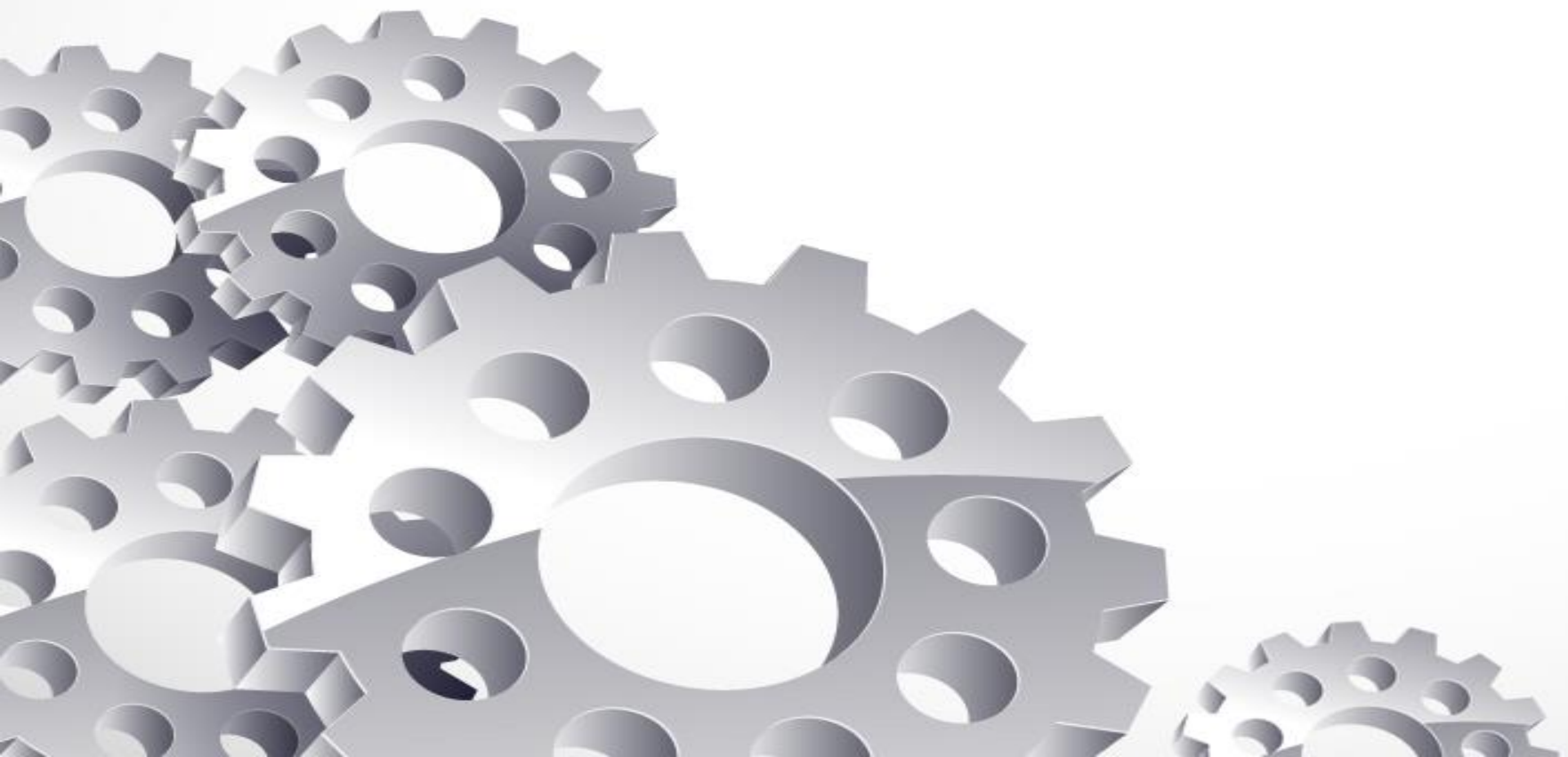
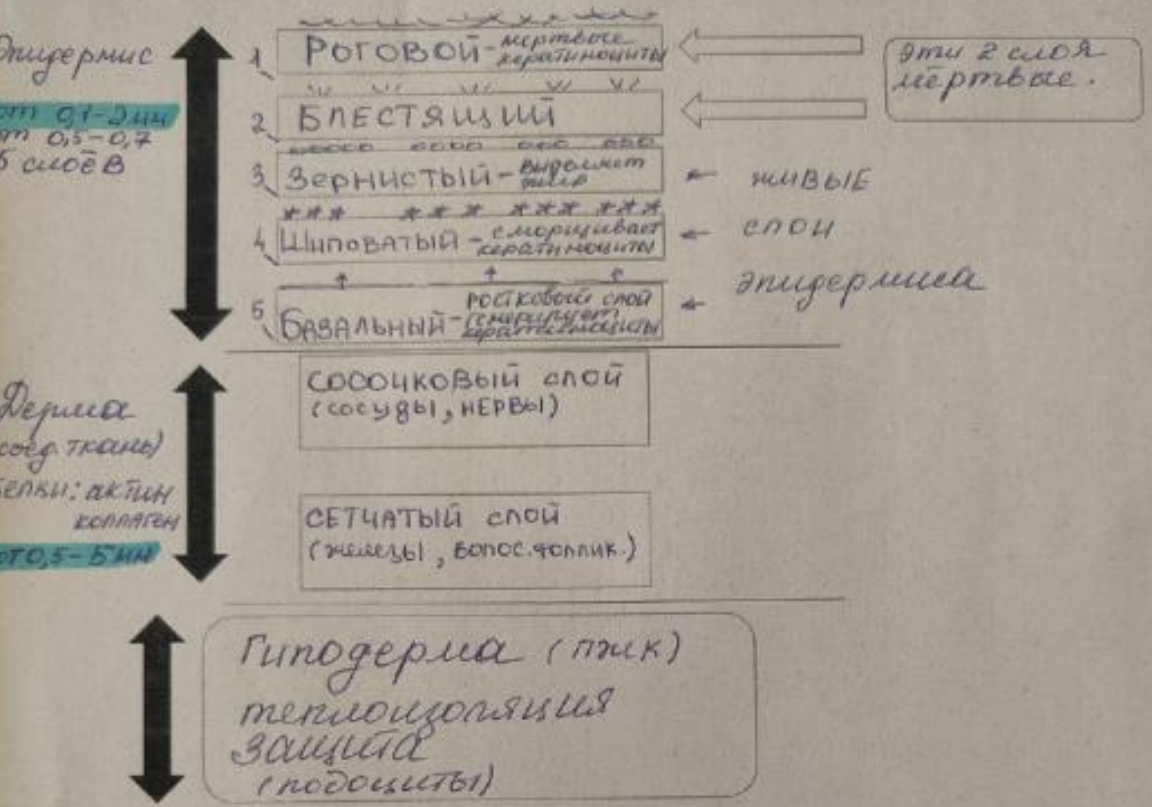


Лечение ожогов



КОЖА



NB!

