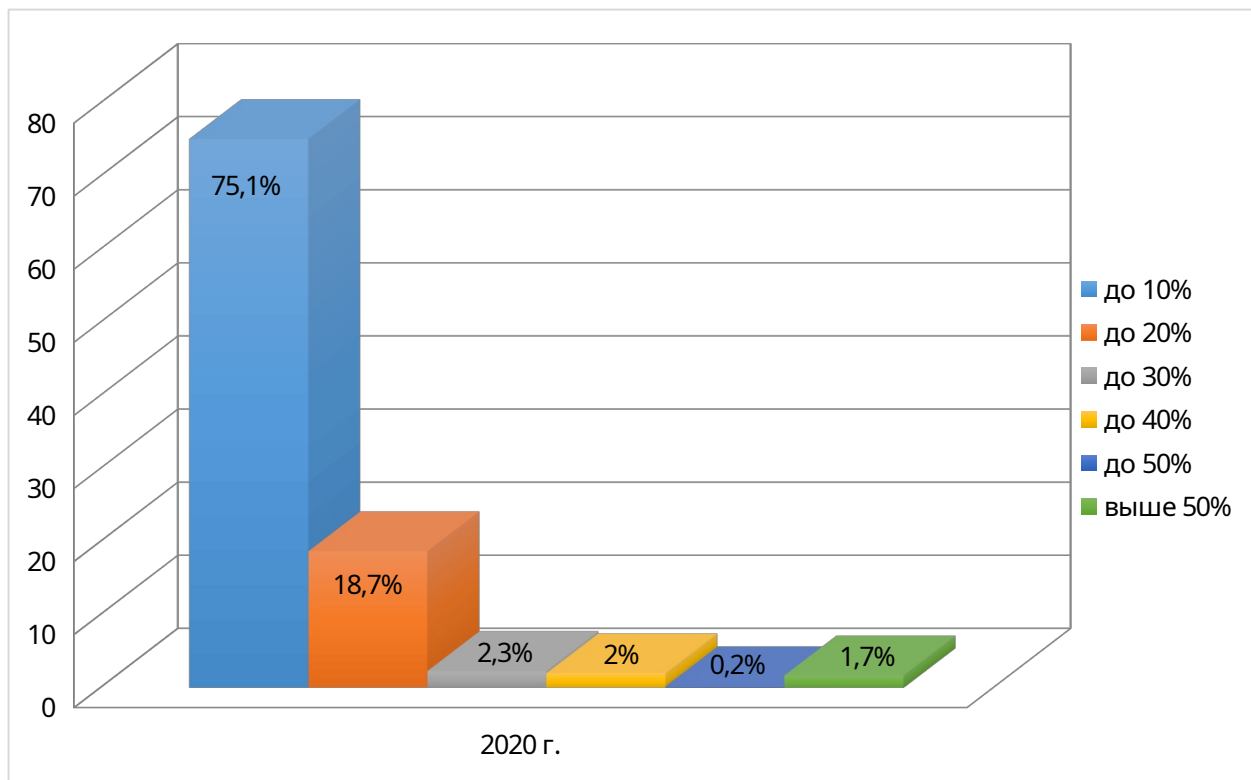
Анализ пациентов по площади поражения отражен в табл. 2.2 и на рис. 2.2.

*Таблица 2.2*

### Анализ пациентов по площади поражения

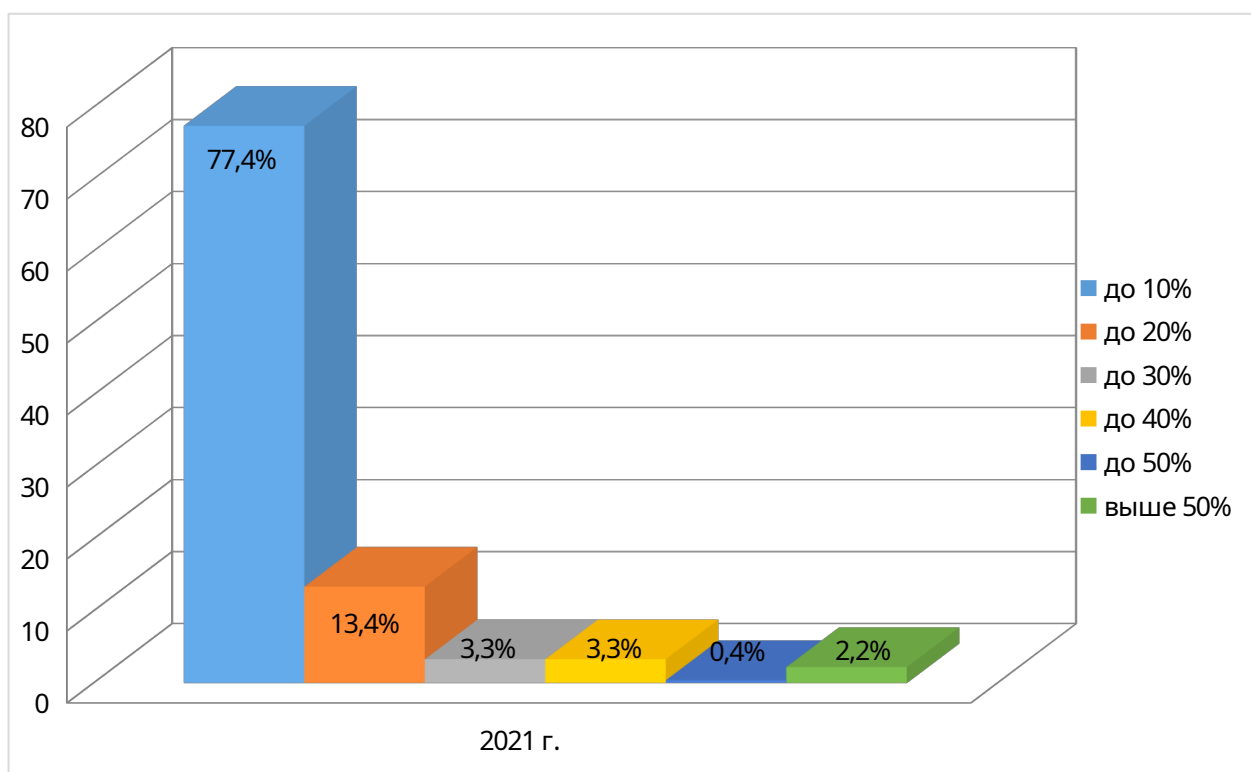
Период	до 10%		до 20%		до 30%		до 40%		до 50%		выше 50%	
	абс.	%	абс.	%	абс.	отн.	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>2020</b>	393	75,1	72	18,7	27	2,3	12	2,0	10	0,2	15	1,7
<b>2021</b>	417	77,4	72	13,4	18	3,3	18	3,3	2	0,4	12	2,2
<b>2022</b>	425	69,8	93	15,3	34	5,6	25	4,3	11	1,7	20	3,3

Как мы видим из табл. 2.2, наибольшую долю в структуре пациентов с термическими ожогами занимают пострадавшие с объемом поражения до 10% (69,8-77,4%).



