

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

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА

Сестринское обследование за ожоговыми больными

Выполнил студент

Беляев Андрей Александрович

VI курса, 643 группы,

34.02.01 Сестринское дело

специальность

Медицинский брат

квалификация

Руководитель

Преподаватель

Профессионального цикла

дисциплина

Заборовский Олег Анатольевич

подпись

Работа допущена к защите

подпись

Зам. директора по УР

О.В. Шереметова

« _____ » « _____ » 2023 г.

2023 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
1. Теоретические аспекты факторов риска, обследования и принципов лечения ожоговых больных.....	5
1.1 Общие сведения.....	5
1.2. Клиническая картина.....	7
1.3. Диагностика и лечение	10
1.4. Роль медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе.....	12
2. Анализ распространенности ожоговых больных по данным хирургического отделения ГБУЗ «Хоринская ЦРБ».....	23
2.1 Анализ статистических данных.....	24
2.2. Анализ информированности населения.....	30
Заключение	36
Список используемых источников	38
Приложения	40

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность Ожоги - одно из самых распространённых в мире травматических поражений. 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. За последние годы наблюдается рост тяжести термической травмы и рост удельного веса ожогов пламенем среди обожженных. Ожоги пламенем поражают все части тела, однако чаще всего пламенем обжигаются открытые части тела - лицо, руки, обычно наиболее близкие к пламени. По количеству смертельных исходов ожоги уступают только травмам, полученным в автомобильных авариях. Лечение ожогов - трудное и многоплановое мероприятие: термические повреждения - одни из самых опасных, они приводят к разрушению сложных белков - основы клеток и тканей. Лечение обожженных, в особенности детского возраста, трудоемко и длительно. Оно требует специальных знаний, оборудования, условий и высокого профессионального мастерства от медицинских работников.

Ежегодно в Европе и США в стационарном лечении нуждаются более 200 тыс. больных с ожогами. В течение 1 года в Европейских странах погибают от ожогов около 60 тыс. человек; среди них большую группу составляют дети. У многих из числа тех, которые выздоравливают, остаются обезображивающие рубцы.

Цель исследования: проанализировать роль медицинской сестры при обследовании пациентов с ожогами.

В соответствии с целью исследования поставлены **задачи:**

1) Рассмотреть данные литературных и интернет источников по изучаемому заболеванию.

2) Изучить факторы риска, клинические проявления и основные принципы лечения ожогов.

3) Изучить роль медсестры при обследовании и уходе за ожоговыми больными.

5) Составление памятки по профилактике ожогов.

Объект исследования: сестринское обследование при ожогах.

Предмет исследования: пациенты с ожогами.

Границы исследования: 2020 - 2022 годы.

Методы исследования:

1) Статистический - анализ годовых отчетов.

2) Социологический - проведение анкетирования среди пациентов.

3) Аналитический - изучение вопросов, связанных с обследованием и уходом за пациентами с ожогами.

Практическая значимость исследования заключается в разработке памятки по профилактике ожогов.

База исследования: ГБУЗ «Хоринская ЦРБ».

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФАКТОРОВ РИСКА, ОБСЛЕДОВАНИЯ И ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ

1.1 Общие сведения

Ожог – повреждение тканей, вызванное местным воздействием высоких температур (более 55-60 С), агрессивными химическими веществами, электрическим током, световым и ионизирующим излучением. По глубине поражения тканей выделяют 4 степени ожога. Обширные ожоги приводят к развитию так называемой ожоговой болезни, опасной летальным исходом из-за нарушения в работе сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а также возникновения инфекционных осложнений. Местное лечение ожогов может проводиться открытым или закрытым способом. Оно обязательно дополняется обезболивающим лечением, по показаниям - антибактериальной и инфузионной терапией.

Классификация по локализации:

- ожоги кожных покровов;
- ожоги глаз;
- ингаляционные повреждения и ожоги дыхательных путей.

По глубине поражения:

I степень. Неполное повреждение поверхностного слоя кожи. Сопровождается покраснением кожи, незначительным отеком, жгучей болью. Выздоровление через 2-4 дня. Ожог заживает без следа.

II степень. Полное повреждение поверхностного слоя кожи. Сопровождается жгучей болью, образованием небольших пузырей. При вскрытии пузырей обнажаются ярко-красные эрозии. Ожоги заживают без образования рубцов в течение 1-2 недель.

III степень. Повреждение поверхностных и глубоких слоев кожи.

IIIА степень. Глубокие слои кожи повреждены частично. Сразу после травмы образуется сухая черная или коричневая корка – ожоговый струп. При ошпаривании струп белесо-сероватый, влажный и мягкий.

Возможно формирование больших, склонных к слиянию пузырей. При вскрытии пузырей обнажается пестрая раневая поверхность, состоящая из белых, серых и розовых участков, на которой в последующем при сухом некрозе формируется тонкий струп, напоминающий пергамент, а при влажном некрозе образуется влажная сероватая фибринная пленка.

Болевая чувствительность поврежденного участка снижена. Заживление зависит от количества сохранившихся островков неповрежденных глубоких слоев кожи на дне раны. При малом количестве таких островков, а также при последующем нагноении раны самостоятельное заживление ожога замедляется или становится невозможным.

ШБ степень. Гибель всех слоев кожи. Возможно повреждение подкожной жировой клетчатки.

IV степень. Обугливание кожи и подлежащих тканей (подкожно-жировой клетчатки, костей и мышц).

Ожоги I-IIIА степени считаются поверхностными и могут заживать самостоятельно (если не произошло вторичное углубление раны в результате нагноения). При ожогах ШБ и IV степени требуется удаление некроза с последующей кожной пластикой. Точное определение степени ожога возможно только в специализированном медицинском учреждении.

По типу повреждения:

Термические ожоги:

- Ожоги пламенем. Как правило, II степени. Возможно поражение большой площади кожи, ожог глаз и верхних дыхательных путей.
- Ожоги жидкостью. Преимущественно II-III степень. Как правило, характеризуются малой площадью и большой глубиной поражения.
- Ожоги паром. Большая площадь и небольшая глубина поражения. Часто сопровождаются ожогом дыхательных путей.
- Ожоги раскаленными предметами. II-IV степень. Четкая граница, значительная глубина. Сопровождаются отслоением поврежденных тканей при прекращении контакта с предметом.

Химические ожоги:

- Ожоги кислотой. При воздействии кислоты происходит коагуляция (сворачивание) белка в тканях, что обуславливает небольшую глубину поражения.

- Ожоги щелочью. Коагуляции, в данном случае не происходит, поэтому повреждение может достигать значительной глубины.

- Ожоги солями тяжелых металлов. Обычно поверхностные.

Лучевые ожоги:

- Ожоги в результате воздействия солнечных лучей. Обычно I, реже – II степень.

- Ожоги в результате воздействия лазерного оружия, воздушных и наземных ядерных взрывов. Вызывают мгновенное поражение частей тела, обращенных в сторону взрыва, могут сопровождаться ожогами глаз.

- Ожоги в результате воздействия ионизирующего излучения. Как правило, поверхностные. Плохо заживают из-за сопутствующей лучевой болезни, при которой повышается ломкость сосудов и ухудшается восстановление тканей.

Электрические ожоги:

Малая площадь (небольшие ранки в точках входа и выхода заряда), большая глубина. Сопровождаются электротравмой (поражением внутренних органов при воздействии электромагнитного поля).

1.2. Клиническая картина

Поверхностные ожоги до 10-12% и глубокие ожоги до 5-6% протекают преимущественно в форме местного процесса. Нарушения деятельности других органов и систем не наблюдается. У детей, пожилых людей и лиц с тяжелыми сопутствующими заболеваниями «граница» между местным страданием и общим процессом может снижаться вдвое: до 5-6% при поверхностных ожогах и до 3% при глубоких ожогах.

Местные патологические изменения определяются степенью ожога, периодом времени с момента травмы, вторичной инфекцией и некоторыми

другими условиями. Ожоги I степени сопровождаются развитием эритемы (покраснения). Для ожогов II степени характерны везикулы (небольшие пузырьки), для ожогов III степени – буллы (большие пузыри с тенденцией к слиянию). При отслоении кожи, самопроизвольном вскрытии или снятии пузыря обнажается эрозия (ярко-красно красная кровоточащая поверхность, лишенная поверхностного слоя кожи).

При глубоких ожогах образуется участок сухого или влажного некроза. Сухой некроз протекает более благоприятно, выглядит, как черная или коричневая корка. Влажный некроз развивается при большом количестве влаги в тканях, значительных участках и большой глубине поражения. Является благоприятной средой для бактерий, часто распространяется на здоровые ткани. После отторжения участков сухого и влажного некроза образуются язвы различной глубины.

Заживление ожога происходит в несколько стадий:

I стадия. Воспаление, очищение раны от погибших тканей. 1-10 сутки после травмы.

II стадия. Регенерация, заполнение раны грануляционной тканью. Состоит из двух подстадий: 10-17 сутки – очищение раны от некротических тканей, 15-21 сутки – развитие грануляций.

III стадия. Формирование рубца, закрытие раны.

В тяжелых случаях возможно развитие осложнений: гнойного целлюлита, лимфаденита, абсцессов и гангрены конечностей.

Общие симптомы

Обширные поражения вызывают ожоговую болезнь – патологические изменения со стороны различных органов и систем, при которых нарушается белковый и водно-солевой обмен, накапливаются токсины, снижаются защитные силы организма, развивается ожоговое истощение. Ожоговая болезнь в сочетании с резким снижением двигательной активности может вызывать нарушения функций дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыводящей системы и желудочно-кишечного тракта.