Кожа растет за 3 дня по 1 мм.

NB!

Забор кожи при аутодермопластике 0,4-0,5 мм! до дермы с захватом базального-рогового слоя.

NB!

Сосуды кожи прорастают за 3 недели.

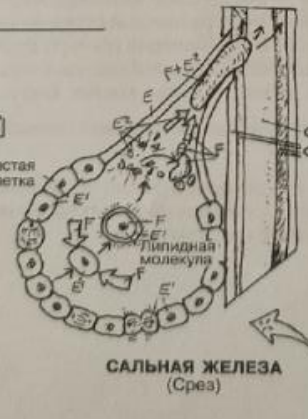
ПОКРОВ ТЕЛА: ДЕРМА

Советы по раскрашиванию. Используйте красный цвет для раскрашивания области I, синий — для J, зеленый — для K, желтый для — L и более светлые оттенки для остальных областей. (1) На изображении среза кожи раскрасьте стержень волоса (C) и потовые поры (G); эпидермис раскрашивать не нужно. (2) Строго следуйте описанию в тексте, когда приступите к раскрашиванию увеличенных изображений сальных (E) и потовых (G) желез.

ДЕРМА

- СОСОЧКОВЫЙ СЛОЙ A**
(Рыхлая волокнистая соединительная ткань)
- СОСОЧЕК ДЕРМЫ A'**
- СЕТЧАТЫЙ СЛОЙ B**
(Плотная волокнистая соединительная ткань)
- СТЕРЖЕНЬ ВОЛОСА C**
- ВОЛОСЯНОЙ ФОЛЛИКУЛ C'**
- МЫШЦА, ПОДНИМАЮЩАЯ ВОЛОС D**
- САЛЬНАЯ ЖЕЛЕЗА E**
- ЭПИТЕЛИАЛЬНАЯ КЛЕТКА E'**
- ВЫДЕЛЕНИЕ СЕКРЕТА F**
- РАЗРУШЕНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ КЛЕТКИ E2**
- КОЖНОЕ САЛО F+E2**
- ПОТОВАЯ ЖЕЛЕЗА G**
- ВЫВОДНОЙ ПРОТОК, ОБРАЗОВАННЫЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМИ КЛЕТКАМИ G'**
- ЖЕЛЕЗИСТЫЙ ЭПИТЕЛИЙ G2**
- СЕКРЕТ ПОТОВЫХ ЖЕЛЕЗ (ПОТ) H**