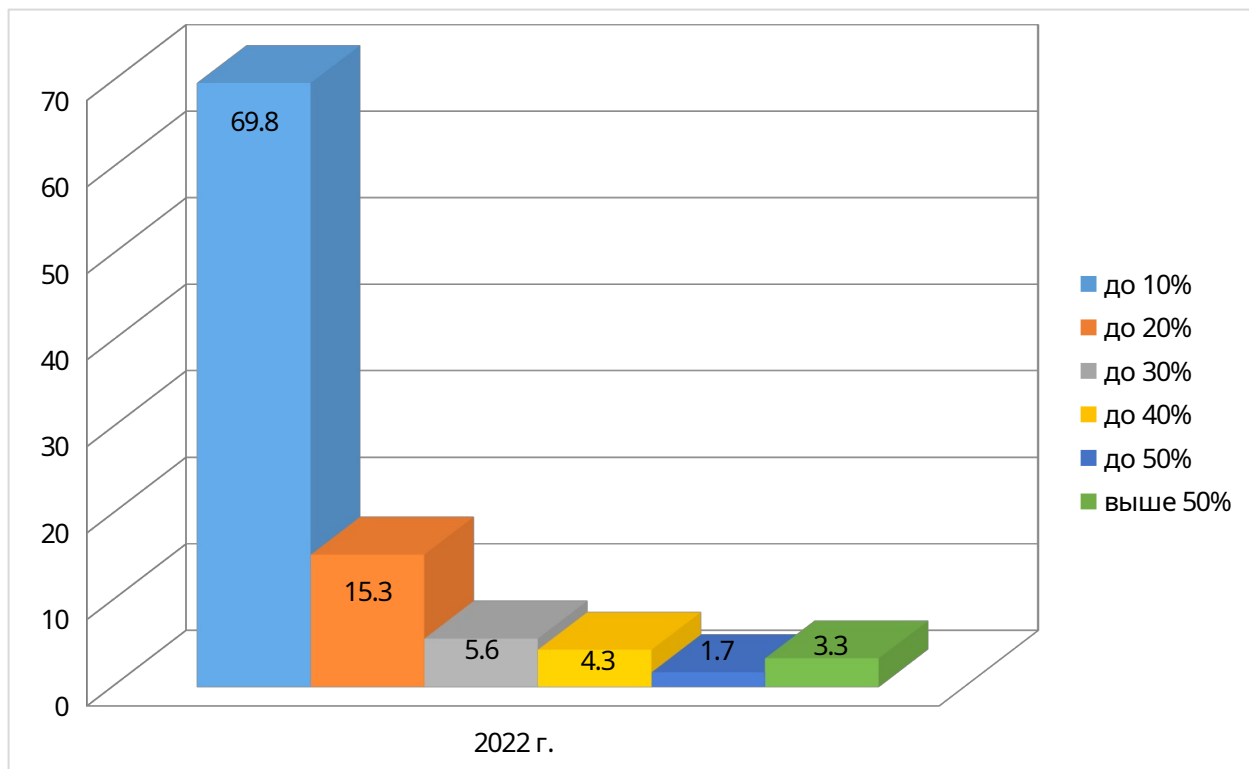
**Рис. 2.2** – Структура пациентов с термическими ожогами по площади поражения в 2020 г. по данным ГАУЗ «РКБ им. В.В. Ангапова»

**Вывод:** ожоги с площадью до 10% составляют 75,1% в 2020 г.



**Рис. 2.3** - Структура пациентов с термическими ожогами по площади поражения в 2021 г. по данным ГАУЗ «РКБ им. В.В. Ангапова»

**Вывод:** ожоги с площадью до 10% составили 77,4% в 2021 г.



**Рис. 2.4** - Структура пациентов с термическими ожогами по площади поражения в 2022 г. по данным ГАУЗ «РКБ им. В.В. Ангапова»

**Вывод:** ожоги с площадью до 10% составили 69,8% в 2022 г.

## 2.2. Анализ анкетных данных

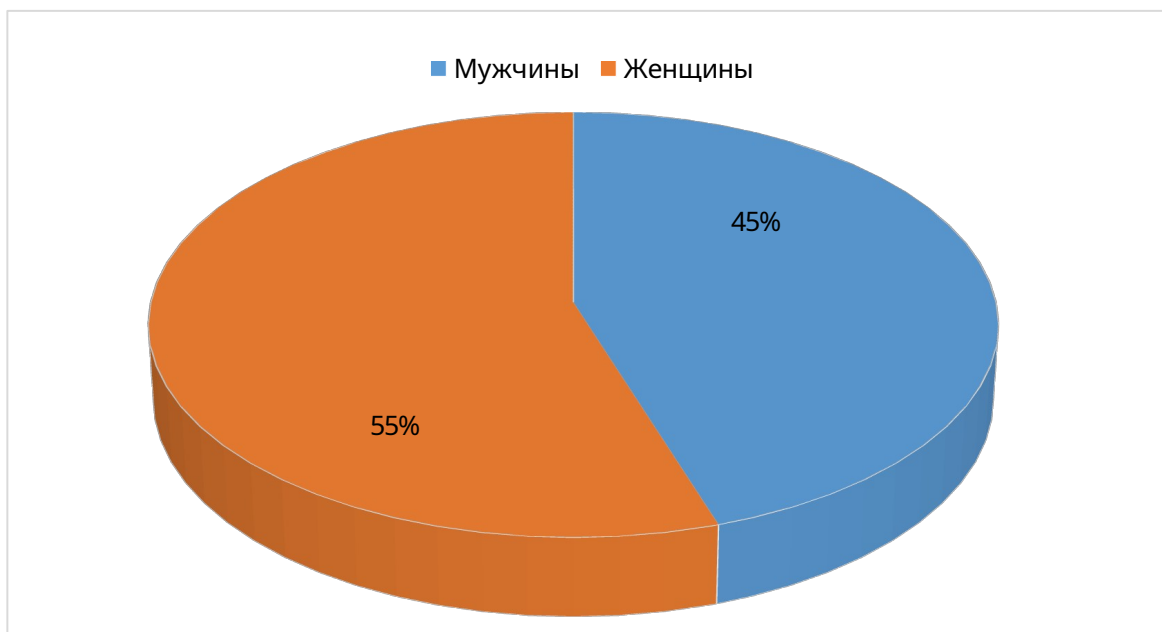
На втором этапе исследования нами было проведено анонимное анкетирование среди 20 пациентов хирургического отделения ГАУЗ «РКБ им. В.В. Ангапова» с целью улучшения качества выявления термических ожогов и проведению мер по профилактике развития этого заболевания. Пример анкеты приведен в приложении 3.

Согласно проведенному анкетированию, респонденты по полу разделились следующим образом:

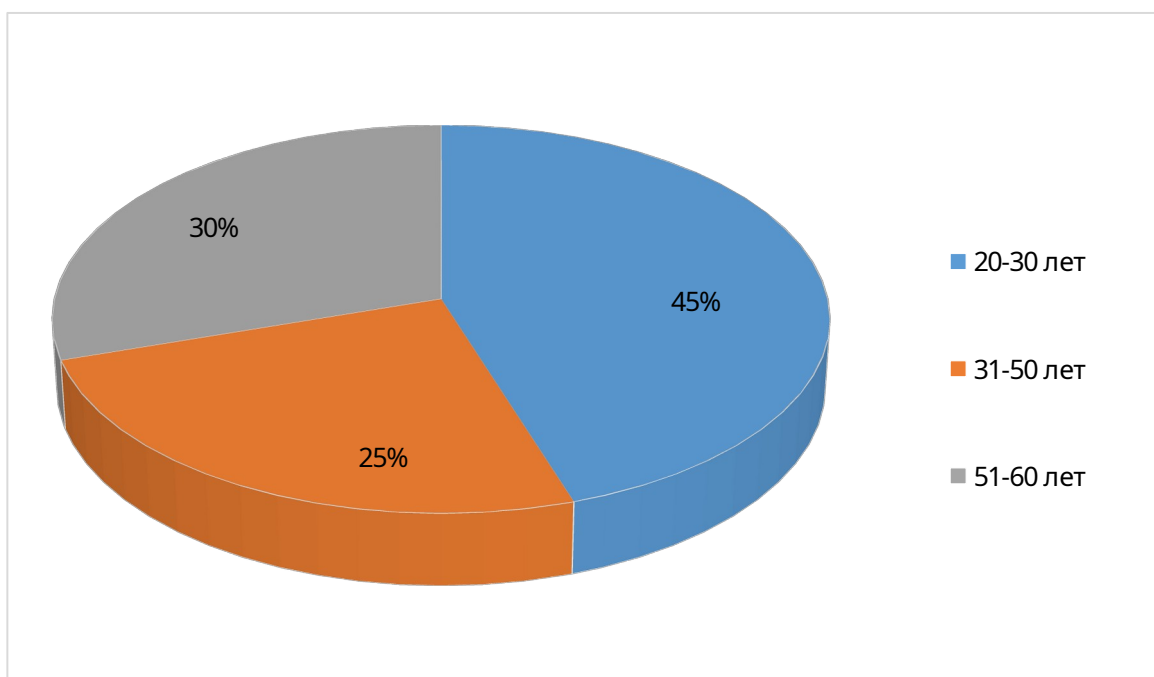
- 45% составили мужчины и 55%, соответственно, женщины (рис. 2.5).

