

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения,
медицины катастроф, скорой помощи с курсом ПО.

Рецензия д.м.н., профессора, заведующего кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения,
медицины катастроф, скорой помощи с курсом ПО, Штегмана Олега Анатольевича на реферат
ординатора первого года обучения по специальности «Скорая медицинская помощь», Куулар
Дарыймаа Викторовна по теме: «ОЖОГИ»

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с
литературой по выбранной специальности обучения включающий анализ степени раскрытия выбранной
тематик, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке.

Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным
материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения.
Написание реферата производится в произвольной форме, однако автор должен придерживаться
определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства экономии времени и
повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки
рефератов.

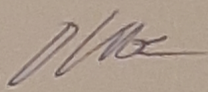
Основные оценочные критерии:

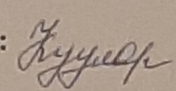
Оценочный критерий	Положительный/Отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	есть не убавлять
3. Соответствие текста реферата по теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	не описана паттика при ожоге дыхат. путей
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	Устаревшая ин-ра
9. Умение сделать общий вывод	Хорошо.

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата: 5.11.19

Подпись рецензента: 

Подпись ординатора: 

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО"
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

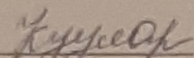
Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф,
скорой помощи с курсом ПО.

РЕФЕРАТ на тему:

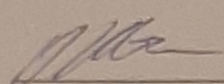
«ОЖОГИ»

Выполнил
ординатор

Куулар Д.В


Подпись, дата

Проверил
преподаватель:

 5 ноября 2019
Подпись, дата

Красноярск, 2019

ПЛАН:

1. Определение
2. Классификация
3. Этиология
4. Патогенез
5. Клиническая картина
6. Осложнения
7. Действия на вызове
8. Лечение
10. Список литературы

Ожог — травма, возникающая при действии на ткани организма высокой температуры, агрессивных химических веществ, электрического тока и ионизирующего излучения. Обожжённым называют человека, получившего термическую травму.

Частота ожогов составляет 5—10% от общего числа травм мирного времени. В структуре ожоговой травмы преобладают бытовые ожоги. Третью часть от числа обожжённых составляют дети. Ребёнок переносит ожоги значительно тяжелее, чем взрослый пациент. Чаше встречаются ожоги кистей и верхних конечностей (до 75%).

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Ожоги подразделяются на термические, химические, электрические и радиационные.

■ Термические ожоги связаны с воздействием высоких температур. Их вызывают открытый огонь (горючие материалы, одежда, костры, пожары), взрывы воспламеняющихся жидкостей и зажигательных смесей, горячие клейкие вещества (смола, битум, асфальт, напалм), кипящие жидкости, пар, газообразные продукты горения. При вдыхании продуктов горения возникают ожоги дыхательных путей. В летнее время возникают солнечные ожоги, относящиеся к так называемым дистантным термическим ожогам. К контактным ожогам относят ожоги раскалённым металлом.

■ Химические ожоги случаются реже и составляют 2,5—5,1% всех случаев ожогов. Их вызывают органические и неорганические кислоты (серная, азотная, соляная, фосфорная, фтористоводородная, хромовая, уксусная, муравьиная и щавелевая, производные карболовой кислоты), щёлочи (каустическая сода, гашёная и негашёная известь, едкий калий), различные химические растворители (ацетон, бензин, уайт-спирит, керосин, спирты), компоненты ракетного топлива, боевые химические вещества (иприт и др.).

■ Радиационные (лучевые) ожоги возникают под влиянием различных радиоактивных веществ, рентгеновского облучения и ядерной энергии.

■ Поражения электричеством встречаются относительно редко и составляют не более 1—2,5% всех термических повреждений. В зависимости от характера развивающихся нарушений принято разделять поражения электрическим током на общие (электротравма) и местные (электроожоги). Летальность от электротравмы достигает 10%. Различают поражения, вызванные воздействием технического и атмосферного электричества

(поражение молнией). Поражение техническим электричеством возможно при непосредственном контакте с проводником электрического тока, бесконтактно (дуговой контакт при высоковольтном поражении) и от «шагового напряжения», возникающего вблизи лежащего на земле электропровода. Поражение молнией бывает первичным (непосредственное попадание молнии в человека) и вторичным, когда человек получает поражение током через работающие электроприборы. Поражение электричеством может привести к образованию контактных электроожогов (истинные электроожоги) и поверхностных ожогов, вызванных воздействием пламени вольтовой дуги (при коротком замыкании в электросети).