- АРТЕРИЯ I**
- ВЕНА J**
- ЛИМФАТИЧЕСКИЙ СОСУД K**
- НЕРВ L**
- РЕЦЕПТОР L'**

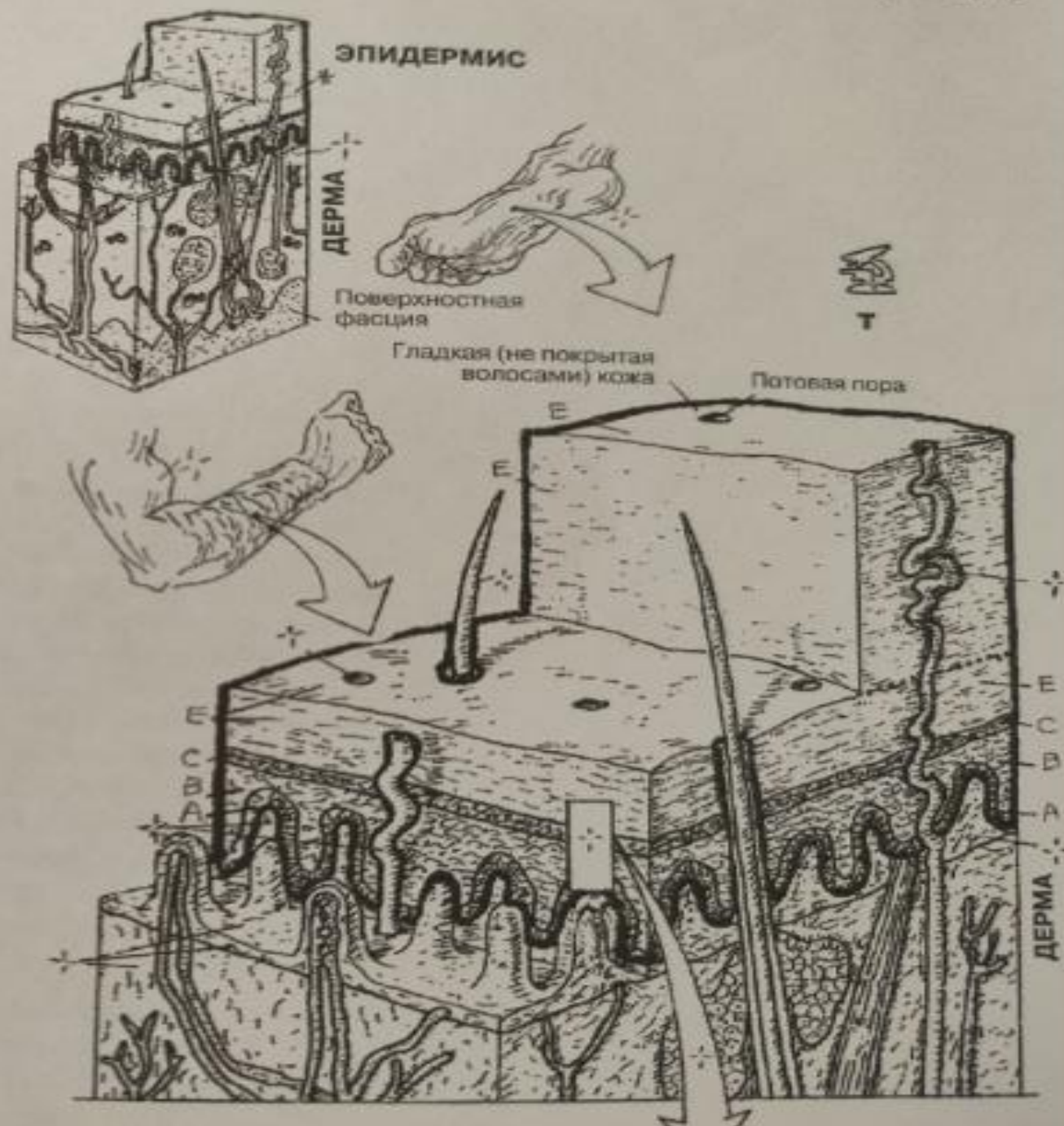


СИСТЕМА ПОКРОВОВ ТЕЛА

ПОКРОВ ТЕЛА: ЭПИДЕРМИС

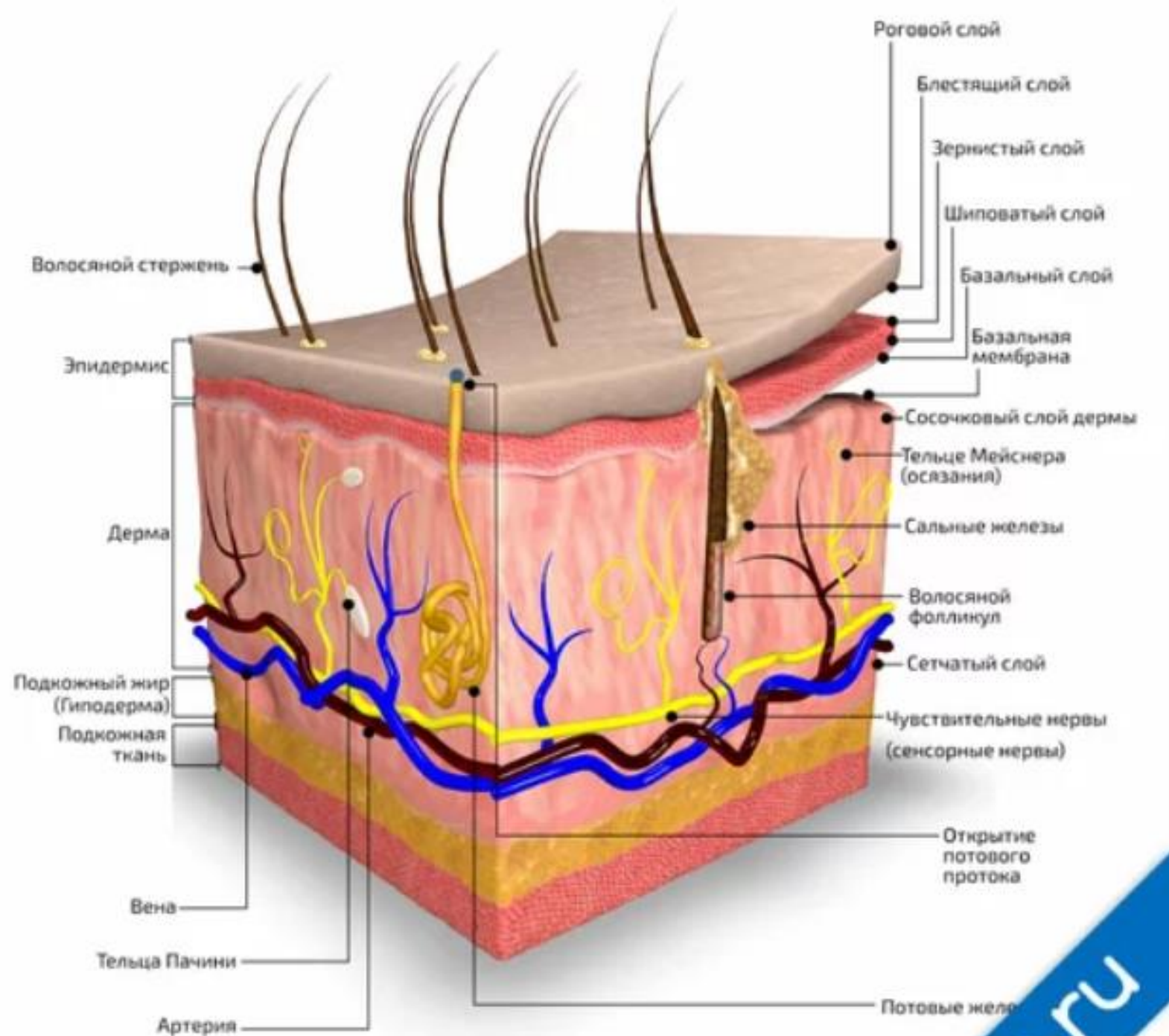
см. разд. 16

Советы по раскрашиванию. На этой странице используйте светлые оттенки. (1) Сначала раскрасьте серым цветом небольшой участок эпидермиса наверху страницы. (2) Раскрасьте названия слоев и сами слои эпидермиса на большем срезе кожи, изображенном справа вверху. Порядок раскрашивания данного изображения предлагается необычный: начните с названия базального слоя (А), а затем раскрасьте соответствующий ему слой А. Затем раскрасьте названия слоев В, С и Е и сами слои в направлении снизу вверх, что соответствует направлению роста эпидермиса. (3) Название блестящего слоя (D) раскрашивать не нужно, потому что он виден только на толстой коже, лишенной волос. (4) Раскрасьте увеличенный срез эпидермиса справа внизу так же, как указано в пункте 2, используя серый цвет для раскрашивания меланоцитов и светло-серый для клеток Меркеля и отростчатых клеток. Обратите внимание на богатую сосудами дерму, находящуюся под базальной мембраной (раскрашивать ее не нужно). (5) Раскрасьте продольный срез ногтевой пластинки и окружающие ткани слева внизу.



ЭПИДЕРМИС

РОГОВОЙ СЛОЙ Е
БЛЕСТЯЩИЙ СЛОЙ D (не показан)
ЗЕРНИСТЫЙ СЛОЙ С
ШИПОВАТЫЙ СЛОЙ В
БАЗАЛЬНЫЙ СЛОЙ А





- | |
|---|
| коагуляционный-сухой струп/колликвационный-влажный, бактериальный |
|---|

- 1-степень поражения- **глубина**
- 2-правило девяток/правило ладони- **площадь**
- 3-Индекс Франка- **тяжесть**
- 4-прогноз течения болезни- **прогноз**