По возрасту респонденты распределились следующим образом:

- 20-30 лет – 8 человек,
- 31-50 лет – 9 человек,
- 51-60 лет – 3 человека (рис. 2.6).



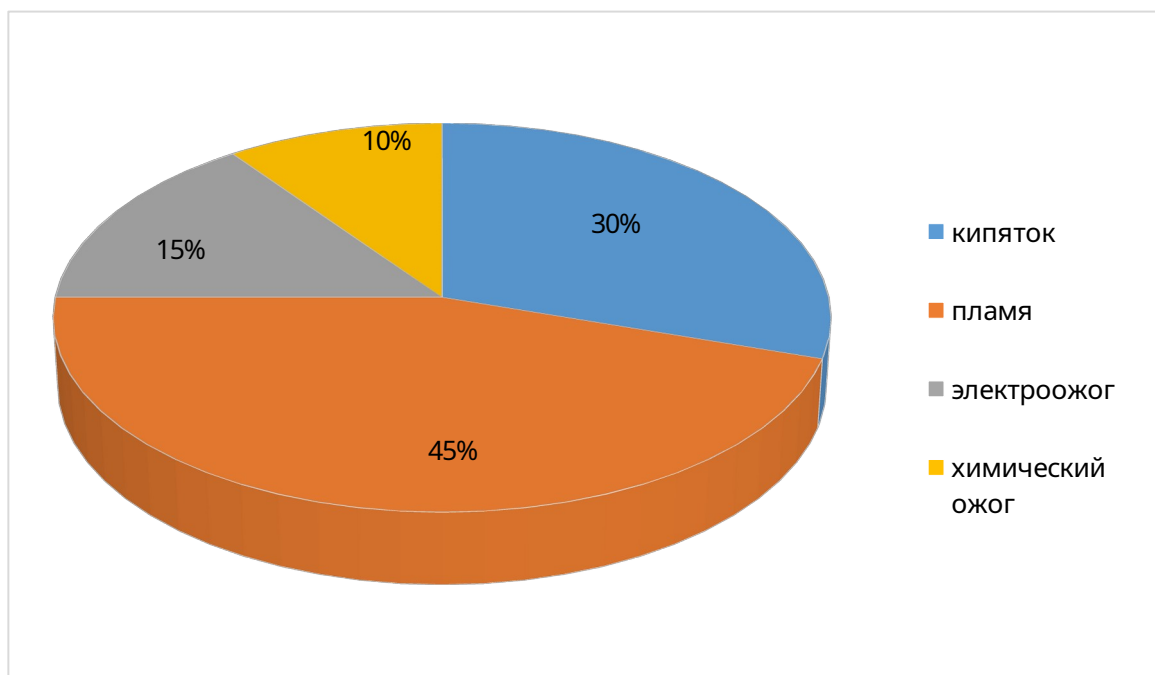
**Рис. 2.5** – Распределение респондентов по гендерному признаку



**Рис. 2.6** – Распределение респондентов по возрасту

Как мы видим, по данным рис. 2.6 основную долю пациентов, имеющих ожоги, составили пациенты в возрасте от 20 до 30 лет (45%).

Далее мы анализировали причину ожогов у пациентов, полученные данные отражены на рис. 2.7.



**Рис. 2.7** – Причина ожогов

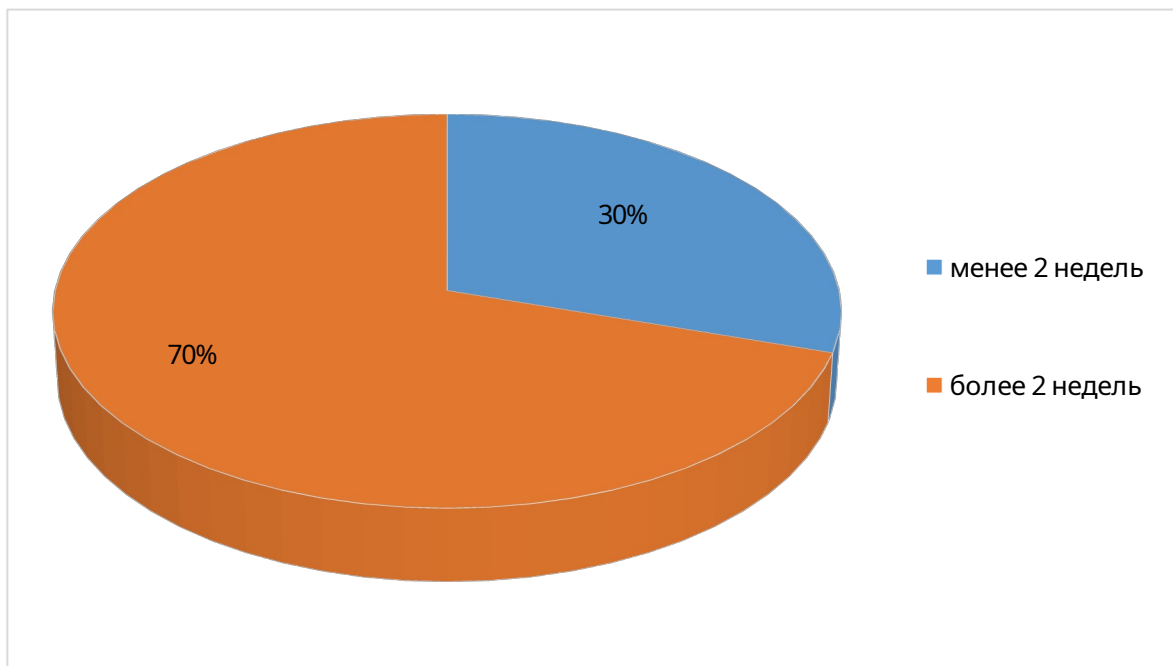
Как мы видим, основной причиной термических ожогов является пламя (45%), на втором месте – кипяток (30%).

По причине спешки или из-за невнимательности такая бытовая травма, как ожог кипятком или паром, являются очень распространенными. И чем горячее была жидкость и длительнее ее контакт с кожей, тем плачевнее могут быть последствия. Чаще всего такому ожогу подвергаются кисти рук и предплечья, реже бедра, стопы, грудная клетка и живот.

На вопрос «Как давно Вы получили ожоговую травму?» были получены следующие данные:

- менее 2 недель назад – 35%
- более 2 недель назад – 65% (рис. 2.8).