Степень повреждения кожного покрова и общая реакция организма при ожогах зависят от температуры и физического состояния термического агента (пламя, жидкость, газообразное вещество, радиация), длительности воздействия, исходного состояния пациента (возраст, сопутствующие заболевания), локализации повреждений (толщина кожного покрова).

При температуре агента 45—50 °С преодолевается термический порог жизнедеятельности тканей, происходят коагуляция белка, выход плазмы из сосудистого русла, распад эритроцитов, нарушение микроциркуляции в тканях с развитием глубоких нарушений гомеостаза. При радиационных поражениях наступает ионизация тканей с образованием агрессивных свободных радикалов, влекущая за собой изменение белка.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОЖОГОВ

По глубине поражения различают ожоги I, II, IIIA, IIIB, IV степени.

Ожоги I, II, IIIA степени относятся к поверхностным. Они заживают самостоятельно через 4-28 дней с момента травмы. Ожоги IIIB, IV степени являются глубокими. Такие ожоги самостоятельно не заживают, и для восстановления кожного покрова требуется хирургическое лечение. Для химических ожогов принята четырёхстепенная классификация (I, II, III и IV).

Для определения тяжести состояния обожжённого и прогноза заболевания, помимо определения глубины ожога, необходима объективная оценка распространённости поражения (в процентах поверхности тела). Общая площадь кожного покрова человека составляет около 16 000 см².

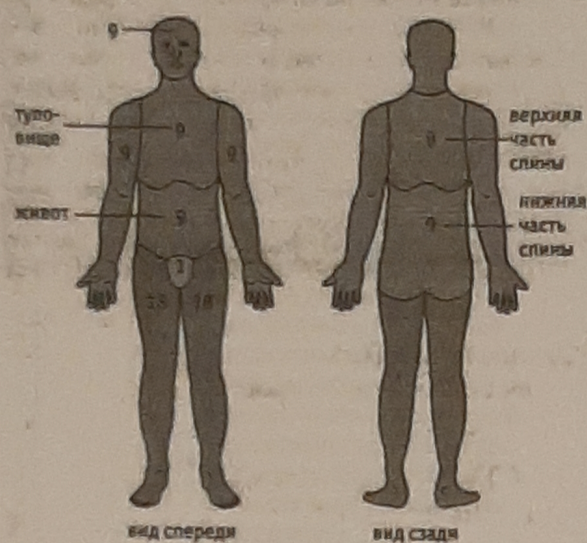
Клиническая картина при термических ожогах зависит от площади и глубины поражения кожных покровов.

■ Определение площади термического поражения

Задачам практики в полной мере отвечают простые способы определения величины обожжённой поверхности: «правило девяток» и «правило ладони».

□ «Правило девяток» — метод, предложенный А. Уоллесом в 1951 г., основан на том, что площадь покровов отдельных частей тела взрослого равна или кратна 9. Правило применяют при обширных ожогах.

Площадь кожной поверхности в процентах



«Правило ладони» — измерение ладонью (площадь ладони взрослого человека составляет приблизительно 1% общей поверхности кожного покрова) применяют при ожогах, расположенных в различных частях тела и ограниченных по площади, либо при субтотальных поражениях кожных покровов для измерения площади неповреждённых участков.

Определение глубины термического поражения

Основным фактором, определяющим тяжесть ожоговой болезни, её прогноз и исход, является не столько общая площадь ожога, сколько площадь глубокого поражения.