Ожоговая болезнь протекает поэтапно:

I этап. Ожоговый шок. Развивается из-за сильной боли и значительной потери жидкости через поверхность ожога. Представляет опасность для жизни больного. Продолжается 12-48 часов, в отдельных случаях – до 72 часов. Короткий период возбуждения сменяется нарастающей заторможенностью. Характерна жажда, мышечная дрожь, озноб. Сознание спутано. В отличие от других видов шока, артериальное давление повышается или остается в пределах нормы. Учащается пульс, уменьшается выделение мочи. Моча становится коричневой, черной или темно-вишневой, приобретает запах гари. В тяжелых случаях возможна потеря сознания. Адекватное лечение ожогового шока возможно только в специализированном мед. учреждении.

II этап. Ожоговая токсемия. Возникает при всасывании в кровь продуктов распада тканей и бактериальных токсинов. Развивается на 2-4 сутки с момента повреждения. Продолжается от 2-4 до 10-15 суток. Температура тела повышена. Больной возбужден, его сознание спутано. Возможны судороги, бред, слуховые и зрительные галлюцинации. На этом этапе проявляются осложнения со стороны различных органов и систем.

Со стороны сердечно-сосудистой системы - токсический миокардит, тромбозы, перикардит. Со стороны ЖКТ - стрессовые эрозии и язвы (могут осложняться желудочным кровотечением), динамическая кишечная непроходимость, токсический гепатит, панкреатит. Со стороны дыхательной системы - отек легких, экссудативный плеврит, пневмония, бронхит. Со стороны почек – пиелит, нефрит.

III этап. Септикотоксемия. Обусловлена большой потерей белка через раневую поверхность и реакцией организма на инфекцию. Продолжается от нескольких недель до нескольких месяцев. Раны с большим количеством гнойного отделяемого. Заживление ожогов приостанавливается, участки эпителизации уменьшаются или исчезают.

Характерна лихорадка с большими колебаниями температуры тела. Больной вялый, страдает от нарушения сна. Аппетит отсутствует. Отмечается значительное снижение веса (в тяжелых случаях возможна потеря 1/3 массы тела). Мышцы атрофируются, уменьшается подвижность суставов, усиливается кровоточивость. Развиваются пролежни. Смерть наступает от общих инфекционных осложнений (сепсиса, пневмонии). При благоприятном варианте развития событий ожоговая болезнь заканчивается восстановлением, во время которого раны очищаются и закрываются, а состояние больного постепенно улучшается.

1.3. Диагностика и лечение

Диагноз выставляется на основании глубины и площади ожогов, общего состояния пациента, гемодинамических показателей, лабораторных данных, а также оценки функции различных органов и систем. Больным назначают анализ мочи, общий и биохимический анализ крови, при необходимости проводят консультации различных специалистов: кардиолога, пульмонолога, гастроэнтеролога и т. д. При подозрении на патологические изменения со стороны легких выполняют рентгенографию грудной клетки, при подозрении на миокардит – ЭКГ, ЭхоКГ и МРТ сердца, при подозрении на нарушение функции органов пищеварительного тракта – контрастную рентгенографию, гастроскопию, и анализ кала на скрытую кровь.

Площадь поражения

Тяжесть ожога, прогноз и выбор лечебных мероприятий зависят не только от глубины, но и от площади ожоговых поверхностей. При вычислении площади ожогов у взрослых в травматологии используют «правило ладони» и «правило девяток». Согласно «правилу ладони», площадь ладонной поверхности кисти примерно соответствует 1% тела ее хозяина. В соответствии с «правилом девяток»: площадь шеи и головы составляет 9% от всей поверхности тела; грудь – 9%; живот – 9%; задняя поверхность туловища – 18%; одна верхняя конечность – 9%; одно бедро – 9%; одна голень вместе со стопой – 9%; наружные половые органы и промежность – 1%.

Тело ребенка имеет другие пропорции, поэтому «правило девяток» и «правило ладони» к нему применять нельзя. Для расчета площади ожоговой поверхности у детей используется таблица Ланда и Броуэра. В специализированных мед. учреждениях площадь ожогов определяют при помощи специальных пленочных измерителей (прозрачных пленок с мерной сеткой).

Прогноз зависит от глубины и площади ожогов, общего состояния организма, наличия сопутствующих травм и заболеваний. Для определения прогноза используется индекс тяжести поражения (ИТП) и правило сотни (ПС).

Индекс тяжести поражения применяется во всех возрастных группах. При ИТП 1% поверхностного ожога равняется 1 единице тяжести, 1% глубокого ожога – 3 единицам. Ингаляционные поражения без нарушения дыхательной функции – 15 единиц, с нарушением функции дыхания – 30 единиц.

Прогноз:

- благоприятный – менее 30 ед.;
- относительно благоприятный – от 30 до 60 ед.;
- сомнительный – от 61 до 90 ед.;
- неблагоприятный – 91 и более ед.

При наличии комбинированных поражений и тяжелых сопутствующих заболеваний прогноз ухудшается на 1-2 степени.

Правило сотни

Обычно применяется для больных старше 50 лет. Формула расчета: сумма возраста в годах + площадь ожогов в процентах. Ожог верхних дыхательных путей приравнивают к 20% поражения кожи.

Прогноз:

- благоприятный – менее 60;
- относительно благоприятный – 61-80;
- сомнительный – 81-100;
- неблагоприятный – более 100.

1.4. Роль медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе

Первая помощь. Необходимо как можно быстрее прекратить контакт с повреждающим агентом (пламенем, паром, химическим веществом и т. д.). При термических ожогах разрушение тканей из-за их нагрева продолжается некоторое время после прекращения разрушающего воздействия, поэтому обожженную поверхность нужно охлаждать льдом, снегом или холодной водой в течение 10-15 минут. Затем аккуратно, стараясь не повредить рану, срезают одежду и накладывают чистую повязку. Свежий ожог нельзя смазывать кремом, маслом или мазью – это может усложнить последующую обработку и ухудшить заживление раны.

При химических ожогах нужно обильно промыть рану проточной водой. Ожоги щелочью промывают слабым раствором лимонной кислоты, ожоги кислотой – слабым раствором пищевой соды. Ожог негашеной известью водой промывать нельзя, вместо этого следует использовать растительное масло. При обширных и глубоких ожогах больного необходимо укутать, дать обезболивающее и теплое питье (лучше – содово-солевой раствор или щелочную минеральную воду). Пострадавшего с ожогом следует как можно быстрее доставить в специализированное мед. учреждение.

Лечение

Местные лечебные мероприятия

Закрытое лечение ожогов

Прежде всего производят обработку ожоговой поверхности. С поврежденной поверхности удаляют инородные тела, кожу вокруг раны обрабатывают антисептиком. Большие пузыри подрезают и опорожняют, не удаляя. Отслоившаяся кожа прилипает к ожогу и защищает раневую поверхность. Обожженной конечности придают возвышенное положение.

На первой стадии заживления применяют препараты с обезболивающим и охлаждающим действием и лекарственные средства для нормализации состояния тканей, удаления раневого содержимого, профилактики инфекции и отторжения некротических участков. Используют аэрозоли с декспантенолом,

мази и растворы на гидрофильной основе. Растворы антисептиков и гипертонический раствор применяют только при оказании первой помощи. В дальнейшем их использование нецелесообразно, поскольку повязки быстро высыхают и препятствуют оттоку содержимого из раны.

При ожогах IIIА степени струп сохраняют до момента самостоятельного отторжения. Вначале накладывают асептические повязки, после отторжения струпа – мазовые. Цель местного лечения ожогов на второй и третьей стадии заживления – защита от инфекции, активизация обменных процессов, улучшение местного кровоснабжения. Применяют лекарственные средства с гиперосмолярным действием, гидрофобные покрытия с воском и парафином, обеспечивающие сохранение растущего эпителия при перевязках. При глубоких ожогах проводится стимуляция отторжения некротических тканей. Для расплавления струпа используют салициловую мазь и протеолитические ферменты. После очищения раны выполняют кожную пластику.

Открытое лечение ожогов

Проводится в специальных асептических ожоговых палатах. Ожоги обрабатывают высушивающими растворами антисептиков (раствор марганцовки, бриллиантового зеленого и пр.) и оставляют без повязки. Кроме того, открыто обычно лечат ожоги промежности, лица и других областей, на которые сложно наложить повязку. Для обработки ран в этом случае используют мази с антисептиками (фурацилиновая, стрептомициновая).

Возможна комбинация открытого и закрытого способов лечения ожогов.

Общие лечебные мероприятия

У пациентов со свежими ожогами повышается чувствительность к анальгетикам. В раннем периоде наилучший эффект обеспечивается частым введением малых доз обезболивающих препаратов. В последующем может потребоваться увеличение дозы. Наркотические анальгетики угнетают дыхательный центр, поэтому вводятся травматологом под контролем дыхания.

Подбор антибиотиков осуществляется на основании определения чувствительности микроорганизмов. Профилактически антибиотики не

назначают, поскольку это может привести к образованию устойчивых штаммов, невосприимчивых к антибактериальной терапии.

В ходе лечения необходимо возместить большие потери белка и жидкости. При поверхностных ожогах более 10% и глубоких более 5% показана инфузионная терапия. Под контролем пульса, диуреза, артериального и центрального венозного давления пациенту вводят глюкозу, питательные растворы, растворы для нормализации кровообращения и кислотно-щелочного состояния.

Реабилитация включает в себя мероприятия по восстановлению физического (лечебная гимнастика, физиотерапия) и психологического состояния пациента. Основные принципы реабилитации:

- раннее начало;
- четкий план;
- исключение периодов длительной неподвижности;
- постоянное наращивание двигательной активности.

По окончании периода первичной реабилитации определяется необходимость дополнительной психологической и хирургической помощи.