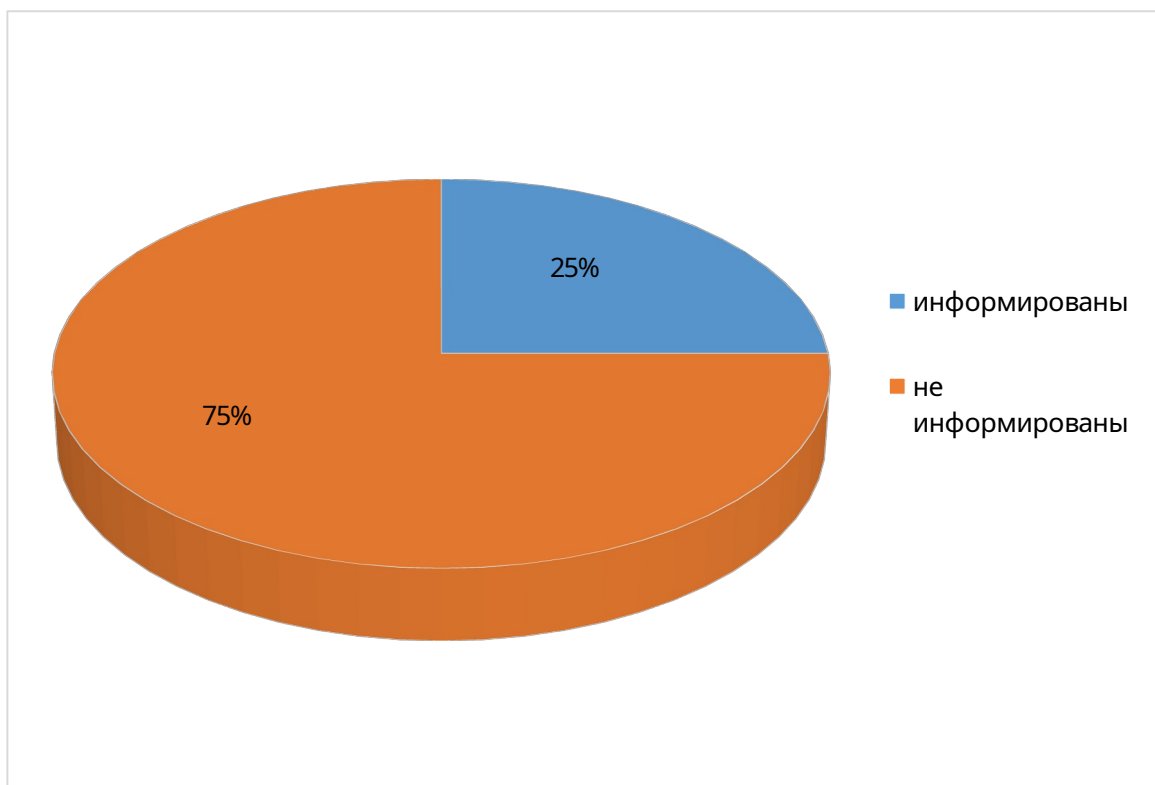
Отсутствие знаний об оказании первой помощи при термических ожогах, наличие сопутствующих заболеваний способствуют отягощению ожогов и ухудшению общего состояния больных, в связи с этим лечение таких пациентов в стационаре может быть длительным.



**Рис. 2.8** – Длительность нахождения в стационаре

Далее мы анализировали осведомленность пациентов об особенностях питания и диеты при ожогах.

На вопрос «Знаете ли Вы о принципах питания при ожоговой травме?» положительно ответили 25% респондентов, что говорит о недостаточном уровне знаний больных по этому вопросу (рис. 2.9).



**Рис. 2.9** – Осведомленность об особенностях питания

При недостаточном (не соответствующем фактическим потребностям больных) энергетическом и пластическом обеспечении с помощью лечебной диеты и необходимого в большинстве случаев энтерального и парентерального питания у пациентов с термическими ожогами может развиваться клиническая картина так называемого «ожогового истощения» с атрофией мышц, отеками, пролежнями. Замедляются репаративные процессы в ожоговых ранах, появляются очаги вторичного некроза. Особую опасность представляет генерализация инфекции (сепсис) с развитием пиемических очагов во внутренних органах. Возможны и такие гнойно-инфекционные осложнения как пневмонии, холециститы, артриты, тромбофлебиты.

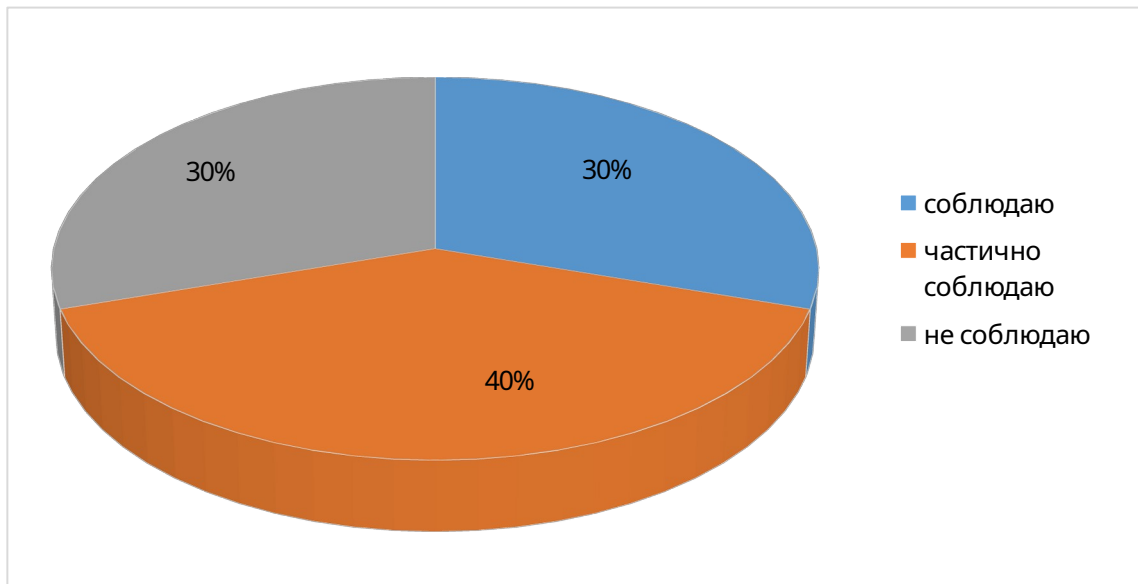
В основе энергетического дефицита у обожженных лежат потери тепла при испарении значительных количеств воды с ожоговой поверхности.

Дефицит белков обусловлен их значительными потерями вместе с экссудатом ожоговых ран (3 грамма белка на 1% глубокого ожога), массивным распадом собственных мышечных и плазменных белков, канальцевой и клубочковой протеинурией.

В связи с этим питание больных ожогового отделения приобретает особую значимость.

На вопрос «Имеете ли Вы дискомфорт от предложенной Вам диеты?» были получены следующие данные:

- такое питание меня устраивает – 30%
- испытываю дискомфорт от диеты, поэтому ем только то, что приносят из дома – 30%
- принимаю пищу, предложенную в отделении и ту, что приносят из дома – 40% (рис. 2.10).