Таблица 13-13. Клинические характеристики степени термического поражения

Степень ожога	В первые часы после травмы	В течение раневого процесса
I	Гиперемия и отёк кожи, сопровождающиеся жгучей болью	Гиперемия и отёк проходят через 2-3 дня, поверхностные слои эпидермиса слущиваются, заживление наступает к концу первой недели
II	Гиперемия и отёк кожи с отслоением эпидермиса и образованием пузырей, наполненных прозрачной жидкостью. Сильные боли в течение первых 2-3 дней	Воспалительно-экссудативная реакция уменьшается через 3-4 дня, начинается эпителизация ожоговой поверхности. Полное заживление наступает на 10-14-й день. Рубцов эти ожоги не оставляют, но краснота и пигментация могут сохраняться в течение нескольких недель
IIIА	Эпидермис полностью отсутствует, мягкие покровные ткани отёчны, напряжены. Поверхность ожога белесоватой окраски или покрыта суховатым струпом, сосудистый рисунок отсутствует, болевая и тактильная чувствительность снижены	Раневой процесс протекает с нагноением. Очищение раны длится 2 нед, заживление происходит через 3-4 нед за счёт краевой и островковой эпителизации (из сохранившихся дериватов кожи). В исходе репаративного процесса нередко образуются стойкая пигментация, гипертрофический или келоидный рубец
IIIБ	Некроз всей толщи кожи, имеющий вид плотных сухих буровато-коричневых струпов. В их толще различимы тромбированные подкожные вены. Струп плотно спаян с подлежащими тканями, не собирается в складку. Болевая и тактильная чувствительность отсутствует	Гнойно-демаркационное воспаление продолжается 2-3 нед, затем рана постепенно очищается от омертвевших тканей и к исходу 3-4-й нед выполняется грануляциями, пригодными к свободной аутодермопластике
IV	Некроз кожи и подлежащих тканей — мышц, костей, сухожилий, суставов. Струп плотный и толстый, иногда чёрного цвета, с признаками обугливания	Омертвевшие ткани отторгаются медленно, особенно при поражении сухожилий, костей и суставов. Часто возникают гнойные осложнения

■ Прогностические индексы при определении тяжести термической травмы ■ Индекс Франка. При расчёте этого индекса 1% поверхности тела принимают равным одной единице в случае поверхностного и трём еди-

ницам в случае глубокого ожога. Ожог дыхательных путей приравнивают к 15—30 единицам. Пример: общая площадь ожога равна 40% поверхности тела. Ожог дыхательных путей II степени. При этом 10% поверхности тела поражено глубоким ожогом. Следовательно, $(30 \times 1) + (10 \times 3) + 15 = 75$ единиц.

— прогноз благоприятный — менее 30 единиц;

- прогноз относительно благоприятный — 30—60 единиц;
- прогноз сомнительный — 61—90 единиц;
- прогноз неблагоприятный — более 90 единиц.

□ «Правило сотни». Возраст больного + общая площадь ожога. Правило применяют только у взрослых пациентов.

- благоприятный прогноз — до 65 единиц;
- сомнительный прогноз — до 90 единиц;
- неблагоприятный прогноз — более 90 единиц.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Клиническая картина ожога состоит из местных и общих проявлений. Ожоги, не сопровождающиеся развитием ожоговой болезни (до 10% поверхности тела, индекс Франка до 30 ед.), проявляются выраженным болевым синдромом, ухудшением самочувствия и общего состояния. Такой ожог рассматривается как местное страдание. Ожоги, сопровождающиеся развитием ожоговой болезни («шокогенные»: общая площадь ожога более 10% поверхности тела, индекс Франка более 30 ед.), приводят к развитию синдрома «ожоговая болезнь», в течении которой выделяют:

- ожоговый шок — 24—72 ч после травмы;
- острую ожоговую токсемию — 3—7 сут;
- септикотоксемию — с 11-х суток до восстановления кожного покрова с ликвидацией инфекционных осложнений;
- период реконвалесценции.

Ожоговый шок наблюдают в среднем у 20% пострадавших, у детей — в 2 раза чаще (при общей площади ожога 5—7% поверхности тела). Выделяют лёгкий, тяжёлый и крайне тяжёлый ожоговый шок. Клинически различают две фазы ожогового шока.

■ Первая фаза — эректильная, развивается непосредственно после травмы. Клинические проявления выражаются в общем возбуждении, умеренной

тахикардия, учащения дыхания, иногда повышения АД. Продолжительность этой фазы варьирует от 20 мин до 2 ч. Затем следует «светлый промежуток», когда состояние пострадавшего нормализуется.