При ожогах I степени окружность ожоговой поверхности дезинфицируют 70% этиловым спиртом, ожоговую поверхность также обмывают марлевыми шариками, смоченными спиртом. Чаще всего используют повязки с рыбьим жиром или 5% синтомициновой эмульсией; можно наложить сухую стерильную повязку. Ожоги лица лечат открытым способом, их обычно смазывают стерильным маслом. Ожоги I степени заживают примерно в течение недели, не оставляя видимых рубцов. При первичной хирургической обработке ожогов II и III А степени окружность и сами ожоговые раны дезинфицируют спиртом. Некоторые авторы рекомендуют орошать ожоговые поверхности раствором фурацилина 1:5000 или другим антисептиком. Небольшие и среднего размера пузыри не вскрывают, более крупные - прокалывают в основании и выпускают из них жидкость или срезают стерильным инструментом. Далее обожженного можно лечить одним из принятых методов.

Используя закрытый метод, на рану накладывают повязку с 5% синтомициновой эмульсией, вазелиновым маслом, противоожоговой мазью Вишневского или другими маслянистыми и не раздражающими медикаментами. Повязку по возможности не меняют 10-14 дней.

В отсутствие инфекции ожоговые раны II степени заживают в течение 2 недель, а III степени - 3-4 недели. Закрытый метод лечения более удобен при ожогах конечностей, а также при небольших ожогах туловища. Важно подчеркнуть, что в фазе очищения раны (до начала эпителизации) целесообразно применять мази на водорастворимой основе из полиэтиленгликоля. Полиэтиленгликоль обладает очень высокой способностью поглощать влагу, способствует очищению раны от остатков некротических тканей. К таким мазям относятся 5% диоксициноловая и 1% йодопириновая, сульфамилон и др.

Открытый метод удобен при лечении ожогов лица и обширных ожогов тела, а также в случаях массовых поражений. Применяя открытый метод лечения, при первичной хирургической обработке ожоговой раны пузыри срезают. Бесповязочное лечение на воздухе в палатах с инфракрасным излучением, в специальных аэротерапевтических установках (АТУ) с вертикальным ламинарным потоком стерильного, подогретого до 30-32 °С воздуха, локальных изоляторах с потоком стерильного подогретого воздуха имеет целью более быстрое образование струпа, который сохраняется вплоть до заживления ожогов II и III степени или удаляется оперативным способом после образования демаркационной линии при более глубоких ожогах.

Кровать больного, помещенного в эти установки, ограничена от окружающего пространства прозрачной пленкой, поток воздуха формируется в ячейках сети, расположенной над больным. Персоналу разрешается входить в такой изолятор только одетыми в стерильные халаты, маски, перчатки (кинетрон). Бесповязочное лечение ожоговых ран без активного противомикробного воздействия в наши дни недопустимо. Ожоговые поверхности обрабатываются антибактериальными препаратами. Лечение в

АТУ позволяет снизить катаболические процессы, восстановить водно-электролитный баланс, уменьшить бактериальную обсемененность ожоговой раны. Высушивание поверхности ожоговой раны позволяет в ранние сроки выявить зоны глубокого некроза и произвести хирургическую или химическую некрэктомию. Для этого с 5-7-го дня на сухой струп накладывают некролитические повязки до формирования под ним грануляционной ткани. На очищенную от некротических тканей поверхность накладывают перфорированные сетчатые лоскуты ксенокожи или тонкий слой антибактериальной мази, а затем через несколько дней производят аутопластику кожи.

При комбинированном лечении последовательно используют закрытый и открытый методы.

Применяется также полукрытый метод, при котором рану покрывают марлевыми салфетками, насыщенными медикаментами, без фиксирующей повязки. При глубоких ожогах (III Б и IV степени) некротические слои кожи с первых часов закрывают пораженную поверхность. Этот безжизненный слой остается интактным до тех пор, пока не произойдет разграничение между живыми и мертвыми тканями по краям ожоговых поверхностей.

При наличии влажного струпа он оказывается инфицированным огромным количеством микроорганизмов (10^7-10^{10} на 1 г ткани), что создает предпосылки для развития септикотоксемии и сепсиса. Ожоговые раны высушивают в АТУ или ультрафиолетовыми лучами. Местно применяют химиотерапевтические средства (антибиотики или сульфаниламиды) в виде растворов, кремов или желеобразных форм. В последние годы при глубоких, но не обширных, ожогах применяют первичную эксцизию ожоговой раны и пересадку кожи. Ее выполняют на 4-7-й день после ожога, предварительно произведя полное иссечение погибших тканей.

Глубину иссечения пораженных тканей определяют специальными красящими веществами. Пересадку кожи производят в течение первых 2 недель после эксцизии ожоговой раны. Нередко хирургическое вмешательство

показано и в других случаях. После тяжелых ожогов лица и шеи, а также при ожогах верхних дыхательных путей горячим паром или газами может стремительно развиваться отек гортани. Если отек нарастает и дыхание резко затруднено, необходимо наложить трахеостому. В случае ожога конъюнктивы глаз для предотвращения нарушения зрения в первые дни необходимо произвести конъюнктивальные инцизии (производит офтальмолог).

При глубоких ожогах и выраженном отеке кисти для предотвращения дальнейшего некроза тканей и образования контрактур производят глубокие продольные разрезы вплоть до фасции, при обугливания конечности - раннюю ампутацию. Для лечения ожогов большое значение имеют идеальная чистота помещения, свежий воздух, тщательный уход за больным, высококалорийная, богатая белками и витаминами диета.

Для предотвращения контрактур иммобилизуют суставы, что препятствует образованию стягивающих рубцов. Одновременно с первых дней начинают лечебную физкультуру, которая устраняет атрофию мышц. На конечном этапе лечения используют различные физиотерапевтические процедуры, магнитное поле. Прогноз при небольших ожогах благоприятный; обширные ожоги угрожают жизни больного, ведут к развитию ожоговой болезни.

Роль медицинской сестры при лечении пациентов с ожогами. Исход лечения во многом зависит от ухода за больным и точного выполнения врачебных назначений. Особенно необходим тщательный уход за кожей: больных следует чаще поворачивать, несколько раз в день протирать кожу спиртом. Естественно физиологические отправления (дефекация, мочеиспускание) больной осуществляет в очень неудобном положении. В силу этого возможно загрязнение одежды, повязок. После акта дефекации, а у женщин и мочеиспускания необходимо проводить подмывание и обтирание промежности.

Больные с ожогами очень подвержены простудным и легочным заболеваниям. Обучение больного дыхательной гимнастике, систематическое

ее проведение под контролем персонала позволяют предотвратить застойные и воспалительные явления в легких. Больной должен получать легко усвояемую и богатую белками пищу. Особенно ценны в этом отношении молочные продукты (кефир, сметана, сливки, творог), нежное мясо (курица, телятина). Усиленная потеря белков вызывает необходимость значительно большего их введения.

Нередко у больных почти полностью отсутствует аппетит. Задача медицинской сестры - добиться обязательного приема всего положенного пищевого рациона. Пища должна быть вкусно приготовлена и разнообразна. В тяжелых случаях рекомендуется проводить кормление с помощью зонда. Больные должны получать большое количество фруктов и свежих овощей, богатых витаминами и углеводами.

Больные с обширными ожогами подчас легко раздражимы, отказываются от проведения ряда назначений. В таких случаях медсестра должна очень внимательно относиться к больному, ласково, но настойчиво добиваться выполнения всех назначений и установленного для него режима. Особенно большие возражения со стороны больного из-за наличия болей вызывают придаваемые невыгодные в функциональном отношении положения конечностям. Больной старается изменить положение, что может приводить к развитию контрактур, тугоподвижности суставов, стягиванию кожи рубцами и невозможности в дальнейшем пользоваться данной конечностью. Несмотря на боли, в период эпителизации и рубцевания ожога показана интенсивная лечебная гимнастика. Недостаточное внимание к больному, непростительное «щажение» его могут стать причиной тяжелой инвалидности.

Уход за ожоговой поверхностью зависит от избранного способа лечения. Наибольшее внимание сестра должна уделять больным при лечении открытым способом. Температуру в палате поддерживают на довольно высоких цифрах (22-24°). Так как при открытом способе особенно легко может произойти инфицирование раны, то ежедневно сменяют стерильную простыню. Каркас тщательно закрывают простыней и одеялом и концы их заправляют под

каркасом (27-30°) регулируют включением того или иного количества электрических лампочек на внутренней его поверхности. При лечении ожогов под повязкой очень важным в уходе является тщательное гигиеническое содержание повязки и кожи вокруг ожога. Так как смена повязки проводится через 8-10 дней, необходимо при промокании ее регулярно сменять поверхностные слои, подбинтовывать свежим перевязочным материалом. Обычно от повязок исходит тяжелый запах, поэтому необходимо чаще проветривать палату, менять постельное и нательное белье.

Перевязки всегда вызывают значительные боли. Для уменьшения болей перед повязками больным необходимо вводить обезболивающие средства (морфин, пантопон).

Часто для уменьшения болей производят отмачивание повязок с помощью местных или общих ванн в слабых растворах марганцовокислого калия.

Подготовка к перевязкам и их проведение: общие или местные ванны с антисептиками для уменьшения травматизации тканей. Больных помещают в ванну с теплым раствором перманганата калия. При небольших ожогах повязки смачивают раствором перманганата калия или перекисью водорода. Перед обработкой небольших ожоговых поверхностей больным вводят анальгетики, а при обработке больших поверхностей дают наркоз; строгое соблюдение правил асептики и антисептики при проведении перевязок.

Организация диетического питания. Пища должна быть высококалорийной, богатой белками, витаминами, минеральными солями.

В значительной степени утяжеляет течение ожоговой болезни ожог дыхательных путей. В первые сутки появляется осиплость голоса, одышка, затрудненное дыхание. На вторые сутки отмечается нарастание отека дыхательных путей, бронхоспазма, закупорки просвета бронхов слизью. Клинически отмечается резкое увеличение одышки, развитие острой эмфизе мы легких, бронхопневмонии, которая протекает крайне тяжело, сопровождается легочно-сердечной недостаточностью. В течении ожоговой болезни различают

периоды ожогового шока, острой ожоговой токсемии, ожоговой септикотоксемии и период реконвалесценции.