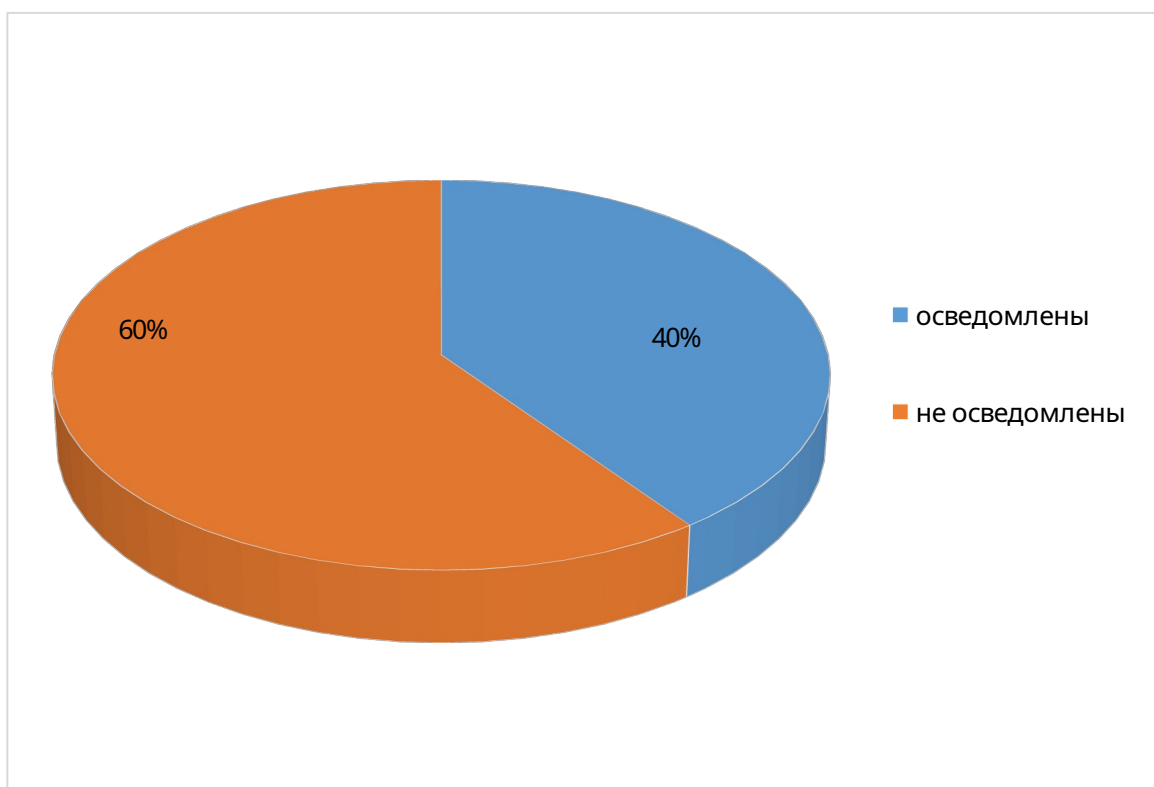


**Рис. 2.10** – Соблюдение пациентами лечебной диеты

Как мы видим, полностью соблюдают лечебную диету только 30% респондентов, что, несомненно, влияет на качество проводимого лечения и длительность выздоровления.

Не менее важным является соблюдение питьевого режима.

Опрос показал, что лишь 40% пациентов знают об особенностях приема жидкости (рис. 2.11) и только 20% респондентов соблюдают эти нормативы (рис. 2.12).

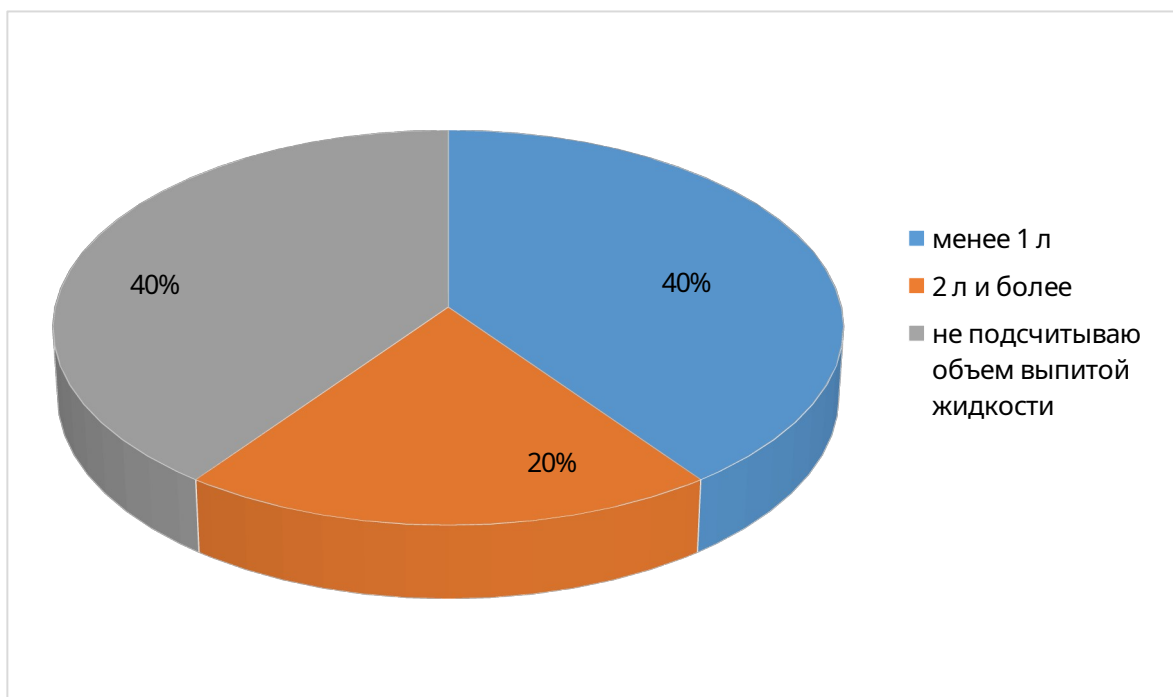


**Рис. 2.11** – Осведомленность об особенностях питьевого режима

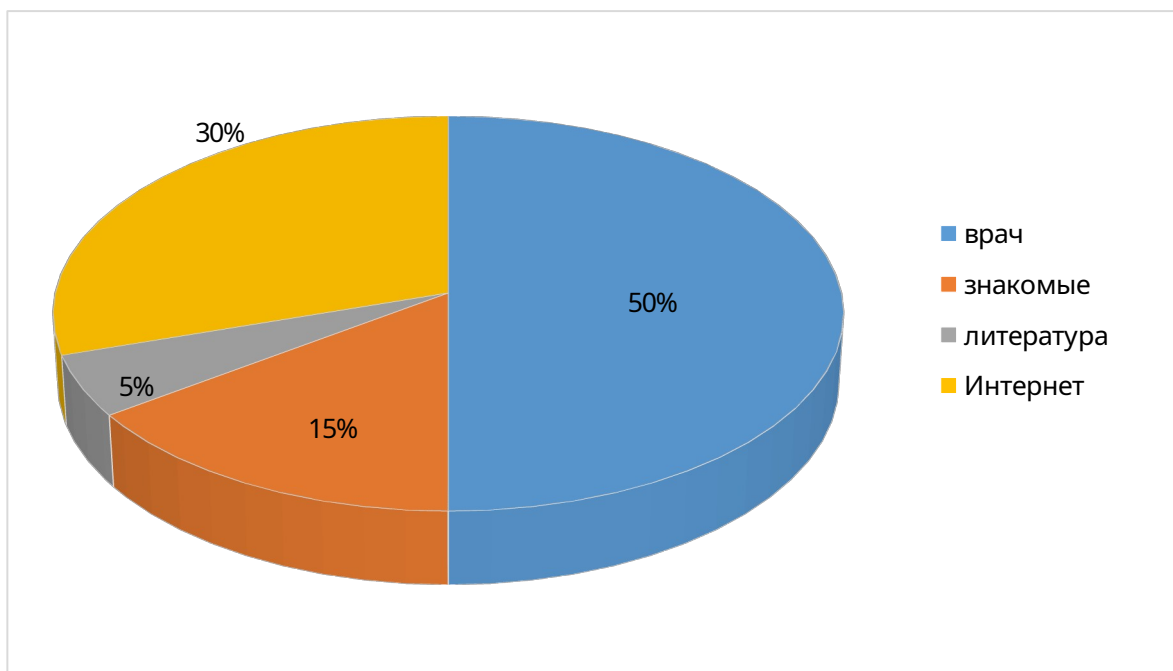


На вопрос «Откуда Вы в большей мере получаете информацию об особенностях лечения и профилактики термических ожогов?» были получены следующие данные:

- от лечащего врача – 50%
- от знакомых – 15%
- из литературных источников (журналы, статьи и т.д.) – 5%
- из Интернета – 30% (рис. 2.13).