■ Вторая фаза — торпидная, развивается после первой и проявляется общей истощенностью пострадавших, безучастностью к происходящему, иногда спутанностью сознания. Неповрежденные кожные покровы бледные, сухие, иногда с землистым оттенком. Снижена температура тела, больные жалуются на чувство холода, часто — озноб (в тяжелых случаях мышечная дрожь). У детей возможно развитие судорог, появление признаков менингизма, горизонтального нистагма, симптома плавающих глаз. Частым клиническим симптомом являются тошнота и рвота, особенно после приема жидкости. Выражена жажда. Тахикардия 100—120 в минуту, артериальное давление в пределах нормы или нижней границы нормы, дыхание поверхностное, учащенное. При тяжелом и крайне тяжелом шоке быстро нарастает парез кишечника, проявляющийся вздутием живота и икотой.

Клиническая картина ингаляционной травмы возникает при длительном пребывании в задымленном помещении без защитных средств, нахождении в зоне горячего воздуха, вдыхании горячего пара и аэрозолей, при электрогазосварке. Клинические проявления — изменение голоса (охриплость, осиплость, вплоть до афонии), покашливание, кашель со скудной вязкой мокротой, иногда с прожилками копоти. Часто у больного имеются ожоги лица, шеи и грудной клетки. Тяжесть ингаляционной травмы уточняется на госпитальном этапе.

СОВЕТЫ ПОЗВОНИВШЕМУ

Термический ожог

■ Провести охлаждение обожженной поверхности (холодная вода) в течение по меньшей мере 20 мин. Наложить сухую стерильную повязку без мазей. Пузыри не вскрывать.

■ Выпить обезболивающее средство из домашней аптечки.

■ Снять кольца в случае ожога кистей.

■ Снять обгоревшую одежду при ожоге пламенем.

■ При пожаре в помещении, сопровождающемся сильным задымлением, вынести пострадавшего на свежий воздух, освободить дыхательные пути.

тахикардии, учащении дыхания, иногда повышении АД. Продолжительность этой фазы варьирует от 20 мин до 2 ч. Затем следует «светлый промежуток», когда состояние пострадавшего нормализуется.

■ Вторая фаза — торпидная, развивается после первой и проявляется общей заторможенностью пострадавших, безучастностью к происходящему, иногда спутанностью сознания. Неповрежденные кожные покровы бледные, сухие, иногда с землистым оттенком. Снижена температура тела, больные жалуются на чувство холода, часто — озноб (в тяжёлых случаях мышечная дрожь). У детей возможно развитие судорог, появление признаков менингизма, горизонтального нистагма, симптома плавающих глаз. Частым клиническим симптомом являются тошнота и рвота, особенно после приёма жидкости. Выражена жажда. Тахикардия 100—120 в минуту, артериальное давление в пределах нормы или нижней границы нормы, дыхание поверхностное, учащённое. При тяжёлом и крайне тяжёлом шоке быстро нарастает парез кишечника, проявляющийся вздутием живота и икотой.

Клиническая картина ингаляционной травмы возникает при длительном пребывании в задымлённом помещении без защитных средств, нахождении в зоне горячего воздуха, вдыхании горячего пара и аэрозолей, при электрогазосварке. Клинические проявления — изменение голоса (охриплость, осиплость, вплоть до афонии), покашливание, кашель со скудной вязкой мокротой, иногда с прожилками копоти. Часто у больного имеются ожоги лица, шеи и грудной клетки. Тяжесть ингаляционной травмы уточняется на госпитальном этапе.

СОВЕТЫ ПОЗВОНИВШЕМУ

Термический ожог

■ Провести охлаждение обожжённой поверхности (холодная вода) в течение по меньшей мере 20 мин. Наложить сухую стерильную повязку без мазей. Пузыри не вскрывать.

■ Выпить обезболивающее средство из домашней аптечки.

■ Снять кольца в случае ожога кистей.

■ Снять обгоревшую одежду при ожоге пламенем.

■ При пожаре в помещении, сопровождающемся сильным задымлением, вынести пострадавшего на свежий воздух, освободить дыхательные пути.

- Использовать холодные компрессы или лёд на голову при общем перегревании.

Химический ожог

- Универсальным и эффективным средством оказания первой помощи является обмывание поражённого участка проточной водой в течение не менее 30 мин. Исключением являются химические ожоги негашёной известью и органическими соединениями алюминия, когда контакт с водой противопоказан. Чем раньше и тщательнее удалён с кожи химический агент, тем поверхностнее ожог.