- 1- Степень поражения по Вишневскому.
- 2- Правило девяток/правило ладони %

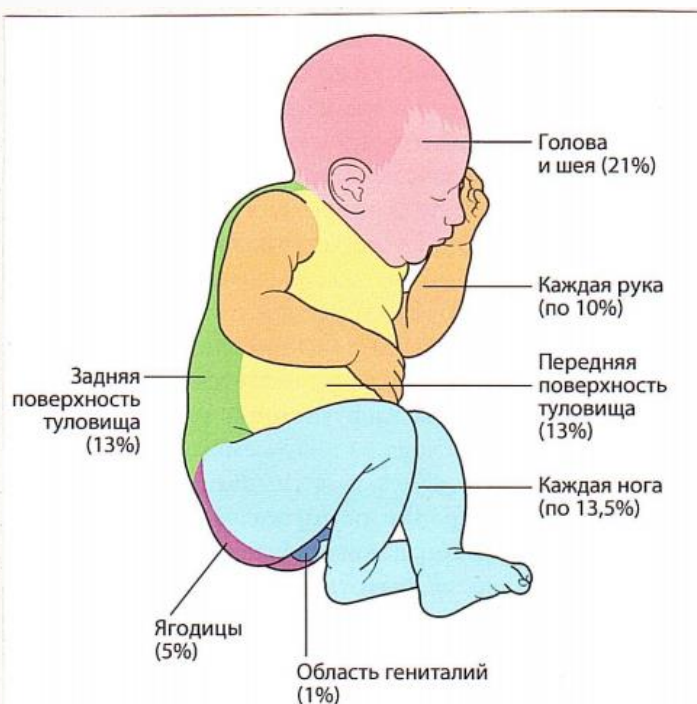
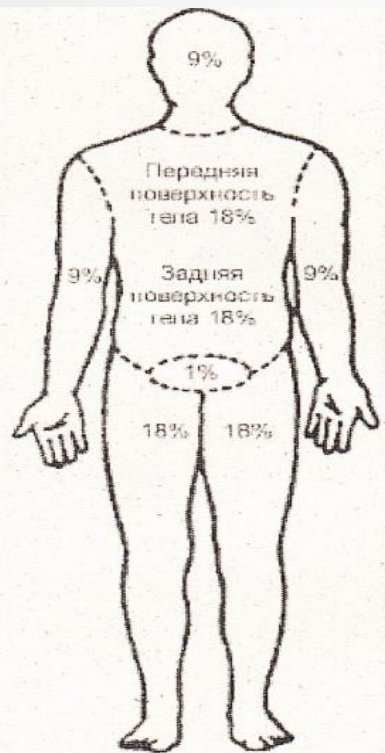


Рисунок 22.33 Ожоги у младенцев. Расчет площади тела у младенцев значительно отличается от такового у взрослых.



Правило ладони

— Если это ребенок, то 1% его ладони

- 3-Индекс Франка-это тяжесть течения болезни. 1% поверхностного ожога-1 единица. 1% глубокого ожога-3 единицы.

Легкое-менее 30 единиц

Среднее-30-90 единиц

Тяжелое-90-120 единиц

Крайне тяжелое-более 120 единиц.

4-Прогноз течения (ВОЗРАСТ+ % ОЖОГА)

Менее 80- прогноз благоприятный

80-100- сомнительный

Более 100- неблагоприятный.

Оформление диагноза.



Это означает: термический ожог головы и шеи II-III степени с общей площадью ожогов 10%, из которых 5% - глубокие ожоги.

Можно: Ожоговая болезнь, термический ожог пламенем передней поверхности грудной клетки и обоих предплечий. Шок II ст. тяжести.

Лечение ожогов амбулаторно- Делаем ПХО

- Если ожог 1-2 степени, то покрывки пузырей вскрывают и выпускают жидкость, чтобы исключить инфицирование. Биопокрывки закрывают рану, как пленки. - ПОЛИТЬ ФИЗРАСТВОРОМ.



ПОЛИТЬ ХЛОРГЕКСИДИНОМ



Нанести пантеноловую или ихтиоловую мазь. Ас. повязка.

АС-1,0 п.к, анальгетики, Антибиотики на 7 дней.

МАСЛО НАНОСИТЬ НЕЛЬЗЯ! ОНА СОЗДАСТ ПЛЕНКУ НА РАНЕ С ПАРНИКОВЫМ ЭФФЕКТОМ И ДОСТУПУ К КИСЛОРОДУ НЕ БУДЕТ. РАНА НАЧНЕТ ПЛОХО ЗАЖИВАТЬ.

Если ожоги имеют большую площадь, ожоги глубокие, то начинается ожоговая болезнь!

Ожоговая болезнь начинается с



- Ожога 1 и 2 степени более 15% поражения

Ожоге 3 степени поражающей более 10%



1 ЭТАП-ОЖОГОВЫЙ ШОК-в первые 24 часа- до 72

угнетается дыхание, снижается давление, анурия, падает температура тела. Этот тип шока связан с потерей жидкости и пропотеванием плазмы- ПРОТЕКАЕТ КАК ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИЙ ШОК с централизацией кровообращения. Идет активная потеря белка и натрия, повышение калия. Больной теряет до 5-8 литров жидкости через раны. Может сопровождаться ингаляционным ожогом.

МЕД-ПОМОЩЬ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ:

1. Устранить действие температуры, снять одежду, вынести пострадавшего и т.д.
2. Не очищать рану и не вскрывать пузыри, наложить ас. повязки на ожог и положить холод-это снизит действие на подлежащие ткани.
3. При ожогах до 10 % можно погрузить место в холодную воду.
4. Если ожог вызван хим. агентом, то его убирают в перчатках!!! Место ожога промывают проточной водой до 15 минут. Если ожог вызван соединениями алюминия, то с водой он воспламеняется!!! Если серная кислота и известь, то с водой они дадут экзотермическую реакцию, поэтому лучше вытирать салфеткой.
5. Лекарства: 1- Димедрол 2 мл-седатик, антигистаминное.
 - 2- Кеторол в/м 2,0- НПВС, трамадол
 - 3- в/в 500-1000 мл Натрия Хлорида 0.9 %
 - 4- Маннитол-улучшение клубоч. фильтрации
 - 5-Эуфиллин 5% 5 мл на фize - сосудистый тонус
 - 6-Кардиамин- 1 мл- стимуляция дыхания
 - 7-Коргликон- усиление миокарда

МЕД-ПОМОЩЬ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ: СРАЗУ В ОАР!

АНАЛИЗЫ: экг, кровь, фибробронхоскопия (опаль волос на лице, осиплость голоса, копоть в мокроте)

1. Ставят полный диагноз и расчет 4-х основных показателей
2. Накладывают ас. повязки
3. Вводят АС-сыворотку 3000 АЕ и 1мл столбнячного анатоксина под кожу, морфин и болюсно 10.000ЕД гепарина
4. Вводят растворы натрия хлорида, плазмозаменители, альбумин, кровь и т.д.- при тяжелом шоке в первые сутки вводят до 6 литров жидкостей. Дают пить по 2 литра водно-солевых растворов.

ФОРМУЛА ПОРКЛАНД: при поверхностном ожоге 10%/ при глубоком 5%- 4мл кристаллоида на 1 кг массы тела+ на каждый % по 4мл.

5. ПРАВИЛО 4-Х КАТЕТЕРОВ - ЦВК, МОЧЕВОЙ, ЗОНД, КИСЛОРОДНАЯ МАСКА. + МОНИТОРИНГ ВСЕХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ. Согревание пациента.

ПРИ ИНГАЛЯЦИОННОМ ОЖОГЕ ДАЮТ УВЛАЖНЕННЫЙ КИСЛОРОД, ЕСЛИ ПАЦИЕНТ БЕЗ СОЗНАНИЯ ТО ИВЛ.