Неотложная помощь при ожогах

1) Срочно прекратить действие на пострадавшего высокой температуры дыма, токсических продуктов горения, а также снять с него одежду.

2) Охладить обожженные участки. Целесообразно погружение обожженных участков в холодную воду или обмывание их струей водопроводной воды в течение 5-10 мин. При ожогах лица, верхних дыхательных путей удаляют слизь из ротоглотки, вводят воздуховод.

3) Обезболить и начать противошоковые мероприятия: ввести промедол или омнопон; противошоковые кровезаменители (полиглюкин, желатиноль).

4) Наложить асептическую повязку. Накладывают на обожженную поверхность сухую ватно-марлевую повязку, а при ее отсутствии чистую ткань (например, заворачивают пострадавшего в простыню).

5) Пострадавшему необходимо дать выпить не менее 0.5 л воды с растворенными в ней 1/4 чайной ложки гидрокарбоната натрия и 1/2 чайной ложки хлорида натрия. Внутрь дают 1 -2 г ацетилсалициловой кислоты и 0,05 г димедрола.

6) Срочная госпитализация. В стационаре обожженному вводят анальгетики и седативные препараты, противостолбнячную сыворотку. После этого удаляют отслоившийся на больших участках эпидермис, а пузыри надсекают и выпускают из них жидкость. Ожоговая поверхность при поверхностных ожогах болезненна, поэтому механическая очистка ее допускается лишь в случае сильного загрязнения землей путем орошения растворами антисептиков. На ожоговые раны накладывают противоожоговые не прилипающие к ранам повязки с металлизированной поверхностью или стерильные повязки с мазями на водорастворимой основе (левомеколь, левосин, диоксиколь, дермазин). Последующие перевязки с этими же мазями проводят ежедневно или через день, вплоть до полного заживления ран. После заживления ожогов 3А степени на их месте возможно развитие келоидных

рубцов. С целью их профилактики, особенно при ожогах лица, кистей и стоп, на только что зажившие раны накладывают эластичные давящие повязки. С этой же целью назначают физиотерапевтическое лечение (ультразвук, магнитотерапию, грязелечение).

Неотложная помощь при ожоговом шоке

В специализированной машине скорой помощи продолжают комплекс реанимационных мероприятий, направленных в первую очередь на восстановление гемодинамики. С этой целью вводят обезболивающие средства, внутривенно полиглюкин (400-800 мл), натрия гидрокарбонат (5 % раствор - 200-250 мл), глюкозу (5 % раствор 0.5-1.0 л), кортикостероиды (гидрокортизона гемисукцинат - 200 мг или преднизолона гемисукцинат - 60 мг), коргликон (1 мл); при начинающемся отеке легких - пентамин (25-50 мг).

В стационаре продолжают инфузионную терапию. При глубоких циркулярных ожогах конечностей и туловища, нарушающих кровообращение и дыхание, показано неотложное рассечение ожогового струпа до появления кровообращения с последующим наложением асептической повязки. Наркотические анальгетики комбинируют с антигистаминными средствами (димедролом, дипразином и др.), оксибутиратом натрия, сибазоном, дроперидолом (4-6 раз в сутки).

Улучшения реологических свойств крови достигают назначением дезагрегантов (пентоксифиллина, дипиридамона) и гепарина. При выраженной артериальной гипотензии показаны кортикостероиды в больших дозах. Рано начатое интенсивное лечение ожогового шока заметно улучшает ближайшие и отдаленные результаты лечения, предупреждает ряд серьезных осложнений. Контроль за состоянием больного и эффективностью терапии осуществляют по показателям диуреза, АД, центрального венозного давления (ежечасно), гематокрита, кислотно-щелочного состояния.

Пострадавшим с ожогами площадью 15-20 % поверхности тела, поступившим в стационар без признаков шока, необходима инфузионная терапия, направленная на профилактику развития гемоконцентрации,

гиповолемии и расстройств микроциркуляции. После выведения из шока на первый план выдвигается защита обожженных от алиментарного и энергетического истощения, интоксикации и госпитальной инфекции. Лечебные мероприятия в периоде острой ожоговой токсемии направлены на дезинтоксикацию, коррекцию метаболических и энергетических расстройств, борьбу с инфекцией. Дезинтоксикационная терапия включает внутривенное введение гемодеза, реополиглюкина, проведение форсированного диуреза. Пострадавшим производят плазмаферез, гемосорбцию, плазмосорбцию. Показано усиленное питание.

Эффективно проведение дополнительного энтерального питания, при котором через постоянный зонд в желудок дозированно вводят высококалорийные смеси. Внутривенно вливают растворы аминокислот, белковые гидролизаты, жировые эмульсии, раствор глюкозы. Антибактериальные препараты назначают в соответствии с результатами посева из раны и определения чувствительности флоры к антибиотикам и антисептикам. Больные должны постоянно получать обезболивающие и антигистаминные препараты, кардиотонические средства, витамины С. группы В. Для предотвращения осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта необходимо применение препаратов, снижающих кислотность желудочного сока (атропин, алмагель и др.).

Лечебные мероприятия в периоде септикотоксемии направлены на подготовку больного к аутодермопластике. Для этого продолжают энтеральное и парентеральное введение белков, жиров и углеводов, ведут борьбу с инфекцией. Последнее включает обработку ожоговых ран 1 % раствором йодопирона. активное удаление некротических тканей, частые смены повязок с антисептическими мазями на водорастворимой основе, парентеральное введение антибиотиков.

Продолжают применение кардиотонических, седативных, антигистаминных препаратов, дают поливитамины, антацидные средства.

2. АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ ПО ДАННЫМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГБУЗ «ХОРИНСКАЯ ЦРБ»

ГБУЗ «Хоринская ЦРБ» оказывает лечебно-диагностическую и профилактическую медицинскую помощь на территории Хоринского района.

Основной целью деятельности Учреждения является сохранение и восстановление здоровья населения путем проведения лечебно – профилактических и оздоровительных мероприятий, а также реализация единой государственной политики в сфере здравоохранения для обеспечения жизнедеятельности и здоровья граждан.

Основными видами деятельности Учреждения являются:

- первичная медицинская помощь;
- специализированная медицинская помощь;
- скорая медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь.

В структуру ГБУЗ «Хоринская ЦРБ» входят 87 коек круглосуточного пребывания по профилям: терапия, хирургия, травматология, педиатрия, инфекционные болезни, родильные ОПБ, гинекология, неврология.

35 коек дневных стационаров при АПО:

- Тэгдинской ВА – 7 терапевтических коек,
- Верхне-Талецкой ВА – 3 терапевтических койки,
- в Хоринской районной поликлинике – 25 коек (20 терапевтических, 2 гинекологические).

Цель исследования: изучить распространенность ожоговых больных по данным хирургического отделения ГБУЗ «Хоринская ЦРБ».

Гипотеза исследования: повысится эффективность профилактики ожогов у пациентов при следующих условиях:

- 1) регулярного проведения санитарно-просветительной работы с детьми и родителями о важности значения мер пожарной безопасности;

2) своевременное проведение бесед по технике безопасности при работе с электричеством и химическими веществами (щелочи, кислоты).

В соответствии с целью и гипотезой поставлены следующие **задачи**:

- 1) Изучить статистические данные о частоте ожоговых повреждений.
- 2) Проанализировать результаты анкетирования пациентов по профилактике ожогов.
- 3) Разработать памятку для населения по профилактике ожогов среди населения.

2.1 Анализ статистических данных

На первом этапе нами были проанализированы статистические данные по частоте ожоговых повреждений за 2020-2022 гг. в РФ, РБ и по данным хирургического отделения ГБУЗ «Хоринская ЦРБ». Полученные данные отражены в табл. 2.1 и на рис. 2.1.

Таблица 2.1

Частота ожоговых повреждений (на 100 000 населения)

Территория/Год	2020 г.		2021 г.		2022 г.	
	абс.	отн.	абс.	отн.	абс.	отн.
Российская Федерация	160,0	56,8	144,2	59,6	137,4	58,3
Республика Бурятия	87,4	31,1	71,3	29,5	72,7	30,8
Хирургическое отделение ГБУЗ «Хоринская ЦРБ»	34,2	12,1	26,4	10,9	25,7	10,9

Проведенный анализ частоты ожоговых повреждений показал, что отмечается снижение показателей в РФ на 9,9% в 2021 г. и на 4,7% в 2022 г.

В Республике Бурятия характерно снижение показателей на 18,4% в 2021 г. и последующий рост на 1,9% в 2022 г.

В хирургическом отделении ГБУЗ «Хоринская ЦРБ» отмечается снижение частоты случаев ожоговых поражений на 22,8% в 2021 г. и 2,6% в 2022 г.