- Повязки с мазями не накладывать! Возможно использование только повязки с растворами химических нейтрализаторов:

- ☐ для кислот — вода, гидрокарбонат натрия;
- ☐ для щелочей — вода, растворы лимонной кислоты или уксуса, 3% раствор борной кислоты;
- ☐ для фенолов — вода, 40—70% раствор этилового спирта;
- ☐ для соединений хрома — 1% раствор тиосульфата натрия;
- ☐ для алюминийорганических соединений — бензин, керосин (категорически нельзя обмывать повреждённые участки водой, возможно воспламенение);
- ☐ для извести негашёной — примочки с 20% раствором сахара.

Электротравма

- Любую помощь при электротравме оказывать только в резиновых перчатках и резиновой обуви.
- Прекратить действие тока, выключив рубильник или вывернув предохранительные пробки.
- Откинуть электропровод деревянной палкой, бутылкой, камнем, верёвкой.
- При возможности подложить под пострадавшего сухие доски или резиновый коврик.

- Использовать холодные компрессы или лёд на голову при общем перегревании.

Химический ожог

- Универсальным и эффективным средством оказания первой помощи является обмывание поражённого участка проточной водой в течение не менее 30 мин. Исключением являются химические ожоги негашёной известью и органическими соединениями алюминия, когда контакт с водой противопоказан. Чем раньше и тщательнее удалён с кожи химический агент, тем поверхностнее ожог.
- Повязки с мазями не накладывать! Возможно использование только повязки с растворами химических нейтрализаторов:
 - для кислот — вода, гидрокарбонат натрия;
 - для щелочей — вода, растворы лимонной кислоты или уксуса, 3% раствор борной кислоты;
 - для фенолов — вода, 40—70% раствор этилового спирта;
 - для соединений хрома — 1% раствор тиосульфата натрия;
 - для алюминийорганических соединений — бензин, керосин (категорически нельзя обмывать повреждённые участки водой, возможно воспламенение);
 - для извести негашёной — примочки с 20% раствором сахара.

Электротравма

- Любую помощь при электротравме оказывать только в резиновых перчатках и резиновой обуви.
- Прекратить действие тока, выключив рубильник или вывернув предохранительные пробки.
- Откинуть электропровод деревянной палкой, бутылкой, камнем, верёвкой.
- При возможности подложить под пострадавшего сухие доски или резиновый коврик.

- В случае, когда пострадавший не может разжать кисть с проводом, перерубить его лопатой с деревянной ручкой или топором с деревянным топорищем. Если рядом электрик, провести короткое замыкание в электросети.
- При обрыве высоковольтного провода не забывать об опасности «шагового напряжения». Приближаться к пострадавшему только очень мелкими шажками, не отрывая подошв от земли, или подпрыгивать на двух плотно сжатых ногах.
- Если пострадавший без признаков жизни, начать проводить искусственное дыхание и непрямой массаж сердца до прибытия бригады «Скорой медицинской помощи».

Действия на вызове

- Собрать анамнез: выяснить вид и продолжительность действия повреждающего агента, возраст, сопутствующие заболевания, условия получения травмы (пожар, задымление помещения и т.д.), аллергический анамнез.
- Провести первичный осмотр: оценить общее состояние (сознание, цвет интактных кожных покровов, состояние дыхания и сердечной деятельности, наличие озноба, мышечной дрожи, тошноты, рвоты, копоты на лице и слизистой оболочке полости носа и рта).
- Провести первичный осмотр ожоговой поверхности.
 - Цвет эпидермиса и дермы. Если ожог I—II степени, цвет розовый или красный; если IIIA—IIIB—IV степени, цвет белый, жёлтый, тёмно-бурый или чёрный.
 - Цвет обнажённой дермы (после отслойки эпидермиса). Если цвет розовый или красный — ожог I—II степени; если IIIA — бледно-розовый или тёмно-багровый. При глубоких ожогах эпидермис плотно спаян с дермой и возможность определить её цвет отсутствует.
 - Пузыри могут быть крупными и мелкими, наполнены прозрачной серозной (ожог II степени) или геморрагической жидкостью, которая быстро превращается в желеобразную массу (IIIA степень).
 - Тонкий, светло-коричневый струп свидетельствует об ожоге IIIA степени. Плотный тёмно-бурый или тёмно-коричневый струп, не собирающийся в

складку, с просвечивающими тромбированными венами и свисающими плёнками тонкого эпидермиса свидетельствует об ожоге ШБ— IV степени.