ПАЦИЕНТА СТАБИЛИЗИРУЮТ В ОАР

Дозы ЛС в первые 2 дня

. Дозы лекарственных препаратов, вводимых в течение первых 2 сут при тяжелых ожогах

Препарат	Время после травмы, ч						
	0–6	7–12	13–18	19–24	25–30	31–36	37–48
Обезболивающие							
Морфин, 1 % раствор, мл	1	1	1	1	1	1	1
Промедол, 2 % раствор, мл	1	1	1	1	—	1	2
Анальгин, 50 % раствор, мл	3	3	3	3	2	2	4
Сердечно-сосудистые							
Строфантин, 0,005 % раствор, мл	—	0,5	—	0,5	—	0,5	0,5
Коргликон, 0,006 % раствор, мл	1	—	1	1	1	—	1
Эуфиллин, 2,4 % раствор, мл	—	10	10	10	—	10	10
Нейролептики							
Дроперидол, 0,25 % раствор, мл/кг	0,1–0,2	0,1–0,2	0,1–0,2	0,1–0,2	0,1–0,2	0,1–0,2	0,1–0,2
Антигистаминные							
Димедрол, 1 % раствор, мл	2	2	2	2	2	2	2
Витамины							
В ₁ , 6 % раствор, мл	2	2	2	2	2	2	4
В ₆	5 % раствор, мл	2	2	2	2	2	2
С, 5 % раствор, мл	5	5	5	5	5	3	6

? Что делать с ранами на этапе ожогового шока до стабилизации больного.

1. Минимально травматично очистить рану от инородных частиц, некрозов, грязи, орошая ее $\text{NaCl } 0,9\% + \text{хлоргексидином}$ брызгами.
2. При ож. оптимальным лечением пов-х и пограничных ожогах используют БАТНО-МАРЛЕВЫЕ ПОВЯЗКИ С МАЗЯМИ НА ВОДОРАСТВОРИМОЙ ОСНОВЕ - они сорбируют, согревают, формируют струп, антибактериальные.

СТЕЛЛАНИН - ПЭГ / ЛЕВОМЕКОЛЬ

а при глубоких ожогах влажные всасывающие повязки, а всасывают ступ

БЕТАДИН

Накладываются
МЯГКИЕ ФИКСИРУЮЩИЕ
ПОВЯЗКИ

↓ ЖДЁМ СТАБИЛИЗАЦИИ.

Это можно делать на этапе реанимации!



2 ЭТАП ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ - ТОКСЕМИЯ ОТ 3-12 ДНЕЙ.- Возникает вследствие поступления в кровь продуктов распада тканей- проявляется синдромом интоксикации.

Больной может находится в реанимации!

ЛЕЧЕНИЕ НАПРАВЛЕНО НА СИМПТОМАТИКУ:

- РВОТА- ЦЕРУКАЛ
- ТЕМПЕРАТУРА- АНТИБИОТИКИ, ДЕТОКС ТЕРАПИЯ
- БОЛИ - ОБЕЗБОЛИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ
- ПОТЕРЯ ЖИДКОСТИ- ЕЕ ВОСПОЛНЕНИЕ
- НАПИТЫВАНИЕ БЕЛКОМ ОРГАНИЗМА, ПЛАЗМОЙ
- КОНТРОЛЬ ОКСИГЕНАЦИИ И ГЕМОДИНАМИКИ.



**СЛЕДИТЬ ЗА ПЕРЕВЯЗКОЙ РАН. ПОТОМУ
ЧТО В КАКОМ СОСТОЯНИИ ИЗ ОАРА ТЕБЕ
РАНУ ВЕРНУТ, С ТЕМ ТЫ И БУДЕШЬ
РАБОТАТЬ!!!!**

Стабилизирование
больного

Вернули в
отделение



**НУЖНО ОЦЕНИТЬ ЕЩЕ РАЗ РАНУ ПО ВИШНЕВСКОМУ, ОПРЕДЕЛИТЬ
есть ли СЕПТИКОТОКСЕМИЯ**

Как только нам вернули больного нужно провести туалет раны-(под наркозом /без наркоза) открывая повязку, мы марлей с перекисью счищаем все пузыри и десквамированный эпидермис, **ФИБРИН, НЕКРОТИЗИРОВАННЫЙ СТРУП-** это источники инфекции. При циркулярных глубоких ожогах можно выполнить декомпрессионную некротомию и фасциотомию по типу лампасных разрезов по наруж и внутр стороне на всю глубину некроза.

3 ЭТАП ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ - СЕПТИКОТОКСЕМИЯ -

присоединение пат.флоры(стафилококки,Е.Coli, синегнойная палочка...)

Ожоговые раны -это грязные раны. Может произойти, чаще всего, а может и нет нагноение раны до момента ее заживления или хирургического лечения.

Чтобы залечить рану в состоянии бактериального обсеменения надо знать 3 стадии раневого течения.

ТРИ СТАДИИ ЗАЖИВЛЕНИЯ ОЖГОВ:

ВОСПАЛЕНИЕ

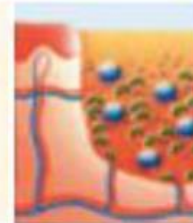
НЕКРОЗ- ОТЕК ТКАНЕЙ,БАКТЕРИАЛЬНАЯ ФЛОРА,ПРОТИВОСТОЯНИЕ ОРГАНИЗМА БАКТЕРИЯМ. Формируется биопленка бактерий.

ВОССТАН. РЕГЕНЕРАЦИИ

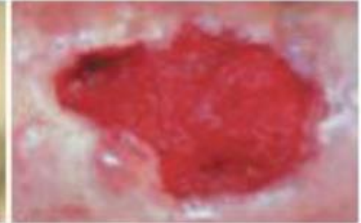
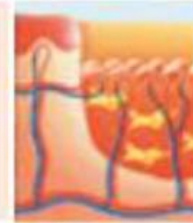
РОСТ ГРАНУЛЯЦИЙ-СОЧНЫХ СЕТЧАТЫХ СОСУДИСТЫХ РАЗРАСТАНИЙ
РАНА ЧИСТИТСЯ ОТ ГНОЯ,НЕКРОЗА,УМЕНЬШАЕТСЯ ОТЕК , СНИЖАЕТСЯ БАК.НАГРУЗКА.

ЭПИТЕЛИЗАЦИЯ РАНЫ-ОБРАЗОВАНИЕ ВАЛИКА КРАЕВОЙ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ,ВОССТАНОВЛЕНИЕ СЛОЕВ КОЖИ, СЛИЗИСТЫХ .РУБЦЕВАНИЕ.