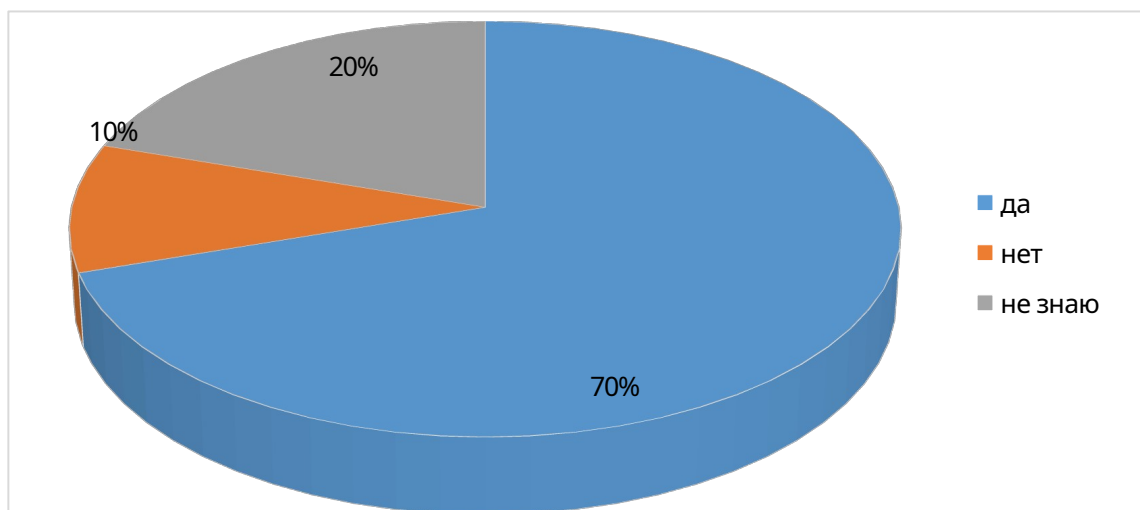
**Рис. 2.12** – Соблюдение нормы выпитой жидкости



**Рис. 2.13** – Способ получения информации об особенностях лечения и профилактики

Как мы видим, большинство пациентов получают информацию о своем заболевании от лечащего врача, что, несомненно, положительным образом влияет на качество проводимого лечения.

На вопрос «Хотели бы Вы получить дополнительную информацию по вопросам профилактики развития ожогов?» положительно ответили 70% респондентов (рис. 2.14).



**Рис. 2.14** – Желание улучшить свои знания по вопросам профилактики термических ожогов

### **Выводы по главе 2:**

1. Согласно статистическим данным за 2018-2020 гг. в динамике отмечается снижение ожоговых поражений по РФ на 2,4% и повышение показателей по РБ, Кяхтинскому району и г. Кяхта на 3,4%, 9,4% и 11,2% соответственно.

2. Основную долю пациентов с ожогами составляют люди в возрасте 20-30 лет, при этом наиболее частой причиной этого заболевания стали термические ожоги (кипятком/огнем).

3. Только 30% респондентов соблюдают лечебную диету и лишь 20% соблюдают количество необходимой выпитой жидкости.

4. Для улучшения уровня осведомленности пациентов по вопросам профилактики и оказания первой помощи при термических ожогах нами были разработаны памятки для пациентов и их родственников (приложения 4-6).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последнее время достигнуты значительные успехи в лечении ожогов и ожоговой болезни. Ряд обожженных, которые ранее безусловно погибали, несмотря на проводимое лечение, сейчас удается излечить.

Несмотря на большие успехи в лечении тяжелых ожогов, число больных с послеожоговыми рубцовыми деформациями и уродствами за последние два десятилетия не уменьшилось. Это объясняется в основном увеличением числа выживших после тяжелых ожогов и сложностью лечения тяжело обожженных, когда основные усилия врачей направлены на спасение жизни пострадавшего и меньше внимание уделяется профилактике возможных послеожоговых рубцовых деформаций.

Умение квалифицированно и своевременно оказать первую помощь позволяет уменьшить страдания потерпевшего, предупредить развитие возможных осложнений, облегчить тяжесть течения болезни и спасти жизнь пострадавшему.

Необходимо помнить, что при ожоге верхних конечностей больные становятся исключительно беспомощными.

Уход за такими пациентами включает разнообразные мероприятия по медицинскому обслуживанию: гигиенические процедуры, кормление, помощь при физиологических отправлениях, подготовку к лечебно-диагностическим манипуляциям и др. Все это позволяет улучшить физическое и психическое состояние пациента, способствует эффективному лечению и быстрому выздоровлению.

При термических поражениях существенное влияние на течение и исходы оказывают своевременность и полноценность первой помощи, направленной на профилактику и ослабление ожогового шока, изоляцию ожоговых ран от внешней среды, предотвращение ее загрязнения; на быстрое согревание при отморожениях и общем охлаждении.

Сестринский персонал ожоговых отделений обеспечивает вторую составляющую лечебного процесса - организацию оптимальных условий внешней среды пациента, оценку его проблем, осуществляет планирование ухода, выполнение назначений врача. Роль медицинской сестры значительно изменяется в настоящее время, особенно в специализированных отделениях.

Сестринский персонал должен не только обладать такими добродетелями как - доброта, аккуратность, отзывчивость, трудолюбие, сострадание, которые вкладывались в понятие, «сестра милосердия». Сестра должна иметь интеллект, организаторские способности, творческое мышление, профессиональную компетентность.

Медицинская сестра ожогового отделения должна иметь не только хорошие профессиональные навыки, но и прочные теоретические знания: понимать механизм действия препаратов, знать их дозировку, пути и скорость введения, возможное побочное действие. От быстрой и правильной первой помощи зависит глубина повреждения, дальнейшее течение заболевания, а иногда и жизнь пациента. Сестринская помощь должна быть направлена, прежде всего, на выявление проблем пациента и их разрешение.

В результате проведенного исследования было выявлено следующее:

Согласно статистическим данным за 2018-2020 гг. в динамике отмечается снижение ожоговых поражений по РФ на 2,4% и повышение показателей по РБ, Кяхтинскому району и г. Кяхта на 3,4%, 9,4% и 11,2% соответственно.

2. Основную долю пациентов с ожогами составляют люди в возрасте 20-30 лет, при этом наиболее частой причиной этого заболевания стали термические ожоги (кипятком/огнем).

3. Только 30% респондентов соблюдают лечебную диету и лишь 20% соблюдают количество необходимой выпитой жидкости.

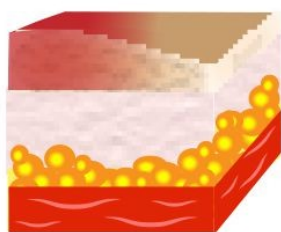
4. Для улучшения уровня осведомленности пациентов по вопросам профилактики и оказания первой помощи при термических ожогах нами были разработаны памятки для пациентов и их родственников.

Считаю цель работы достигнутой, а задачи решенными.