□ Чувствительность. Все поверхностные ожоги вызывают жгучую боль. Плотный струп при глубоких ожогах боли не вызывает.

■ Определить площадь поражения «правилом ладони» или «правилом девяток».

■ Определить индекса Франка.

■ Сформулировать диагноз: необходимо отразить вид ожога (термический, электрический, химический), его локализацию, степень, общую площадь поражения и обязательно площадь глубоких ожогов.

Диагноз записывается следующим образом: площадь и глубина поражения указываются в виде дроби, в числителе которой приводится общая площадь ожога и рядом в скобках площадь глубокого поражения (в %), а в знаменателе — степень поражения (римскими цифрами). Далее указывают локализацию поражения, наличие шока, ингаляционной травмы и других повреждений.

Лечение

Если ожог не сопровождается развитием ожоговой болезни (у взрослых до 10% поверхности тела, индекса Франка до 30 единиц; у детей и стариков — до 5—7% поверхности тела), необходимо провести обезболивание наркотическими или ненаркотическими анальгетиками п/к или в/м, наложить сухую асептическую повязку или повязку с антисептиком, транспортировать пострадавшего в травматологический пункт по месту жительства или в специализированный стационар. В случае, если пострадавший оставляется на месте, дать ему рекомендации. При ограниченных по площади ожогах, как правило, достаточно обезболивания ненаркотическими анальгетиками в сочетании с антигистаминными препаратами [2,0 мл 50% р-ра метамизола натрия (анальгина'), 1 мл 1% р-ра дифенгидрамина (димедрол') или хлоропирамина (супрастин*), нестероидные противовоспалительные обезболивающие: кеторолак (кеторол*, кетанов*), кетопрофен (кетонал')].

Если предполагается развитие ожоговой болезни, следует экстренно начать противошоковую терапию: купирование болевого синдрома, профилактику и лечение гипоксии, восполнение дефицита объёма циркулирующей крови и объёма циркулирующей плазмы, коррекцию водно-солевого и кислотно-

основного баланса, профилактику и лечение полиорганной недостаточности, дезинтоксикацию.

Противошоковая лекарственная терапия пострадавших с ожогами площадью от 10% поверхности тела у взрослых и от 5—7% у детей и стариков приведена ниже.

- Для купирования болевого синдрома парентерально назначают комбинацию ЛС (в разных сочетаниях): 1 мл 2% р-ра тримеперидина (промедол*) или 1 мл омнопона*, 2 мл 1% р-ра дифенгидрамина (димедрол* и др.) или 1-2 мл 2,5% р-ра прометазина (пипольфен* и др.), 2 мл 50% р-ра метамизола натрия (анальгин*), 2 мл 0,5% р-ра диазепама (седуксен* и др.), 5 мг дроперидола.
- Для нейролептаналгезии применяют комбинацию дроперидола в дозе 5 мг/кг массы тела и фентанила в дозе 0,01 мг/кг массы тела.
- Проводят новокаинизацию из расчёта 10 мл/кг массы тела 0,1% р-ра прокаина (новокаин*) в/в, разведённого на 5% р-ре декстрозы (глюкоза*).
- Для купирования тошноты, рвоты показано 0,5 мл 0,5% р-ра атропина.
- Для коррекции гипоксии проводят ингаляции увлажнённого кислорода через кислородную маску.
- С целью коррекции полиорганной недостаточности назначают сердечно-сосудистые ЛС [1 мл 0,06% р-ра ландыша гликозида (коргликон*) в/в, 10 мл 2,4% р-ра аминофиллина (эуфиллин*) в/в], витамины [по 1 мл тиамина хлорида (раствор тиамина хлорида*), пиридоксина (раствор пиридоксина гидрохлорида*), аскорбиновой кислоты].
- Для восполнения дефицита ОЦК и плазмы показана инфузионная терапия: 200 мл р-ра декстрана со средней молекулярной массой 50 000—70 000 (полиглюкин*) + 20 мл 0,5% р-ра прокаина (новокаин*) в/в струйно, 400 мл сложного р-ра натрия хлорида (раствор Рингера*) в/в быстро капельно, 400 мл р-ра декстрана с молекулярной массой 30 000—40 000 (реополиглюкин*) в/в, 400 мл 5% р-ра декстрозы (глюкоза*) в/в.
- Назначают ЛС, усиливающие диурез: 20 мг фуросемида (лазикс* и др.) однократно.
- Для коррекции гипотонии показаны преднизолон в дозе 30 мг, гидрокортизон по 120—150 мг в систему для внутривенного введения.