Фаза
экссудации



Фаза грануляции



Фаза
эпителизации

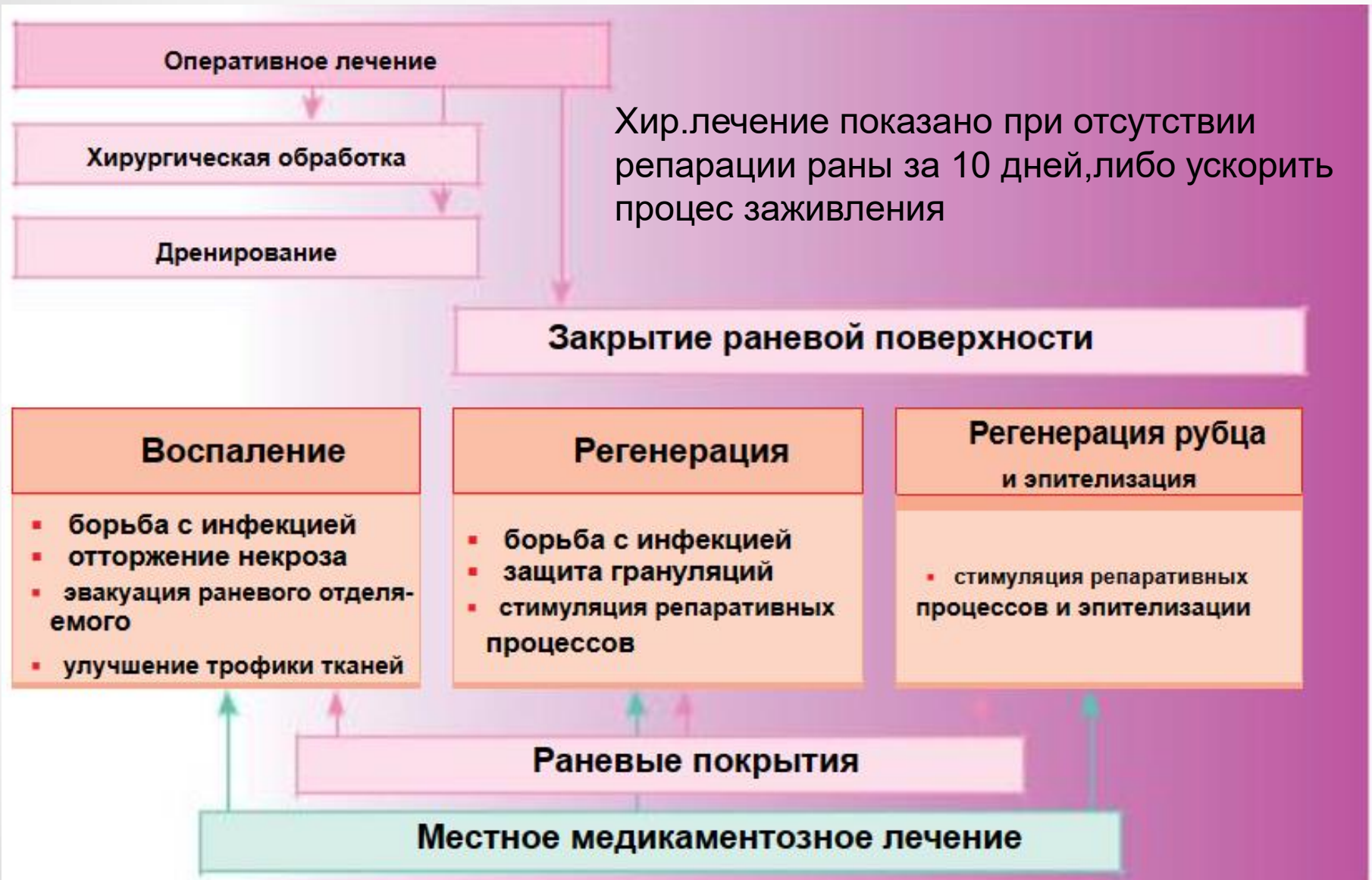


ПО СУТИ НАМ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ РАНУ ЧЕРЕЗ ПЕРВУЮ СТАДИЮ.
ЧТОБЫ ВЫРАСТИТЬ ГРАНУЛЯЦИИ ИЛИ ДОБИТЬСЯ ЭПИТЕЛИЗАЦИИ.