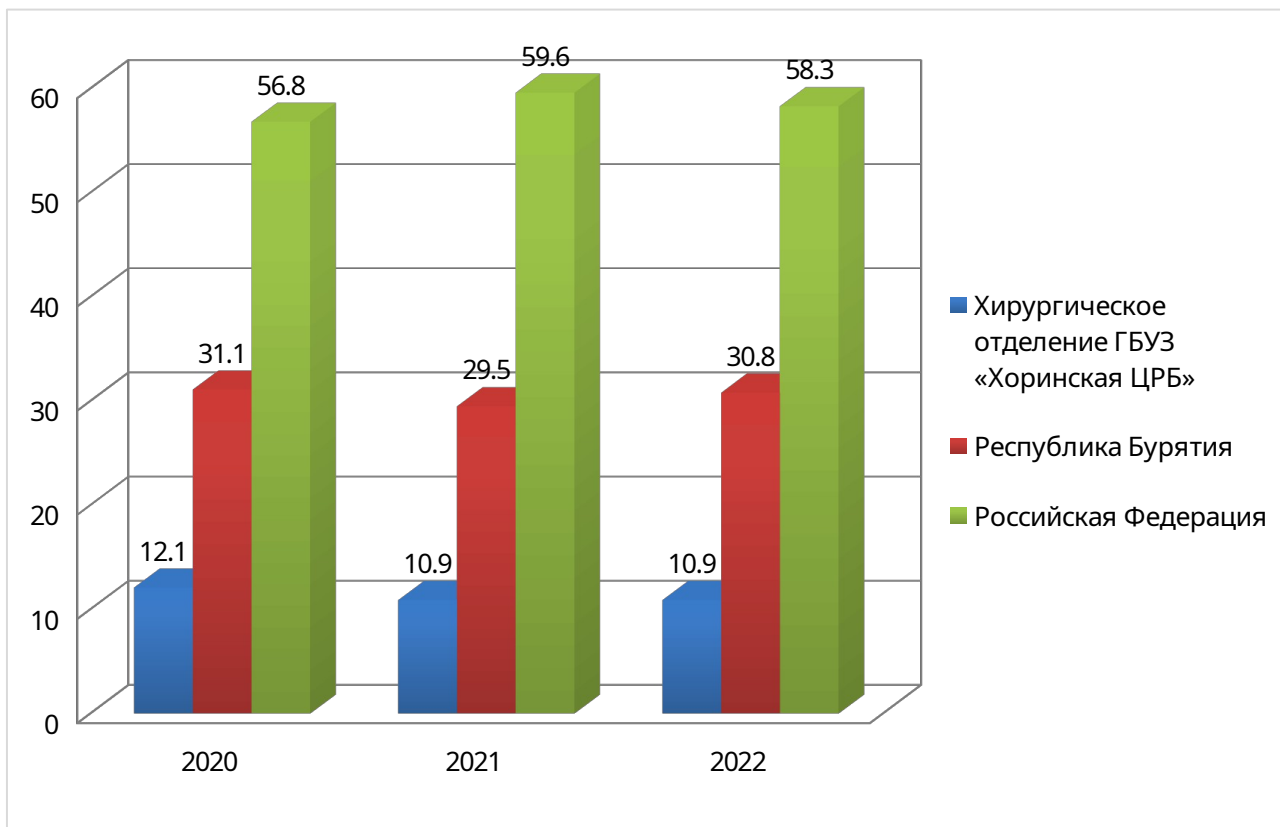


Рис 2.1. Частота ожоговых поражений (на 100 000 населения)

Вывод: отмечается снижение показателей распространенности ожоговых поражений в 2021 г. и 2022 г. по данным хирургического отделения ГБУЗ «Хоринская ЦРБ».

Далее мы анализировали структуру ожоговых поражений по данным хирургического отделения ГБУЗ «Хоринская ЦРБ».

За время исследования изучено 364 историй болезней пациентов с ожогами за 2022 г. Всех пациентов разделили на 3 группы. Первая группа – дети (0-17 лет); вторая группа – молодые люди и люди среднего возраста (18-59 лет); третья группа – пожилые люди, люди старческого возраста и долгожители (более 60 лет). По этим группам высчитывалось количество термических, химических, электрических и лучевых ожогов.

Так как более распространены термические ожоги, по ним высчитывалась частота причин получения ожога и проводилась классификация по глубине и площади поражения.

В ходе расчетов частоты типов ожогов получились следующие значения (таблица 2.1).

Количество различных типов ожогов за 2022 год среди пациентов

Возраст	Термический	Химический	Электрический	Лучевой	Случаев в группе
1 группа (0-17 лет)	109	1	0	8	118
2 группа (18-59 лет)	163	10	4	8	185
3 группа (более 60 л.)	59	0	1	1	61
Всего случаев по типам	331	11	5	17	364

По данным табл. 2.2. общее процентное соотношение типов ожогов по всем группам: термические – 90,9%; лучевые – 4,7%; химические – 3%; электрические – 1,4%.

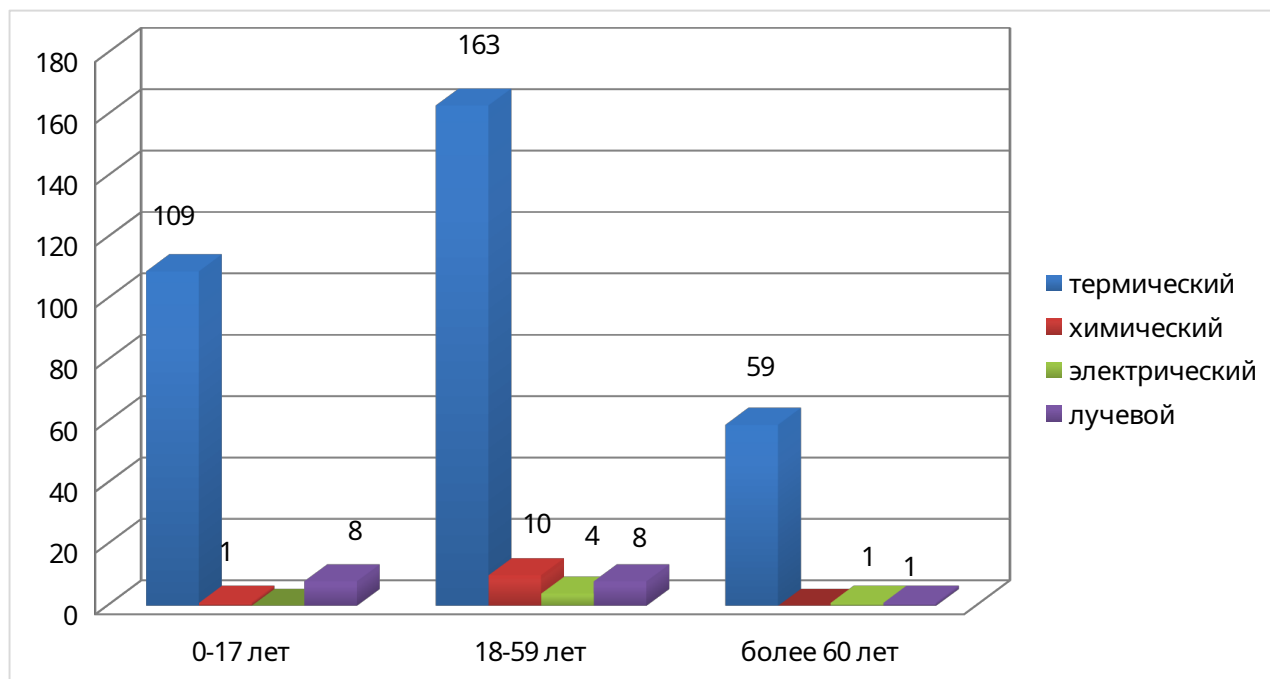


Рис. 2.3. Количество различных типов ожогов за 2022 год среди пациентов хирургического отделения ГБУЗ «Хоринская ЦРБ», в %

Вывод: во всех группах преобладают термические ожоги. В первой группе на долю термических ожогов приходится 92,3%. Во второй группе – 88,1%. В третьей группе – 96,7%.

Преобладающим типом оказались термические ожоги. Случаи термических ожогов были распределены по глубине (таблица 2.3) и площади поражения.

Таблица 2.3

**Распределение случаев термических ожогов по глубине поражения
среди пациентов с ожогами за 2022 год**

Возраст	поверхностные ожоги		глубокие ожоги	
	абс.	отн.	абс.	отн.
1 группа (0-17 лет)	88	36,7	21	23,1
2 группа (18-59 лет)	118	49,2	45	49,5
3 группа (более 60 лет)	34	14,2	25	27,5
Всего случаев	240	-	91	-

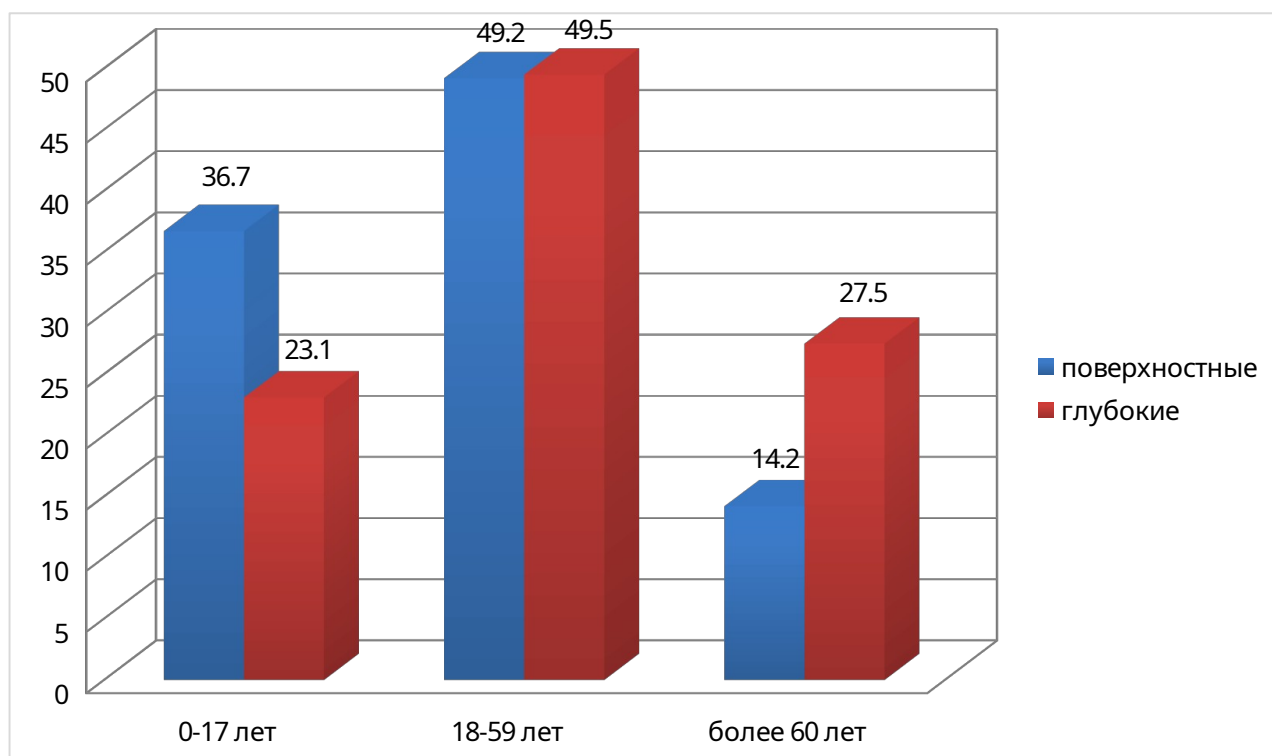


Рис. 2.4. Распределение случаев термических ожогов по глубине поражения среди пациентов с ожогами за 2022 год, в %

Вывод: чаще встречаются поверхностные ожоги, наиболее распространены в группе 18-59 лет.