Для проведения инвазивной терапии необходимо установить внутривенный катетер:

в центральную вену (при тяжёлом и крайне тяжёлом ожоговом шоке); а в периферическую вену (при лёгком шоке), обеспечив параллельно пероральное поступление жидкости (регидрон®). Следует обеспечить подачу кислорода через носовой катетер.

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- Пострадавшие с явными или предполагаемыми глубокими ожогами любой площади и локализации.
- Пострадавшие с ожогами любой площади и глубины при наличии признаков поражения органов дыхания.
- Пострадавшие с ожогами II и IIIА степени (взрослые — более 5%, дети — более 1—2% поверхности тела).
- Пострадавшие с ограниченными поверхностными ожогами лица (в сочетании с ожогами глаз), а также при выраженном отёке век, являющемся причиной временного ослепления.
- Пострадавшие с электроожогами любой площади, глубины и локализации, если одновременно была электротравма с потерей сознания.
- Пострадавшие с ожогами любой глубины при общей площади поражения более 10% поверхности тела и признаками ожогового шока.
- Пострадавшие с ожогами кистей и стоп в связи с утратой возможности самообслуживания и передвижения.
- Пострадавшие пожилого и старческого возраста с ожогами любой площади и глубины, имеющие возрастную и сопутствующую патологию.
- Пострадавшие с ожогами при развитии тяжёлых инфекционных осложнений.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ОСТАВЛЕННЫХ ДОМА БОЛЬНЫХ

- Соблюдать постельный режим.
- Обеспечить возвышенное положение поражённой конечности.

- Периодически измерять температуру тела.
- Применять обезболивающие средства при болях, но не более 3—4 раз в сутки.
- Принять антигистаминные препараты.
- Использовать дезагреганты: ацетилсалициловую кислоту (аспирин[®]) + аскорбиновую кислоту (витамин С[®]) по одной таблетке два раза в сутки в течение 3—4 дней.
- Проводить перевязку один раз в 2—3 дня с мазями левомеколь^{*} или диоксиколь^{*}.
- При ожогах лица — жевать жвачку для уменьшения отека лица.
- Употреблять большое количество жидкости.

ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОШИБКИ

- Неправильная оценка глубины поражения кожных покровов.
- Недооценка тяжести состояния.
- Неправильная оценка тяжести ингаляционной травмы дыхательных путей.
- Недооценка тяжести поражения при электротравме.
- Неправильная оценка тяжести ожогового шока.

ОСНОВНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖГОВЫХ РАН НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

- Жидкие лекарственные формы — антибактериальные средства: водорода пероксид, калия перманганат, йодопирон[®], йодовидон[®], диокси-дин, мирамистин.
- Мягкие лекарственные формы:
 - мази на жировой основе — нитрофурал (фурацилин^{*});
 - мази и линименты с антибактериальным действием — хлорамфеникол (синтомицина линимент[®]);
 - комбинированные мази — левосин[®], левомеколь[®], диоксиколь[®], стрептоцитол[®];

□ кремы — сульфадиазин (например, дермазин*);

□ плёнообразующие аэрозоли — нитрофурал (лифузоль*), наксол® (спрей);

□ пенные препараты в аэрозольной упаковке — диоксизоль», диоксипласт", гипозоль".

Список литературы:

1. Руководство по скорой медицинской помощи / под.ред. С.Ф.Багненко , А.Л.Верткина, А.Г.Мирошниченко, М.Ш.Хубутии. – М. : ГЭОТАР, Медиа, 2007. – 816 с.
2. Руководство для врачей скорой медицинской помощи. 2
3. Под ред. В.А.Михайловича, А.Г.Мирошниченко – 4-е изд., перераб. и доп. –СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2007-808С:ИЛ
4. Околоков А.Н Лечение болезней внутренних органов: Т2. – 2-е издание., переработанный и дополнен – М:Медицинская литература, 2003г
5. Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь: Учебное пособие / Под ред. В.Д. Малышева. — М.: Медицина.— 2000.— 464 с.: ил.— Учеб. лит. Для слушателей системы последиplomного образования.