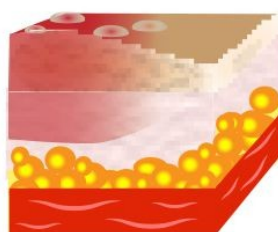
## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Алексеев А.А., Современные методы лечения ожогов и ожоговой болезни. Научно-практический журнал Комбустииология, 2019, N1.
2. Арьев Т.Я. Термические поражения. - Л.: Медицина, 2016, - 704 с.
3. Атясов Н.И. Лечение ран донорских участков при свободной кожной пластике у обожженных. Учеб. пособие, Саранск, 2019. - 92 с.
4. Атясов Н.И. Система активного хирургического лечения тяжелообожженных. - Горький, 2017. - 332 с.
5. Байков Д.А., Мавлютов Т.Р., Гаймалетдинов А.З. и соавт., Современные технологии в лечении амбулаторных ожогов, Актуальные проблемы термической травмы: Материалы международной конференции, Санкт-Петербург, 2018, с. 240-241.
6. Вихриев Б.С., Бурмистров В.М., Ожоги (Руководство для врачей). 2-е изд., перераб. и доп. - Л., Медицина, 2016, 272 с.
7. Вишневский А.А., Вилявин Г.Д., Шрайбер М.И., Термические ожоги. - Труды XXVII Всесоюзного съезда хирургов. М. 2018, с.13-19.
8. Вишневский А.А., Шрайбер М.И., Военно-полевая хирургия. М., Медицина, 2016, 319 с.
9. Евтеев А.А., Тюрников Ю.И., Тангенциальное иссечение гранулирующих ран (ТИГР), как метод хирургической подготовки глубоких ожогов к аутодермопластике. Пластическая хирургия при ожогах и ранах. Мат. международной конференции, Москва, 2017, с. 30-32.
10. Карваял Х.Ф., Паркс Д.Х. Ожоги у детей: перевод с англ.- М.: Медицина, 2018, 512 с.
11. Клячкин М.Л., Пинчук В.М., Ожоговая болезнь. Л., Медицина, 2019, 479 с.
12. Кузин М.И., Костюченко Б.М., Раны и раневая инфекция: Руководство для врачей, 2-е изд., М., 2017, 592 с.

13. Кузин М.И., Сологуб В.К., Юденич В.В., Ожоговая болезнь. М.: Медицина, 2016, 160 с.
14. Малютина Н.Б. Рациональное применение методов раннего хирургического лечения глубоких ожогов у пациентов старших возрастных групп. Научно-практический журнал Комбустиология, 2017, N10.
15. Парамонов Б.А., Порембский Я.О., Яблонский В.Г., Ожоги. СПб.: СпецЛит, 2017, 480 с.
16. Рудовский В., Назиловский В., Зиткевич В., Зинкевич В., Теория и практика лечения ожогов: перевод с англ.- М.: Медицина, 2018.
17. Тюрников Ю.И., Евтеев А.А. Классификация методов активной хирургической подготовки глубоких ожогов к пластическому закрытию в системе раннего хирургического лечения обожженных. Научно-практический журнал Комбустиология, 2017, N4.
18. Федоров В.Д., Алексеев А.А., Крутиков М.Г., Кудзоев О.А., История, проблемы и современные методы хирургического лечения обожженных. Научно-практический журнал Комбустиология, 2017, N1.
19. Юденич В.В., Гришкевич В.М., Руководство по реабилитации обожженных. М., Медицина, 2016, 368 с.
20. Жегалов В.А., Воробьев А.В., Перетягин С.П. с соавт. Опыт лечения местной холодовой травмы в Российском ожоговом центре.- Эл. журнал «Комбустиология» № 3, 2017 г.



Ожог I степени



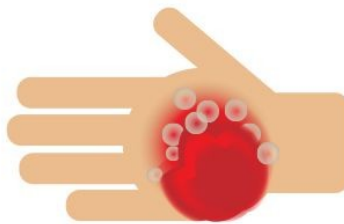
Ожог II степени



Ожог III степени



Покраснение  
кожи в области  
повреждения



Кожа красная,  
присутствуют  
волдыри



Повреждены ткани  
под кожей ( мышцы,  
связки, кости)

Рис. 1.1 – Степени ожогов

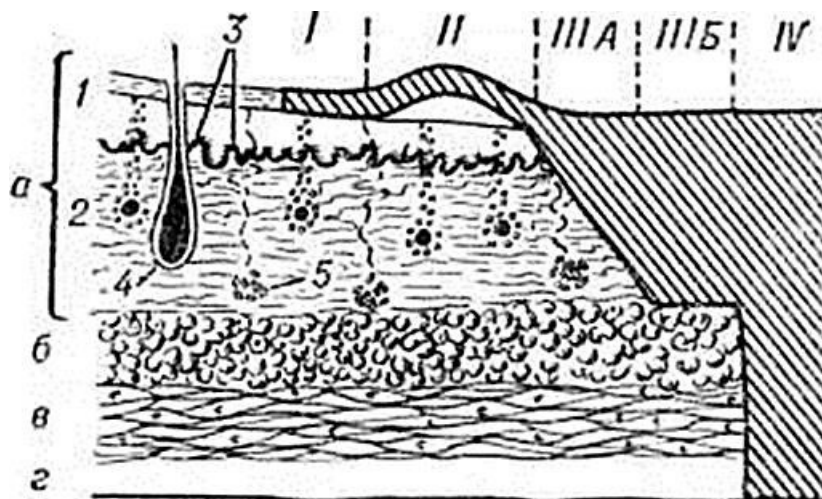


Рис. 1.2 - Глубина повреждения при разных степенях (I-IV) ожога: а - (1-эпидермис, 2 – дерма) б - подкожная клетчатка; в - мышцы; г - кость

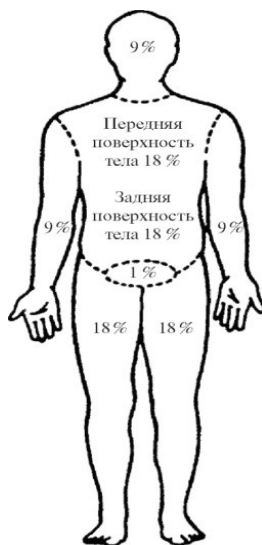


Рис. 1.3 – Метод А.Уоллеса

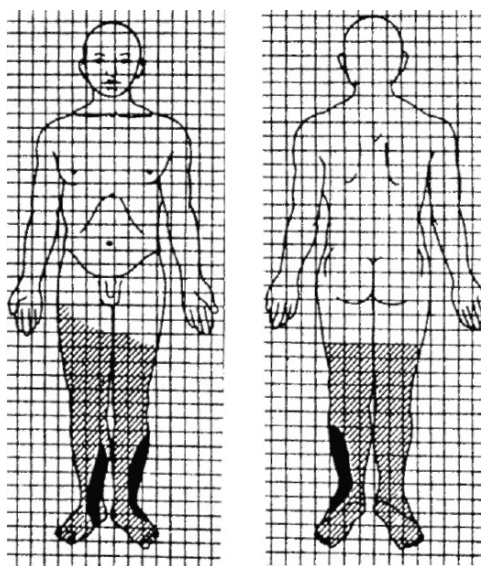


Рис. 1.4 – Скиццы для обозначения и определения площади ожогов



## АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ОЖОГОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ

*Уважаемые респонденты! Предлагаем Вам уделить 5 минут своему здоровью и ответить на вопросы нашей анкеты! (ответ отметить галочкой)*

1. Укажите Ваш пол: \_\_\_\_\_

2. Сколько Вам лет? \_\_\_\_\_

3. Что послужило причиной Ваших ожогов?

\_\_\_\_\_

4. Как давно Вы получили ожоговую травму?

- менее 2 недель назад

- более 2 недель назад

5. Знаете ли Вы о принципах питания при ожоговой травме?

- да

- нет

6. Имеете ли Вы дискомфорт от предложенной Вам диеты?

- такое питание меня устраивает

- испытываю дискомфорт от диеты, поэтому ем только то, что приносят из дома

- принимаю пищу, предложенную в отделении и ту, что приносят из дома

7. Знаете ли Вы об особенностях питьевого режима при ожогах?