На термические ожоги I-II-IIIА степени (поверхностные ожоги) приходится в общем 240 случаев (72,5% от числа термических ожогов). Глубокие термические ожоги (наличие у пациентов ожогов IIIБ-IV степени) составляют 91 случай (27,5% от числа термических ожогов).

Процентное соотношение поверхностных и глубоких ожогов по возрастным группам: 80,7% и 19,3% в первой группе; 72,4 % и 27,6 % во второй группе, 57,6% и 42,4% в третьей группе.

Были установлены факторы (обстоятельства получения ожоговой травмы), вызывающие термические ожоги у данных пациентов (таблица 2.4).

Таблица 2.4

Факторы термических ожогов у пациентов с ожогами за 2022 год

	пламя		горячая жидкость		пар		горячая поверхность	
	абс.	отн.	абс.	отн.	абс.	отн.	абс.	отн.
1 группа (0-17 лет)	9	14,5	93	43,7	0		7	14,3
2 группа (18-59 лет)	42	67,7	86	40,4	5	71,4	30	61,2
3 группа (более 60 лет)	11	17,7	34	16	2	28,6	12	24,5
Всего случаев	62		213		7		49	

Во всех группах преобладающим фактором ожогов является горячая жидкость (горячие напитки, кипяток, еда). В первой и второй группе на следующих позициях пламя и горячие поверхности. В третьей группе на втором месте горячие поверхности, а затем пламя.

Таким образом, 58,5 % термических ожогов вызывает горячая жидкость; 17 % – пламя; 13,5 % – горячие поверхности; 1,9 % – пар.

В зависимости от факторов возникновения термических ожогов средние площади составили: 12,1% – ожог пламенем; 10,5 % – ожог горячей жидкостью; 9,7% – ожог паром; 5,1% – ожог горячей поверхностью.

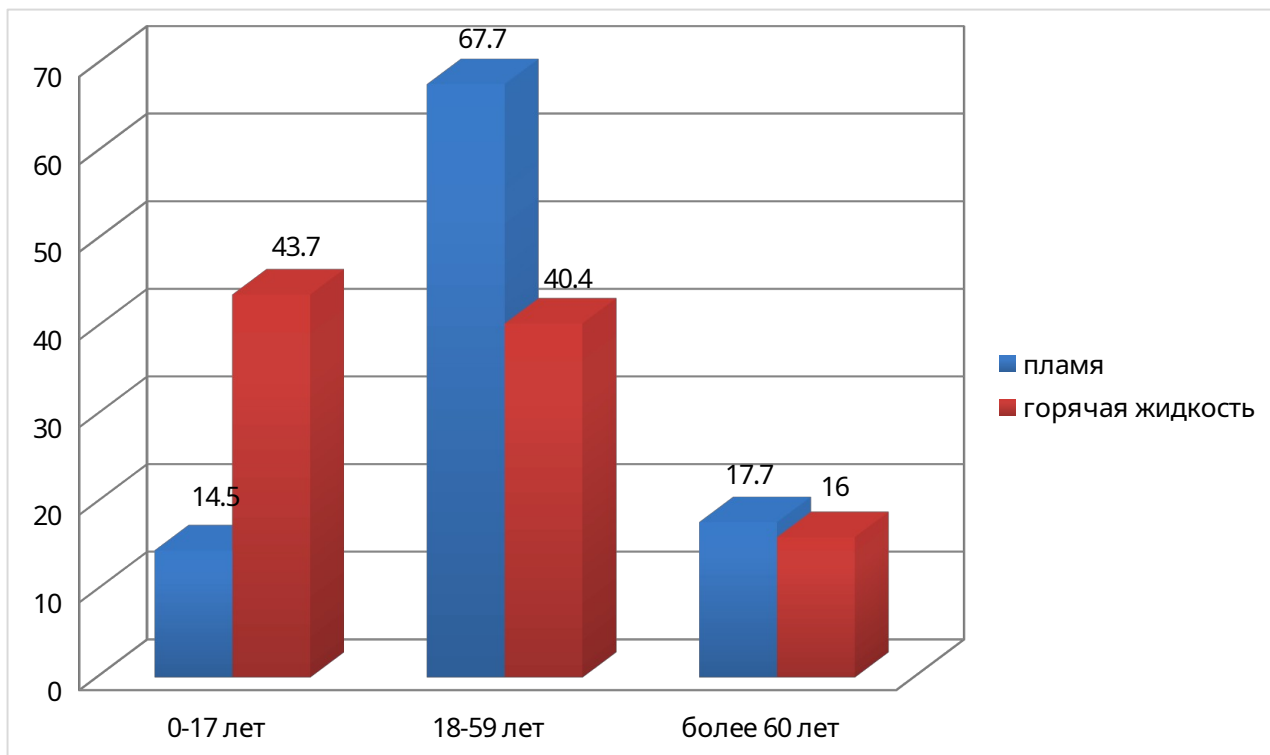


Рис. 2.5. Факторы термических ожогов у пациентов с ожогами за 2022 год, в %

В ходе анализа полученных данных были определены самый частый тип ожогов и вызывающие его факторы.

Преобладающим типом ожогов являются термические. У детей до 18 лет 92,3% ожогов вызваны термическими факторами. У людей молодого и среднего возраста (18-60 лет) 88,1% ожогов термические. У людей старше 60 лет 96,7%. Общее процентное соотношение типов ожогов по всем возрастным группам: термические – 90,9%; лучевые – 4,7%; химические – 3%; электрические – 1,4%.

Распределение термических ожогов по глубине поражения показало, что 72,5% ожогов являются поверхностными. В случае 27,5% ожогов присутствуют глубокие повреждения.

Самым частым фактором, вызывающим термические ожоги, является действие горячих жидкостей. Горячие жидкости вызывают 58,5% термических ожогов. Следующие факторы: 17% – пламя; 13,5% – горячие поверхности; 1,9% – пар. Средняя площадь термических ожогов составила 9,9% от поверхности тела.

2.2. Анализ информированности населения

На втором этапе исследования нами было проведено анонимное анкетирование среди 20 пациентов хирургического отделения ГБУЗ «Хоринская ЦРБ» с целью улучшения качества выявления 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. 2.6).

По возрасту респонденты распределились следующим образом:

- 20-30 лет – 8 человек,
- 31-50 лет – 9 человек,
- 51-60 лет – 3 человека (рис. 2.7).



Рис. 2.6 – Распределение респондентов по гендерному признаку

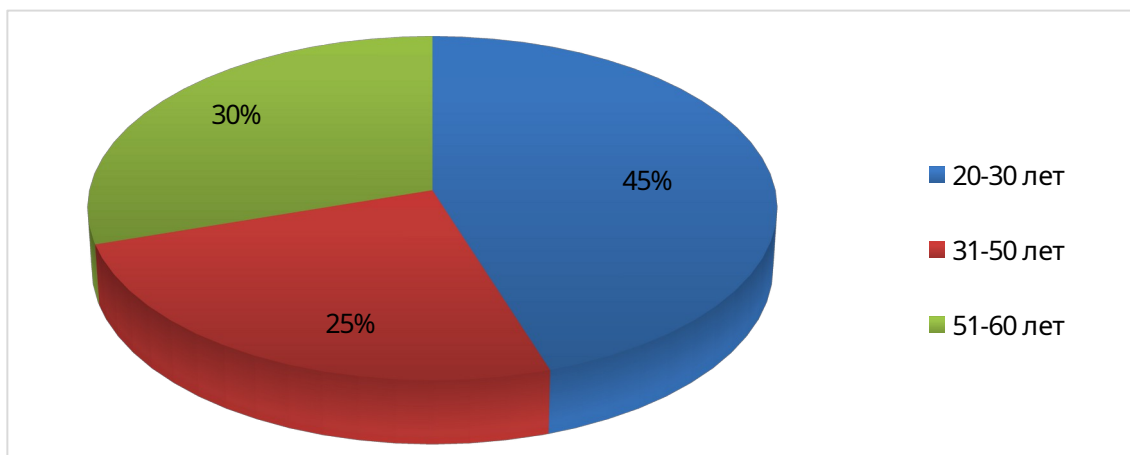


Рис. 2.7 – Распределение респондентов по возрасту

Как мы видим, по данным рис. 2.7 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. 2.8.