ЭТО И ЕСТЬ

4 ЭТАП ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ - ВОССТАНОВЛЕНИЕ

Ивануса,Зубарев.-основная схема лечения ран

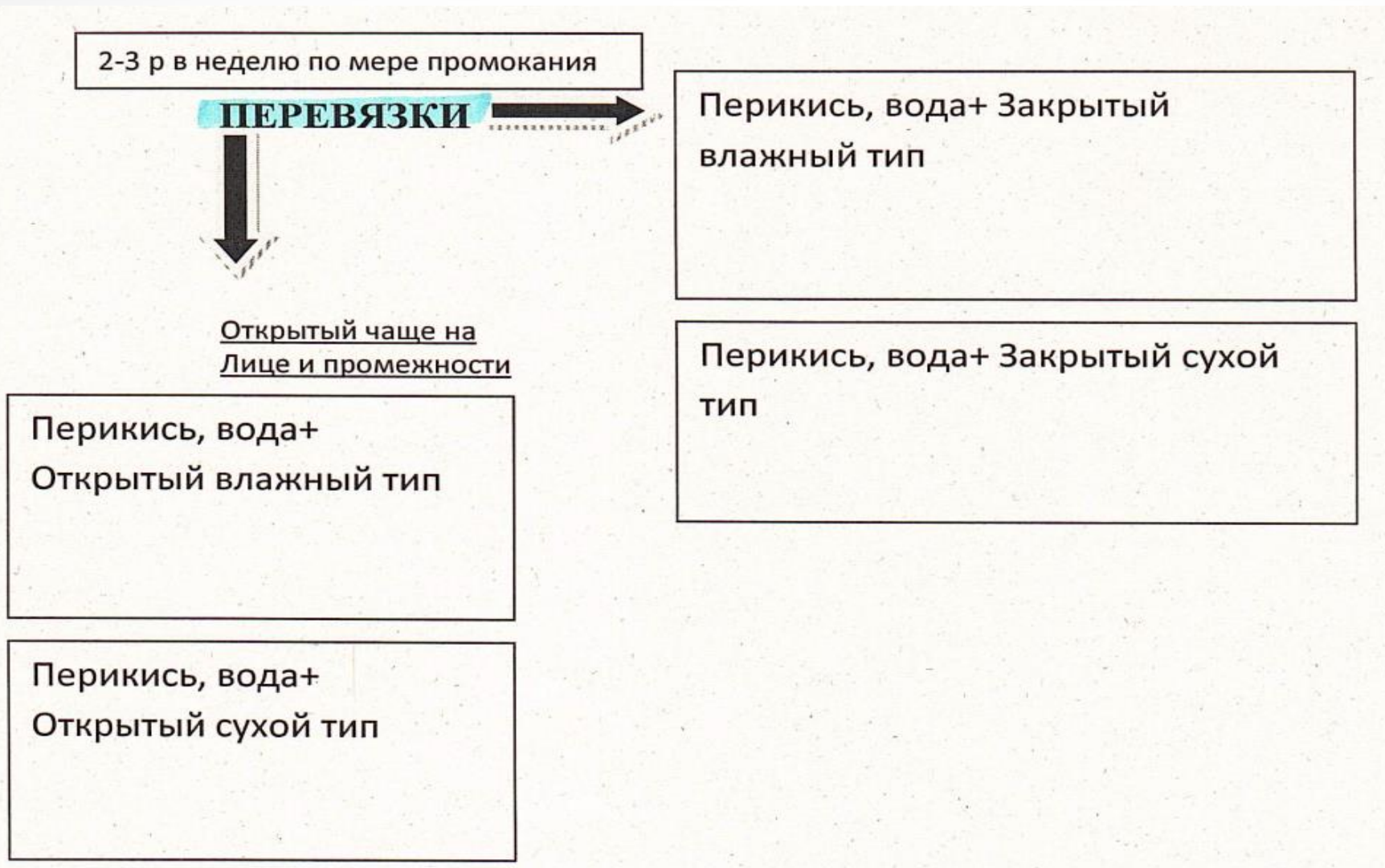


На операцию подают больного с
Гем- более 100
Общ.белок- более 50
Норм.коагулограмма

Раны
свежая до 1 мес
застарелая 1-3 месяца
хроническая -3-6 мес
язва - более 6 мес

Перевязки ран на разных фазах заживления.

ОСНОВНЫХ 2 ТИПА ВЛАЖНЫЙ И СУХОЙ



Перевязки

1-я НЕКРОТИЧЕСКАЯ, ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ СТАДИЯ

! H_2O_2 - только в 1 стадии

При обширных ожогах 2-3 степени наличии раневой инфекции вести рану по сухому типу-сухость будет убивать бактерии, струп ухудшает их положение- йод-Бетадин. Можно поочередно с Левомеколем или Стелланином. Высушивание струпа позволяет вести рану по сухому типу.

Убил бактерии-засушил-убил еще —засушил.

Струп может отвалиться на 5-7 день, либо это удаляют оперативно и появляется грануляционная ткань, планируют пластику ран .На время можно накинуть ксенокожу.

При невозможном оперативном удалении струпа при ожоге 3 степени выполняется химический некролиз с салициловой мазью. Делаются разрезы мажут мазью и заворачиваются в стерильные плотные пакеты. Наступает интоксикация и процесс воспаления ,который отторгает струп. Через пару дней струп срезают



Перевязки

2-я и 3-я СТАДИИ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА(РЕГЕНЕРАЦИИ И ЭПИТЕЛИЗАЦИИ)

Ведем по влажному типу , если в эти стадии нет инфекции.

Так же при ожогах 1 и 2 степени и мозаичных ожогах 2-3 степени

Используют гидрогелевые повязки, пленочные, серебросодержащие крема!

ПЛОЩАДЬ поражения до 10% NV!

Если будем использовать на площади более 10% , то получим гнойно-резорбтивную лихорадку, на фоне интоксикации,применяем детокс и отменяем!!!

Поэтому ведем по СУХОМУ ТИПУ ЕСЛИ БОЛЕЕ 10%

3-я СТАДИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА ЭПИТЕЛИЗАЦИЯ

Ведем по СУХОМУ ТИПУ!

Раневые покрытия

Рекомендуемый алгоритм по лечению ран перевязочными средствами

Виды ран	Степень экссудации	Рекомендуемые средства	Способ фиксации	Интервал между перевязками
Некротические (сухой струп) I фаза	💧	Аскина гель	Аскина Дерм, Аскина Софт, Аскина Софт Прозрачная	до 3 дней
Некротические (с нагноением) I фаза	💧💧	Браунодин, Пронтосан, Аскина Калгитроль, Аскина Сорб	Вторичная повязка	от 1 до 3 дней
Инфицированные I–II фаза	💧💧💧💧	Браунодин, Пронтосан, Аскина Калгитроль, Аскина Карбосорб	Вторичная повязка	от 1 до 5 дней
Экссудирующие I–II фаза	💧💧💧	Пронтосан, Аскина Сорб	Вторичная повязка	от 1 до 3 дней
	💧💧	Пронтосан, Аскина Фоам, Аскина Фоам Кавити, Аскина Хил	Вторичная повязка	от 1 до 3 дней
Гранулирующие II фаза	💧💧💧	Пронтосан, Аскина Фоам, Аскина Фоам Кавити, Аскина Хил	Вторичная повязка	от 1 до 3 дней
	💧💧	Пронтосан, Аскина Фоам, Аскина Хил	Вторичная повязка	от 1 до 7 дней
		Аскина Трансорбент	Самофиксация	
Эпителизи- рующиеся III фаза	Без экссудата	Аскина Биофилм, Аскина Дерм, Аскина Софт, Аскина Софт Прозрачная	Самофиксация	до 7 дней
	💧	Аскина Гидро, Аскина Пад	Вторичная повязка	от 1 до 5 дней
		Аскина Трансорбент, Аскина Синсайт, Аскина Биофилм	Самофиксация	



Оперативные техники ожоговых ран

1. ПХО ожоговой раны. ВХО ожоговой раны

2. Некротомия- экстренное рассечение ожогового струпа и глубжележащих тканей до жизнеспособных-цель декомпрессия тканей во избежание ишемии тканей циркулярным струпом.

3. Некрэктомия-удаление некрозов и дермабразия глубоких ожогов- удаление некротизированного эпидермиса. Для ускорения восстановления.

Можно выполнить до воспаления в ране, на фоне воспаления, этапная-когда удаляется не все, а частями, повторную. Тангенциальное удаление тканей с удалением валика краевой эпителизации. Пересаживают кожу в ближайщие (2-3 дня) сроки!!!! Можно даже сразу! Если нет, то временно ксенокожу!!!

4. Ампутация и дезартикуляция конечностей.

5. Удаление гипергранцляций



6. КОЖНАЯ ПЛАСТИКА:

Свободная- расщепленным или полнослойным аутодермотрансплантатом -это только кожа без сосудов.