- да

- нет

8. Какое количество жидкости Вы выпиваете в течение суток?

- менее 1 л

- 2 л и более

- не подсчитываю объем выпитой жидкости

9. Откуда Вы в большей мере получаете информацию об особенностях лечения и профилактики термических ожогов?

- от лечащего врача

- от знакомых
- из литературных источников (журналы, статьи и т.д.)
- из Интернета.

10. Хотели бы Вы получить дополнительную информацию по вопросам профилактики развития ожогов?

- да
- нет
- не знаю

*Благодарим Вас за участие в опросе! Будьте здоровы!*

## ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ОЖОГОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ

### Профилактика ожогов

Большая часть ожогов происходит дома. Простейшие меры безопасности могут предотвратить возникновение несчастных случаев дома и уменьшить вероятность того, что кто-либо получит ожог.

#### Домашние меры безопасности

- Не курите в постели.
- Поместите дымовую пожарную сигнализацию и другие противопожарные устройства в стратегических местах Вашего дома, таких как кухня, спальня, возле камина или печки. Детекторы дыма должны регулярно проверяться, и не забывайте менять в них батарейки. Хорошим способом помнить об этом является их проверка дважды в год при переводе часов на летнее и зимнее время.
- Разработайте план эвакуации при пожаре и убедитесь, что Ваша семья с ним знакома (включая нянь).
- Держите огнетушитель возле кухни и проверяйте его ежегодно. Научитесь им пользоваться. Если в сковородке загорелась еда или масло, гасите огонь при помощи крышки или кастрюли.
- Установите свой нагреватель воды на отметке 50° С или ниже. Всегда проверяйте температуру воды в ванной.
- Храните чистящие растворы и краски в специальных контейнерах в хорошо проветриваемом помещении.
- Используйте правильные предохранители в распределительных щитках, для того чтобы не перегрузить сеть и пользуйтесь изолированными и заземленными электрическими шнурами.
- Храните макулатуру в мансарде, подвале или гараже.
- Будьте осторожны с газовым оборудованием, таким как газонокосилки, снегоочистители и бензопилы.
- Избегайте фейерверков. Когда Вы захотите их запустить, сперва подумайте о безопасности.

**ПАМЯТКА ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ С ОЖОГАМИ  
(ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ)**

Ожоги не только сопровождаются нарушением целостности кожных покровов, но и формируют серьезные нарушения работы всех органов и систем организма. Для того, чтобы помочь нам предупредить у вас формирование осложнений ожоговой болезни, следует выполнять следующее:

- Не укрывайте ожоговые раны одеялами, простынями. Лучше используйте лестничные дуги для создания тепловых палаток.
- Придерживайтесь рекомендованного врачом положения в постели.
- Изменяйте положение в постели каждые 1-2 часа или чаще, если Вы можете двигаться.
- Лежа в постели делайте упражнения, сгибая и разгибая руки, ноги.
- Делайте 10 дыхательных упражнений каждый час: глубокий медленный вдох через рот, выдох через нос.
- Не пытайтесь самостоятельно снять или наложить повязку.
- Задавайте вопросы медицинской сестре, если у Вас появились какие-либо проблемы.
- При каждом осуществлении мероприятий по уходу используйте предметы ухода только медицинского назначения. Не пользуйтесь подручными средствами.
- Обмывайте или протирайте неповрежденные кожные покровы не менее 1 раза в день (также при недержании мочи или сильном потоотделении).
- Пользуйтесь мягким жидким мылом.
- Проверяйте состояние постели (складки, крошки, загрязнения).
- Осуществляйте правильное питание и питьевой режим.
- Не применяйте самостоятельно «народные» методы лечения ожоговых ран.
- Используйте непромокаемые подгузники, пеленки, наружные мочеприемники при недержании мочи.
- Не приносите Вашим близким, даже по настойчивой просьбе спиртные напитки, сигареты.
- Употребляйте ежедневно достаточное количество жидкости (рассчитывается индивидуально, в зависимости от возраста пациента, площади и глубины ожоговых ран). Вы

можете принимать столовые, щелочные, минеральные воды, негазированную очищенную воду, компот из сухофруктов или свежих ягод, морсы кисель, слабый чай, молоко.

- В первый период ожоговой болезни не желательно употребление в пищу консервированных кислых соков, кофе, крепкого чая.

- Ежедневно Вы должны употреблять в пищу не менее 180 г белка: это количество белка необходимо «набрать» из разных, любимых Вами продуктов, как животного, так и растительного происхождения. Так, например, 10 г белка содержится в: 72,5 г жирного творога; 51,0 г цыпленка/ говядины; 64,0 г камбалы; 160,0 г крупы гречневой.

- Всю информацию по состоянию здоровья вашего родственника получайте только у лечащего врача или палатной медицинской сестры.

## ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

### «Первая помощь при термических ожогах»

Для того чтобы оказать первую помощь в домашних условиях, необходимо провести ряд процедур, направленных на устранение болевых ощущений у человека и предотвращение заражения поврежденного участка кожи:

- Немедленно погасить пламя на одежде и коже пострадавшего, для чего накрыть его тканью (это приведет к прекращению поступления воздуха), или сбросить горящую одежду. Можно погасить пылающий участок одежды, забросав его землей, песком или снегом, облив водой или опустив в воду.

- Успокоить пострадавшего и окружающих, таким образом предотвратив приступы паники у обеих сторон.

- Осторожно снять с пострадавшего тлеющие остатки одежды, которые не зафиксировались в ране. Запрещено отдирать от раны прилипшие остатки одежды. Прикасаться к обожженной поверхности руками тоже нельзя.

- Пострадавшего лучше всего поместить в прохладное помещение или в тень, если ожог произошел летом на улице. Как можно подробнее необходимо выяснить обстоятельства, при которых человек получил повреждения.

- Держать в течение 15-20 минут поврежденную поверхность под проточной холодной водой – это поможет улучшить кровообращение и не даст пораженному участку увеличиться в размерах за счет нагревания оставшихся участков кожи (только при ожогах 1-2 степени).

- Нельзя применять для охлаждения зоны ожога лед, так как, помимо имеющегося ожога, у пострадавшего возникнет дополнительная травма – обморожение.

- Использовать для нанесения на пострадавший участок кожи противоожоговое средство (например, «Спасатель» или «Пантенол») и

наложить сухую стерильную повязку. При обширных ожогах конечностей, можно аккуратно зафиксировать их с помощью наложения шины.

- При обширных ожогах и при возникновении признаков ожогового шока (бледность, слабость, беспокойство, холодный пот, тахикардия, падение артериального давления, нарушение сердечной деятельности и дыхания) дать пострадавшему пить много жидкости – чистую воду, чай, компот.

- Если пострадавший жалуется на боли, то для того, чтобы избежать болевого шока, следует дать ему любое имеющееся обезболивающее средство (спазмалгон, анальгин и пр.).

- Если у человека отсутствует дыхание, в первую очередь нужно провести сердечно-легочную реанимацию, например искусственное дыхание или же непрямой массаж сердца.

- При показаниях для госпитализации вызвать «Скорую помощь» или доставить пострадавшего в лечебное учреждение.

- При выполнении всех перечисленных условий шансы на благоприятный исход у пострадавшего довольно высоки. Однако необходимо помнить, что даже самая маленькая и незначительная термическая травма может спровоцировать тяжелые последствия, в том числе и летальный исход у пострадавшего.

Что нельзя делать!

- вскрывать волдыри;
- заклеивать рану пластырем;
- обрабатывать рану ватой – только стерильный бинт или марлевые тампоны;
- прикасаться к ране руками без стерильных перчаток;
- накладывать на рану какие-либо средства народной медицины (масло, сметану, кефир, взбитые яйца, спиртовые растворы любых целительных трав и т.д.).