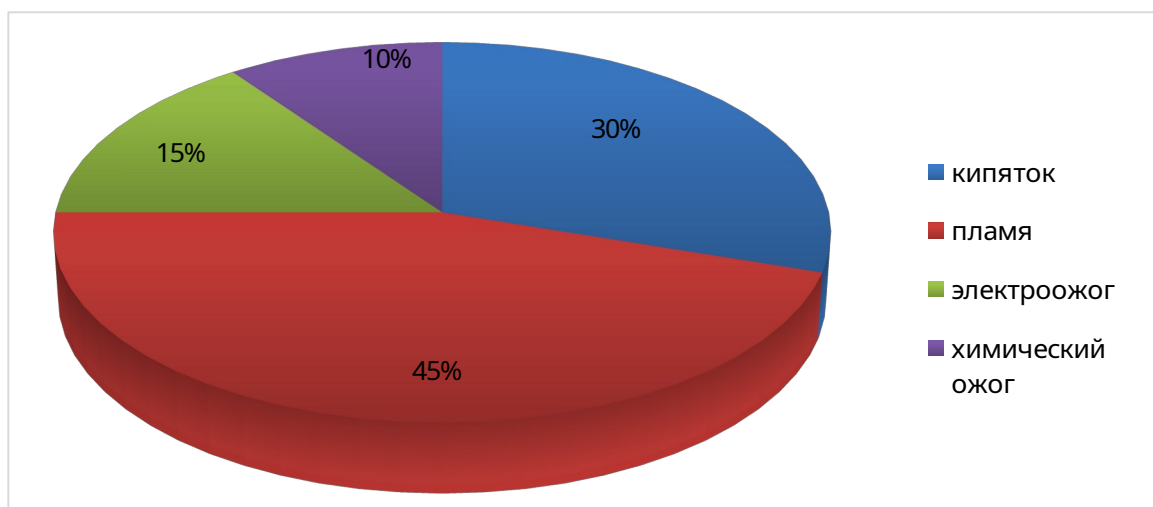


Рис. 2.8 – Причина ожогов

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. 2.9).

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.

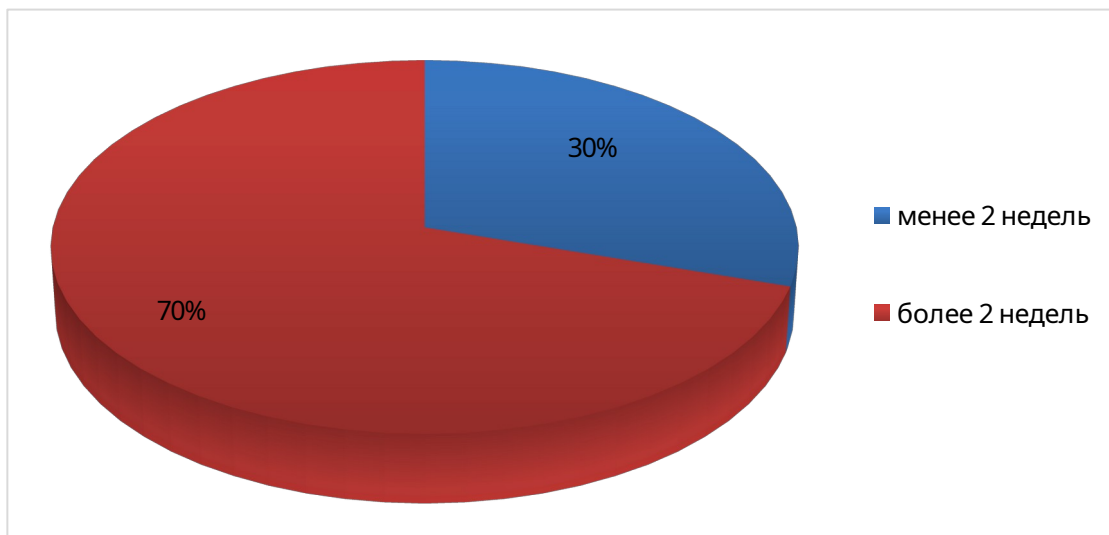


Рис. 2.9 – Длительность нахождения в стационаре

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. 2.10).

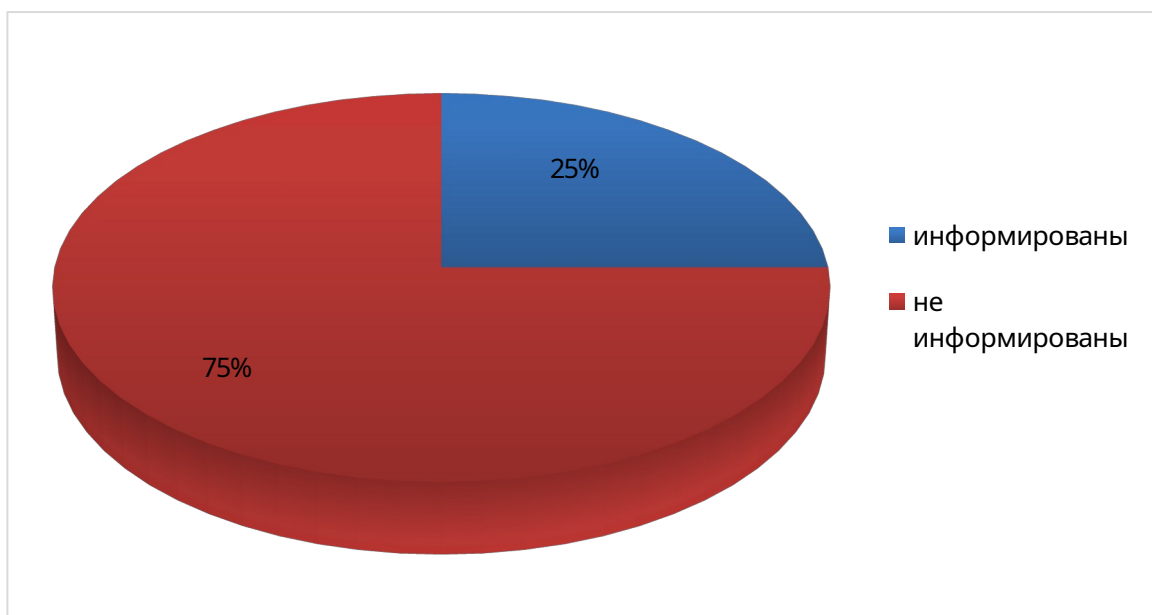


Рис. 2.10 – Осведомленность об особенностях питания

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.

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. 2.11).

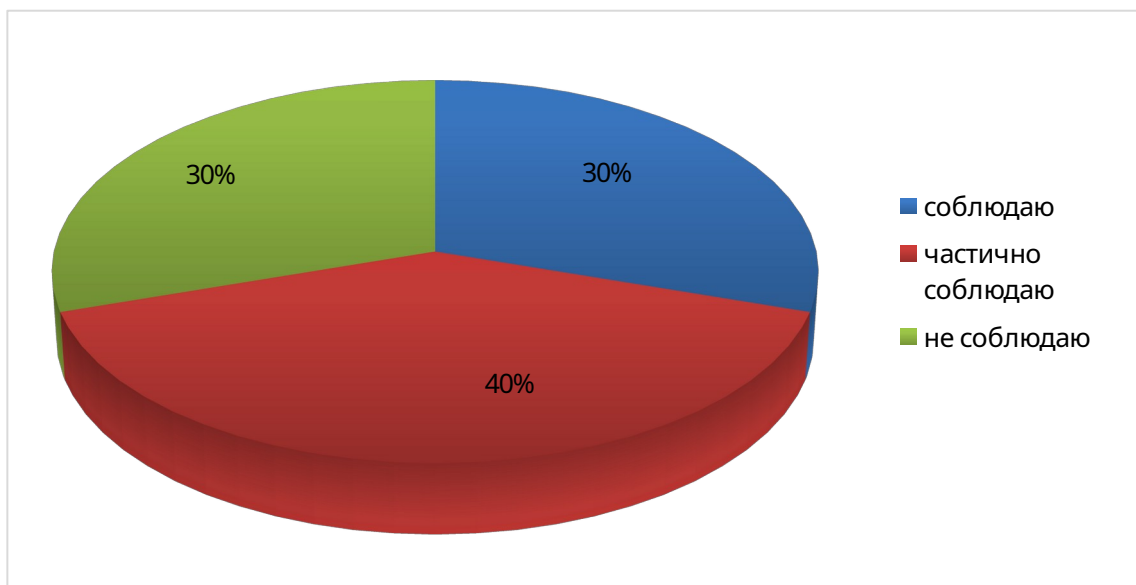


Рис. 2.11 – Соблюдение пациентами лечебной диеты

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. 2.12) и только 20% респондентов соблюдают эти нормативы (рис. 2.13).

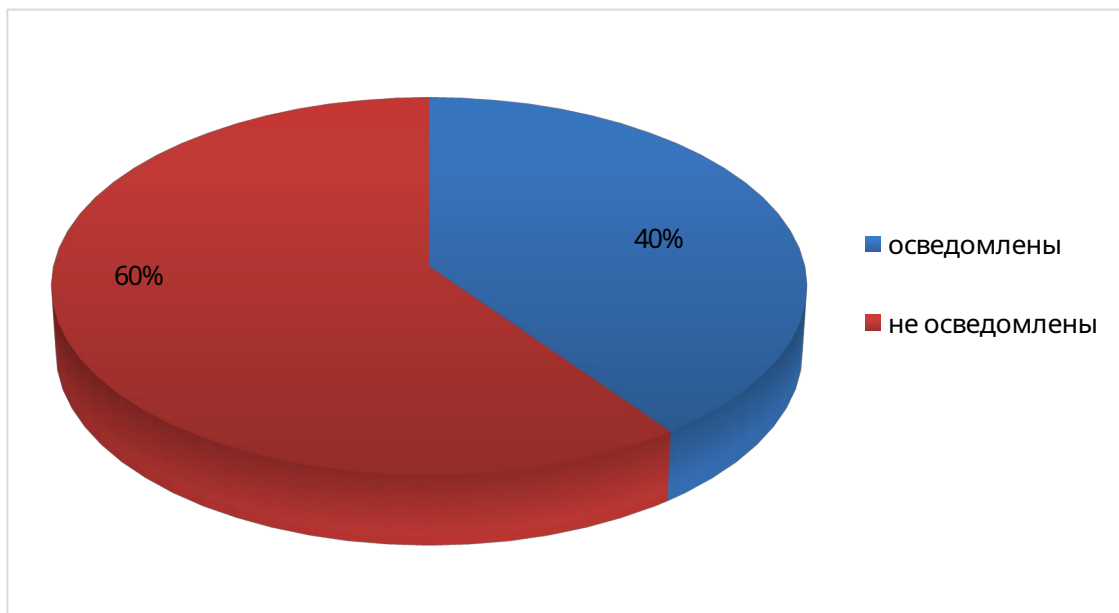


Рис. 2.12 – Осведомленность об особенностях питьевого режима

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. 2.14).