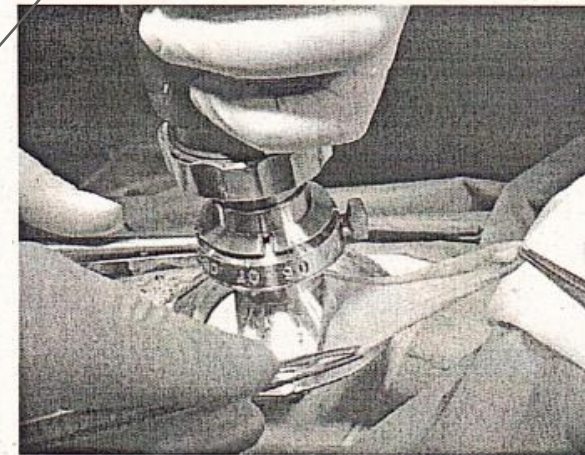
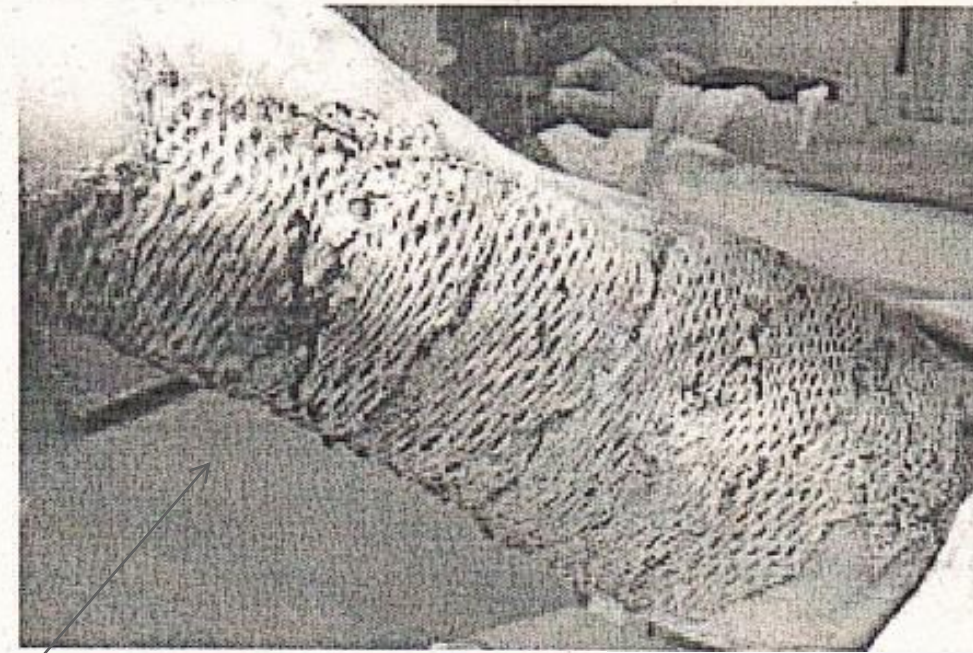
А можно взять например кожно-жировой или мышечный трансплантат на сосудистой ножке.

Несвободная -ДТР(дозированное растяжение) и перемещенный островковый, трубчатый лоскут на питающей ножке

Один из основных методов пересадки кожи является СВОБОДНАЯ КОЖНАЯ ПЛАСТИКА - АУТОДЕРМОПЛАСТИКА (расщеплен.нерасщепл.лоскутом)

Оптимальные сроки для пересадки 18-21 дни

1. Выбираем донорский участок- голень,бедро, можно спину. Если худой, то можно провести гидропрепаровку физ-р-ром с новокаином подкожно.
2. Наносим вазелин на место донорской раны полоской
3. Выставляем дерматом на глубину 0,4-0,5 .
4. Делаем забор кожи , ассистент тянет кожу за центр и помещает ее в раствор .
5. После наносим перфорации на лоскут, чтобы был отток экссудата и он не оттолкнулся, так же увеличиваем площадь. На суставы лучше не перфорируют.
6. Осмотр раны: ножницами скоблим до кровяной росы. Если требуется туалет раны- Иссекаем валик краевой эпителизации. Тангенциально срезаем биопленку на дне раны.
7. Укладываем аутоотрансплантат пришиваем его , сверху ломатюль, бинт на физ-ре. *Укладка поперёк раны!*



Почему не приживается?:
расплавление гноем, аутоантитела
после 2-й пересадки, рубцы под
грануляциями

Ведение ран с расщепленным пересаженным ауто- том



1. Пересаженный расщепленный трансплантат приживется благодаря плазме уже через сутки, прилипнет. До 10 дней будет прорасти сосудаи.

2. на пересаженный трансплантат укладываем лomatюль, степлерим или пришиваем, сверху накладываем повязку с физраствором-для оптимизации регенерации из-за влажности , через 3 дня меняем ее на спиртовую повязку. Ломатюль не убираем, снимаем ее на 10 день! проверяем процент приживаемости

3. Коэф.перфорации 1:2-через 8-10 дней
1/4- через 11 дней
1/6- через 18 дней.

Ведение Донорских ран

1. В р-р NaCl 0/9 % добавить каплю адреналина и ГКС(преднизалон) – в этот раствор макнуть марлю 1 слойную либо бинт.
2. Наложить 1 тур марли на рану. Она присохнет. Обработать марганцовкой. Далее можно обрабатывать борной мазью прямо на бинт-рану. Сначала марганцовкой сушим и потом борной мазью отмачиваем .
3. Заживление донорской раны к 10 дню. Через 2 недели можно взять заново с этого же участка.

Осложнения после пересадки кожи



- **Контрактуры:**
 - 1-десмогенная(инфекционная)
 - 2-дерматогенная-рубцовая-ожоговая
 - 3-артрогенная
 - 4-миогенная,неврогенная(гипсовая иммобилизация)

Задача:

В приемный покой обратился мужчина. Получил травму горячей водой .Обратился за мед.помощью.



1-Расчитайте 4 основных показателя и поставьте диагноз больному.

2-Какую тактику лечения выберем?

3-Рекомендации больному



Задача:

В приемный покой доставлена больная в тяжелом состоянии. Со слов родственников подскользнулась в бане и упала на горячий бак с водой. Потеряла сознание. Доставлена БИТ бригадой в приемный покой.



1. Что необходимо сделать на этапе догоспитальной помощи, будь вы на месте родственников?
2. Что должен был сделать врач скорой помощи на догоспитальном этапе?
3. Расчитайте 4 основных показателя
4. Поставьте диагноз.
5. Тактика маршрутизации больной?
6. Лечение на госпитальном этапе.
7. Реабилитация. Профилактика осложнений.

Задача:

В приемный покой в тяжелом состоянии доставлен мужчина. Травму получил на алюминиевом заводе

Со слов работников завода сорвался бак с серной кислотой, содержимое бака попало на правую верх. конечность больного. Доставлен БИТ бригадой в приемный покой.



1. Что необходимо сделать на этапе догоспитальной помощи, будь вы на месте работников?
2. Что должен был сделать врач скорой помощи на догоспитальном этапе?
3. Расчитайте 4 основных показателя
4. Поставьте диагноз.
5. Тактика маршрутизации больного?
6. Лечение на госпитальном этапе.
7. Реабилитация. Профилактика осложнений.

Литература

- Клинические рекомендации по лечению ожогов, ожоговой болезни. Хирургическое лечение ожоговой раны.

Ивануса-лечение гнойных ран.