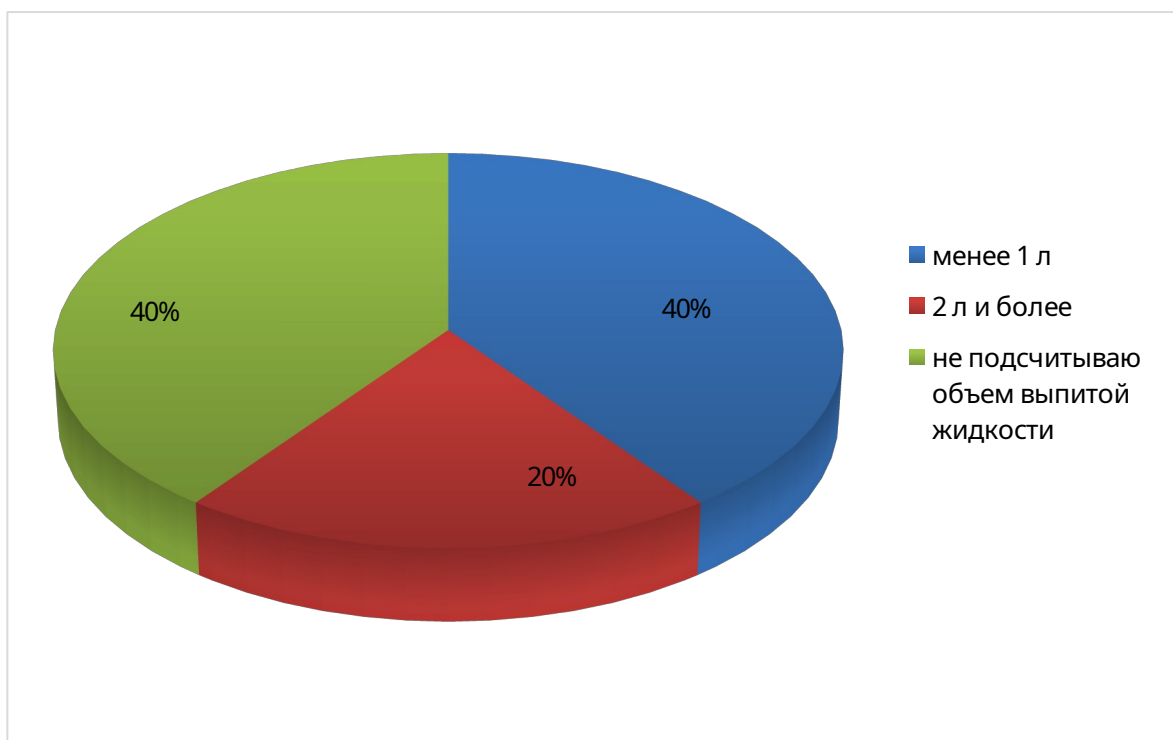


Рис. 2.13 – Соблюдение нормы выпитой жидкости

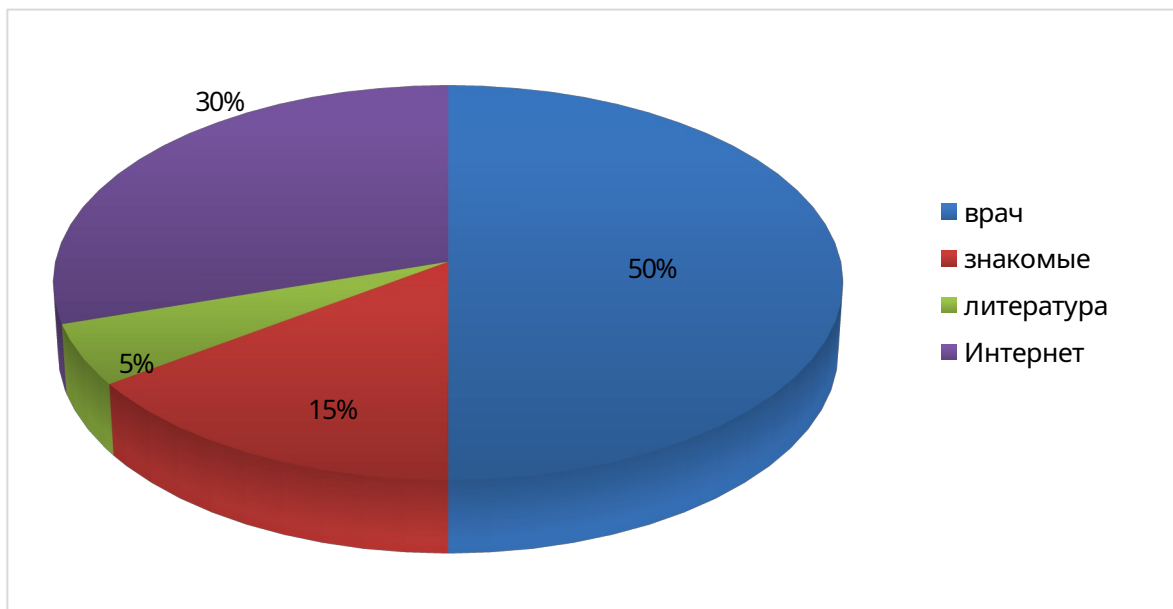


Рис. 2.14 – Способ получения информации об особенностях лечения и профилактики

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. 2.15).

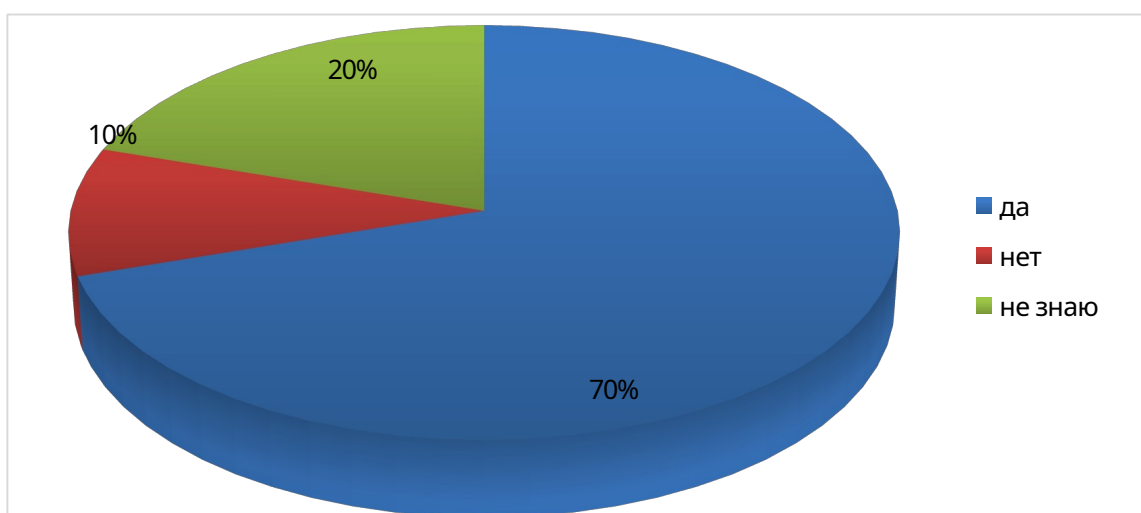


Рис. 2.15 – Желание улучшить свои знания по вопросам профилактики ожогов

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.

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, 2019, с. 240-241.
6. Вихриев Б.С., Бурмистров В.М., Ожоги (Руководство для врачей). 2-е изд., перераб. и доп. - Л., Медицина, 2019, 272 с.
7. Вишневский А.А., Вилявин Г.Д., Шрайбер М.И., Термические ожоги. - Труды XXVII Всесоюзного съезда хирургов. М. 2022, с.13-19.
8. Вишневский А.А., Шрайбер М.И., Военно-полевая хирургия. М., Медицина, 2021, 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, 2021, с. 30-32.
10. Карваял Х.Ф., Паркс Д.Х. Ожоги у детей: перевод с англ.- М.: Медицина, 2019, 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., 2019, 592 с.

13. Кузин М.И., Сологуб В.К., Юденич В.В., Ожоговая болезнь. М.: Медицина, 2021, 160 с.
14. Малютина Н.Б. Рациональное применение методов раннего хирургического лечения глубоких ожогов у пациентов старших возрастных групп. Научно-практический журнал Комбустиология, 2022, N10.
15. Парамонов Б.А., Порембский Я.О., Яблонский В.Г., Ожоги. СПб.: СпецЛит, 2021, 480 с.
16. Рудовский В., Назиловский В., Зиткевич В., Зинкевич В., Теория и практика лечения ожогов: перевод с англ.- М.: Медицина, 2019.
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, 2019, 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, 2019, N1.
19. Юденич В.В., Гришкевич В.М., Руководство по реабилитации обожженных. М., Медицина, 2019, 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, 2019 г.

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!